UNIVERSIDADE DE SÃO PAULO
ESCOLA DE ENFERMAGEM DE RIBEIRÃO PRETO

MARCELEN PALÚ LONGHI

**Participação social: a comunicação que aproxima e distancia
usuários e trabalhadores da Saúde da Família**

Ribeirão Preto
2009

MARCELEN PALÚ LONGHI

**Participação social: a comunicação que aproxima e distancia
usuários e trabalhadores da Saúde da Família**

Dissertação apresentada à Escola de
Enfermagem de Ribeirão Preto da
Universidade de São Paulo para obtenção do
título de Mestre.

Área de concentração: Enfermagem em Saúde
Pública

Linha de pesquisa: Práticas, Saberes e
Políticas de Saúde.

Orientador: Prof. Dr. Pedro Fredemir Palha

Ribeirão Preto

2009

AUTORIZO A REPRODUÇÃO E DIVULGAÇÃO TOTAL E PARCIAL DESTE TRABALHO, POR QUALQUER MEIO CONVENCIONAL OU ELETRÔNICO, PARA FINS DE ESTUDO E PESQUISA, DESDE QUE CITADA A FONTE.

FICHA CATALOGRÁFICA

Longhi, Marcelen Palú

Participação social: a comunicação que aproxima e distancia usuários e trabalhadores da Saúde da Família / Marcelen Palú Longhi; orientador Pedro Fredemir Palha. –
– Ribeirão Preto, 2009.
225 f. : il.

Dissertação (Mestrado – Programa de Pós-Graduação em Enfermagem em Saúde Pública. Área de concentração: Enfermagem em Saúde Pública) – Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo.

1. Atenção primária à saúde. 2. Programa Saúde da Família. 3. Participação comunitária. 4. Comunicação.

FOLHA DE APROVAÇÃO

Marcelen Palú Longhi

Participação social: a comunicação que aproxima e distancia usuários e trabalhadores da Saúde da Família

Dissertação apresentada à Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo para obtenção do título de Mestre junto ao Programa de Pós-Graduação em Saúde Pública.

Área de concentração: Enfermagem em Saúde Pública.

Aprovada em:

Banca Examinadora

Prof. Dr. _____

Instituição _____ Assinatura: _____

Profa. Dra. _____

Instituição _____ Assinatura: _____

Profa. Dra. _____

Instituição _____ Assinatura: _____

DEDICATÓRIA

**A todos os usuários dos serviços de saúde, especialmente,
aos sujeitos deste estudo.**

AGRADECIMENTO ESPECIAL

À **Profa. Dra. Maria Cecília Puntel de Almeida** (*in memoriam*) que me acolheu, sem mesmo me conhecer, e muito contribuiu para a minha inserção no mundo da pesquisa, do qual sempre tratou com muita propriedade e seriedade. **Professora Cecília**, como a chamávamos, foi uma exemplar mulher, mãe, esposa, e excepcional pesquisadora que, com sua visão crítica, reflexiva e politizada, sempre pautada em referências sociofilosóficas* abrangentes, imprimiu uma nova configuração à Enfermagem, em especial na Saúde Pública.

Brilhante pesquisadora e orientadora, sinto falta das nossas reuniões, do cuidado com que analisava o meu trabalho, gostaria de ter compartilhado por mais tempo os ricos momentos que iluminavam o meu caminho com sua sabedoria.

Foi uma perda para todos, mas continua viva em nossa memória, em nossas discussões, em nossas referências, em nosso pensamento.

Sinto-me feliz por tê-la conhecido e ter acreditado em mim, mesmo com todas as minhas limitações e continuo vendo em você um espelho de vida e trabalho, no qual busco me refletir.

Muitíssimo Obrigada !!!

*Esta dissertação foi revisada seguindo a Nova Ortografia da Língua Portuguesa (1990), em vigor a partir de 1º de janeiro de 2009.

AGRADECIMENTOS

Possivelmente não me recordarei de todos que me ajudaram na construção desta dissertação, e o mais importante, de ter a possibilidade de realizá-la, pois há um longo caminho percorrido para chegar até o mestrado. Dessa forma, gostaria de agradecer:

À minha querida *Vó Nena (in memoriam)* pela ajuda, pelos conselhos, pela companhia. Vó, você deixou saudades...

À minha mais que amiga *Hera (in memoriam)* por me fazer companhia durante o desenvolvimento da dissertação e tornar a minha vida mais alegre e significativa. Era você que chorava quando eu saía e fazia festa quando eu voltava, agora ficou um vazio em minha vida.

Aos meus pais, *Bernadete e Celso*, por sempre estarem presentes em todos os momentos de minha vida e compartilharem comigo as tristezas e alegrias. Pelo suporte, ajuda e proteção que sempre me proporcionaram.

Ao meu irmão *Marcel*, pelo carinho e ajuda.

Ao *Carlos Eduardo* pela preocupação, cuidado e carinho. E por compreender as minhas ausências e falta de tempo.

À *Vera* e ao *Tito*, por me acolherem em momentos difíceis e me proporcionarem carinho e atenção.

Aos meus avós, *Dirce e Aquilino*, pelo cuidado, proteção e ajuda.

À minha amiga *Karen*, que imprimiu um novo significado à amizade e tornava as minhas idas a Ribeirão Preto mais prazerosas. Obrigada pelo auxílio na realização das tarefas e partilha dos seus conhecimentos. Espero que nossos caminhos se cruzem novamente.

À minha amiga *Lílian*, pois juntas iniciamos a caminhada na graduação e mestrado.

Às amigas conquistadas durante o mestrado, em especial, da *Fernanda Machado, Michelle, Lauren, Luana, Larissa, Tânia e Fernanda Silva*.

À *Cris* pela disponibilidade, ajuda, paciência e carinho. Pelos momentos difíceis que compartilhamos, nos quais demonstrou muita força e capacidade de amparo e compreensão dos outros. Muito obrigada pela sua amizade.

Ao *Prof. Dr. Pedro Fredemir Palha* por me amparar em vários momentos, na realização do Programa de Aprimoramento em Ensino (PAE), sequencialmente pelas valiosas contribuições durante a qualificação e, finalmente, por me acolher num momento difícil e decisivo, na etapa intermediária de realização de minha dissertação, aceitando o desafio de construirmos juntos este trabalho. Durante algum tempo ainda contamos com as preciosas contribuições da Profa. Dra. Maria Cecília, que mesmo muito enferma não nos desamparou. No entanto, após sua partida, o *Prof. Pedro* orientou-me nesta caminhada, sempre demonstrando muita competência, compreensão, paciência e disponibilidade.

À Profa. Dra. e amiga *Kátia* pelo incentivo, pelas calorosas discussões, enfim, pelas contribuições desde a minha graduação até o presente momento. Por nossas viagens a Ribeirão Preto, por todos os momentos e pelo aceite da banca.

À *Profa. Dra. Priscila Frederico Craco* pelas valiosas contribuições a esta dissertação, pela acolhida e disponibilidade.

À *Profa. Dra. Angela Maria Magosso Takayanagui* pelo auxílio no exame de qualificação.

Aos docentes *Profa. Dra. Cinira Magali Fortuna, Profa. Dra. Maria José Bistafa Pereira, Profa. Dra. Silvia Matumoto, Profa. Dra. Silvana Martins Mishima* pelas discussões e contribuições que enriqueceram este trabalho.

Aos *trabalhadores de saúde e usuários* da Unidade de Saúde da Família estudada, pelo acolhimento, disponibilidade e carinho.

Ao amigo *Rafael*, pela tradução.

Ao amigo *Everson*, pelos desenhos.

À *Maria do Socorro* pela correção de português.

Aos *habitantes da Moradia da Pós-Graduação* pelo acolhimento, ajuda e companhia.

Ao *Núcleo de Pesquisas e Estudos em Saúde Coletiva* – *Profa. Dra. Maria Cecília Puntel de Almeida* e a todos seus membros, pelo aprendizado, discussões e contribuições.

Ao *Programa de Pós-Graduação Enfermagem em Saúde Pública* e ao *Conselho Nacional de Desenvolvimento Científico e Tecnológico (CNPq)* pelo apoio financeiro.

Resumo

LONGHI, Marcelen Palú. **Participação social:** a comunicação que aproxima e distancia usuários e trabalhadores da Saúde da Família. 2009. 225 f. Dissertação (Mestrado) – Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo, Ribeirão Preto, 2009.

Esta pesquisa tem como objeto de estudo a dinâmica de colegiados da saúde, com destaque para a comunicação entre usuários e trabalhadores de saúde, vista como horizonte operativo da participação, em espaços concretos na Estratégia Saúde da Família (ESF). A ESF está pautada nos princípios do Sistema Único de Saúde (SUS), especialmente no da participação social, regulamentado pela legislação sanitária, por meio de Conferências e Conselhos de Saúde. Os Conselhos de Saúde e colegiados similares são espaços nos quais deve ser fomentada a participação da sociedade civil para atuar sobre as políticas públicas. A literatura aponta limites dos fóruns da saúde, com ênfase para o predomínio da concepção biologicista e curativista de saúde, da comunicação impositiva, prescritiva e da falta de capacitação para o exercício da participação social; e potencialidades como maior integração entre usuários e entre esses e trabalhadores de saúde. Para a realização desta pesquisa, nos baseamos em aproximações com a Teoria da Ação Comunicativa de Jürgen Habermas que compreende a comunicação como um acordo intersubjetivo entre os sujeitos e a participação social como a relação entre a sociedade civil e política, no âmbito do Estado Ampliado. A pesquisa possui abordagem qualitativa, com a realização de cinco observações participantes de colegiados em uma Unidade de Saúde da Família e 14 entrevistas semiestruturadas com os participantes que apresentavam maior frequência nesses espaços, sendo seis com trabalhadores de saúde e oito com usuários, num município do interior paulista. Empregou-se a Análise de Conteúdo, modalidade temática, para interpretar o material empírico, a partir do qual se constituíram a caracterização dos sujeitos do estudo e a comunicação nos espaços de participação. As comunicações nos colegiados revelam duas dimensões que geram: *distanciamento* e *aproximações* entre os sujeitos e destes com o processo de participação. Quanto à comunicação que causa *distanciamentos*, os resultados mostraram que o silenciamento dos usuários nos espaços de discussão se relaciona a sua inserção social, a desencontros relacionais, ao uso de linguagem técnica e codificada pelos trabalhadores que, geralmente, controlam e definem o que pode ser discutido nos colegiados e evidenciam que há *distanciamentos/rupturas de horizontes*. Em relação às ações que provocam *aproximações* entre os sujeitos, a pesquisa aponta que nos colegiados são fomentadas as interações entre trabalhadores e usuários, havendo *fusões/encontros de horizontes*, e são discutidos problemas locais, sendo práticas que corroboram com o princípio da participação social na Saúde da Família. Consideramos que os limites presentes podem ser problematizados com os sujeitos que conduzem esse processo, a fim de imprimir-lhes uma nova direção, que há “linhas de fugas” que permitem a possibilidade da construção de projetos coletivos de felicidade, por meio do diálogo intersubjetivo, baseado no reconhecimento do outro como sujeito.

Palavras chaves: Atenção primária à saúde. Programa saúde da família. Participação comunitária. Comunicação.

Abstract

LONGHI, Marcelen Palú. **Social participation:** the distant and close communication between users and employees of the Family Health Strategy. 2009. 225 f. Thesis (Master) – University of São Paulo at Ribeirão Preto, College of Nursing, Ribeirão Preto, 2009.

The research object of this study is the dynamics of the health teams, with emphasis on communication between users and health workers, seen as essential for the participation in specific areas in the Family Health Strategy (FHS). The FHS is based on the principles of the Unified Health System (SUS), especially in social participation, regulated by health legislation, by means of Health Conferences and Councils. Health Councils and similar teams are spaces in which the participation of civil society in public policies should be encouraged. Literature indicates the limits of the health forums, emphasizing the predominance of the biological and curative health care models, imposed and prescriptive communication, and lack of training for social participation. The potentials identified were greater integration between users and health workers. This qualitative research was based on approximations to the Theory of Communicative Action, by Jürgen Habermas, which understands communication as an intersubjective agreement among subjects, and social participation as the relationship between civil society and politics, in the scope of the enlarged State. Five participant observations were carried out with members of the health teams in a Family Health Unit, in a city in the interior of the state of São Paulo. Afterwards, 14 semi-structured interviews were conducted with the participants who had higher frequency in these spaces: six health workers and eight users. Content analysis, thematic modality, was applied to interpret the empirical material, from which the characterization of the subjects of study and the communication in the spaces of participation were done. Communications in collegiate reveal that generate two dimensions: distance and approaches between these subjects and with the process of participation. Communication in teams showed two dimensions that causes: *distance* and *closeness* between subjects and between them and the participation process. Regarding the *distance* caused by communication, results showed the silence of the users in the spaces for discussion is related to their social insertion, relationship disagreements, and the use of technical and codified language by workers who, generally, control and define what can be discussed in the teams and show that there are distance/ruptures in the participation. Concerning actions which cause the *approximation* of subjects, the research indicates that interaction between users and workers is encouraged in the teams, promoting mergers/meetings of horizons. Local issues are also discussed, which are practices that support the principle of social participation in the Family Health Strategy. The limits present are can be problematized with the subjects who lead this process, in order to give them a new direction. There are "lines of escape" that allow for the possibility of building collective projects of happiness, through intersubjective dialogue, based on the recognition of the other as subject.

Keywords: Primary health care. Family health program. Consumer participation. Communication.

Resumen

LONGHI, Marcelen Palú. **Participación social:** la comunicación que aproxima y distancia usuarios y trabajadores de la Salud de la Familia. 2009. 225 f. Tesis (Maestría) – Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo, Ribeirão Preto, 2009.

Esta pesquisa tiene como objeto de estudio la dinámica de los colegiados de la salud, con destaque para la comunicación entre usuarios e trabajadores de salud, vista como horizonte operativo de la participación, en espacios concretos en la Estrategia de Salud de la Familia (ESF). La ESF está pautada por los principios del Sistema Único de Salud (SUS), especialmente por el de participación social, reglamentado por la legislación sanitaria, a través de Conferencias y Consejos de Salud. Los Consejos de Salud y colegiados similares son espacios en los cuales debe ser fomentada la participación de la sociedad civil para actuar sobre las políticas públicas. La literatura apunta límites a los foros de salud, con énfasis para el predominio de la concepción biologicista y curativista de la salud, de la comunicación impositiva, prescriptiva y de la falta de capacitación para el ejercicio de la participación social; y potencialidades como mayor integración entre usuarios y entre estos con los trabajadores de salud. Para la realización de esta pesquisa, nos basamos en aproximaciones con la Teoría de la Acción Comunicativa de Jürgen Habermas que comprende la comunicación como un acuerdo intersubjetivo entre los sujetos y la participación social como la relación entre la sociedad civil y política, en el ámbito del Estado Ampliado. La investigación tiene un abordaje cualitativo, con la realización de cinco observaciones participantes de colegiados en una Unidad de Salud de la Familia y 14 entrevistas semiestructuradas con los participantes que presentaban mayor frecuencia en esos espacios, siendo seis con trabajadores de salud y ocho con usuarios, en un municipio del interior paulista. Se utilizó el Análisis de Contenido, modalidad temática, para interpretar el material empírico, a partir del cual se construyeron las caracterizaciones de los dos sujetos del estudio y la comunicación en los espacios de participación. Las comunicaciones en los colegiados revelan dos dimensiones que generan: *distanciamiento* y *aproximaciones* entre los sujetos y de estos con el proceso de participación. En relación con la comunicación que causa *distanciamientos*, los resultados mostraron que el silenciamiento de los usuarios en los espacios de discusión se relaciona con su inserción social, a desencuentros relacionales, al uso de lenguaje técnico y codificado por los trabajadores que, generalmente, controlan y definen lo que puede ser discutido en los colegiados y se evidencia que hay *distanciamientos/rupturas de horizontes*. En relación a las acciones que provocan *aproximaciones* entre los sujetos, la pesquisa apunta que en los colegiados son fomentadas las interacciones entre trabajadores y usuarios, habiendo *fusiones/encuentros de horizontes*, y son discutidos problemas locales, siendo prácticas que corroboran el principio de la Participación Social en la Salud de la Familia. Consideramos que los límites presentes pueden ser problematizados con los sujetos que conducen ese proceso, con el propósito de imprimirles una nueva dirección, que hay “líneas de fugas” que permiten la posibilidad de la construcción de proyectos colectivos de felicidad, por medio del diálogo intersubjetivo, basado en el reconocimiento del otro sujeto.

Palabras claves: Atención primaria de salud. Programa salud familiar. Participación Comunitaria. Comunicación.

Lista de ilustrações - Figuras

Figura 1 - Cidadão de Papel.....	19
Figura 2 - A comunicação.....	54
Figura 3 - Rede de atendimento à saúde, no município de Marília, em 2007.....	74
Figura 4 - O trabalhador fala e o usuário se cala/antiparticipação.....	128
Figura 5 - Trabalhador e usuário se comunicam/interagem/participam.....	184

Lista de ilustrações - Quadros

Quadro 1 - Reuniões Conselhos Locais do período de 2005 e 2006, Marília/SP.....	77
Quadro 2 - Reuniões de Comunidade do período de 2005 e 2006, Marília/SP.....	78
Quadro 3 - Participantes da equipe e comunidade e sua relação com as reuniões na UBS e ESF, no período de 2005, 2006 e 2007, Marília/SP.....	79
Quadro 4 - Classificação dos assuntos discutidos nas reuniões da ESF e UBS, no período de 2005 e 2006, Marília/SP.....	81
Quadro 5 - Categoria de trabalhadores, frequência nas reuniões, no ano de 2007 e selecionados para a entrevista, Marília/SP.....	86
Quadro 6 - Categoria de trabalhadores, frequência nas reuniões, no ano de 2007 e selecionados para a entrevista, Marília/SP.....	87
Quadro 7 - Caracterização dos usuários, USF Monte Olimpo, Marília/SP, 2008.....	90
Quadro 8 - Características das reuniões observadas, de março a agosto de 2008, Marília/SP.....	97
Quadro 9 - Tema de análise e núcleos de sentido, Marília/SP, 2008.....	107

Lista de siglas e abreviaturas

ACD	Auxiliar de Consultório Dentário
ACS	Agente Comunitário de Saúde
AIS	Ações Integradas de Saúde
CLS	Conselho Local de Saúde
CMS	Conselho Municipal de Saúde
CNS	Conselho Nacional de Saúde
COMUS	Conselho Municipal de Saúde de Marília
CONSUL	Conselho de Saúde da Região Sul de Marília
CS	Conselho de Saúde
EERP	Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto
ESF	Estratégia Saúde da Família
FAMEMA	Faculdade de Medicina de Marília
FMS	Fundo Municipal de Saúde
LILACS	Latino-Americana e do Caribe em Ciências da Saúde
NOB	Norma Operacional Básica
PSF	Programa Saúde da Família
PROESF	Projeto de Expansão e Consolidação da Saúde da Família
SciELO	Scientific Electronic Library Online
SIAB	Sistema de Informação da Atenção Básica
SUDS	Sistema Único e Descentralizado de Saúde
SUS	Sistema Único de Saúde
UBS	Unidade Básica de Saúde
USF	Unidade de Saúde da Família
USP	Universidade de São Paulo

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO.....	19
1.1 A participação no SUS e na Estratégia Saúde da Família.....	19
1.2 Revisão de literatura.....	30
1.2.1 Concepções de participação e controle social.....	32
1.2.2 Modo de participação/atuação dos sujeitos sociais nos fóruns da saúde e nos serviços de saúde.....	36
1.2.3 Limites na participação em saúde.....	43
1.2.4 Potencialidades na participação em saúde.....	47
1.2.5 Comunicação em saúde.....	49
2 OBJETIVOS.....	52
2.1 Objetivo geral.....	52
2.2 Objetivos específicos.....	52
3 MARCO TEÓRICO-CONCEITUAL.....	54
3.1 Aproximações com a Teoria da Ação Comunicativa: o entendimento linguístico entre os sujeitos.....	55
3.2 Participação social: as relações entre a sociedade civil e a sociedade política no Estado Ampliado e os movimentos sociais.....	61
4 METODOLOGIA.....	67
4.1 A abordagem qualitativa da pesquisa.....	69
4.2 O campo de estudo.....	70
4.2.1 Organização da Rede de Atenção Básica.....	72
4.2.2 A Participação Social em Saúde em Marília.....	75
4.2.3 A Unidade de Saúde da Família Monte Olimpo.....	82
4.3 Sujeitos da pesquisa.....	85
4.3.1 Os trabalhadores da USF Monte Olimpo.....	87
4.3.2 Os usuários entrevistados da USF Monte Olimpo.....	90
4.4 A entrada no campo da pesquisa.....	92
4.5 Instrumentos de coleta de dados.....	95
4.5.1 A observação participante.....	95
4.5.2 A entrevista semiestruturada.....	98
4.5.3 A pesquisa documental.....	101
4.6 Análise dos dados.....	102

4.7 Aspectos éticos em pesquisa.....	109
5 RESULTADOS E DISCUSSÕES.....	110
5.1 Analisando a participação na Saúde da Família: a comunicação que gera aproximações e distanciamentos. Um pouco de mitologia.....	110
5.2 Apresentando os sujeitos da pesquisa.....	114
5.2.1 Os trabalhadores de saúde.....	115
5.2.2 Os usuários.....	119
5.3 A comunicação nos espaços de discussão: o que tem distanciado trabalhadores e usuários e ambos da participação.....	128
5.3.1 O usuário calado.....	129
5.3.2 O trabalhador fala e o usuário se cala.....	143
5.3.3 Ferindo as pretensões de validade: a ação para aumentar a adesão dos usuários nos fóruns.....	153
5.3.4 O “fardo” da participação.....	169
5.4 A comunicação que guarda possibilidades de ampliar ou reduzir a participação dos sujeitos.....	174
5.4.1 A informação e orientação na Reunião: linguagem necessária, mas quando exclusiva/excessiva compromete à participação.....	174
5.5 A comunicação que tem aproximado trabalhadores e usuários e estimulado a participação.....	184
5.5.1 A interação entre os sujeitos.....	185
5.5.2 Os espaços de participação como espaço de discussão dos problemas locais.....	190
6. CONSIDERAÇÕES.....	205
6.1 Comunicação dos resultados com a revisão de literatura.....	205
6.2 Considerações provisórias.....	209
REFERÊNCIAS.....	213
APÊNDICES.....	219
ANEXO.....	225

APRESENTAÇÃO

No decorrer da minha graduação em Enfermagem, junto à Faculdade de Medicina de Marília (FAMEMA), tive a oportunidade de vivenciar experiências no campo da Atenção Básica à Saúde, principalmente, na Estratégia Saúde da Família (ESF) que me instigaram a refletir sobre a participação na saúde.

Tendo me identificado com os princípios do Sistema Único de Saúde (SUS) e acreditando que este seria um “caminho” para a construção de um sistema de saúde mais equinâme, após finalizar minha graduação, iniciei o curso de Aprimoramento Multiprofissional em Saúde da Família também pela FAMEMA. Durante essa pós-graduação, intensificou-se a minha vivência nas Unidades de Saúde da Família (USF) do município de Marília e, também, a minha inquietação quanto à participação na saúde. Inserida neste contexto, comecei a frequentar Reuniões de Comunidade com Trabalhadores da Saúde da Família¹, que se trata de um fórum, constituído por usuários e trabalhadores, que tem por finalidade a construção da cidadania.

Durante a minha graduação e o curso de aprimoramento frequentei também outros colegiados como o Conselho Municipal de Saúde (CMS) e reuniões do Conselho Regional de Saúde da zona sul, tendo me defrontado com situações positivas e negativas envolvendo a participação nesses espaços. Como positivos considerei aqueles momentos em que houve respeito mútuo entre os sujeitos que compunham esses fóruns e suas decisões e consensos orientavam-se para a construção de políticas públicas inclusivas e equinâmes. Sendo, portanto, negativas as situações em que predominavam a coerção, a dominação e uso de poder, que se

---

¹ Esse fórum é denominado pelos trabalhadores de saúde como “reunião de comunidade” e, assim, vem aparecendo em documentos oficiais da Secretaria Municipal de Saúde, e eu optei por acrescentar “com Trabalhadores de Saúde da Família” para melhor caracterizar esse colegiado.

orientavam por interesses de grupos restritos em detrimentos dos interesses da sociedade como um todo. Minhas inserções nesses espaços me levaram a re-pensar acerca do processo de participação nos colegiados da saúde, potencializando a necessidade de me aprofundar nessa temática.

Já durante o mestrado, sob indicação de minha orientadora, a fim de adquirir maior conhecimento acerca de meu objeto de estudo, antes mesmo de entrar no campo da pesquisa, observei, novamente, reuniões do CMS, de um Conselho Regional e também de um Conselho Local de Saúde (CLS). Constatei nesses espaços momentos potencializadores e limitantes da construção da participação em saúde, como já apontado acima, sendo notável a utilização dos CLSs para reivindicação de agilidade no atendimento as especialidades e exames por parte dos usuários.

Contudo, meu interesse fundamental era estudar colegiados na ESF, já que considerava essa estratégia, pela sua construção histórica e pressupostos, com grandes possibilidades para o desenvolvimento do princípio da participação social. Daí partiu o meu interesse em estudar Reuniões de Comunidade com Trabalhadores de Saúde da Família, que são fóruns inseridos num contexto, supostamente, orientado pela mudança do modelo assistencial em saúde.

Assim, tendo sido problematizada pelas minhas experiências na participação em saúde, construí um projeto, com o auxílio da Profa. Dra. Maria Cecília Puntel de Almeida (*in memoriam*), tendo como objeto de estudo a participação em tais reuniões. Após o ingresso no mestrado pelo programa de Pós-Graduação em Enfermagem em Saúde Pública da Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, junto à Universidade de São Paulo, tenho me empenhado na realização desta dissertação. No entanto, as orientações finais foram realizadas pelo Prof. Dr. Pedro Fredemir

Palha, que me acolheu num momento difícil e trouxe muitas contribuições a este trabalho.

1 INTRODUÇÃO

1.1 A participação no SUS e na Estratégia Saúde da Família

A verdadeira democracia, aquela que implica o total respeito aos Direitos Humanos, está ainda bastante longe do Brasil. Ela existe só no papel. O cidadão brasileiro na realidade usufrui uma cidadania aparente, uma cidadania de papel. Existem em nosso país milhões de cidadãos de papel (DIMENSTEIN, 1993, p. 5).

Figura 1. Cidadão de Papel

Fonte: Dimenstein (1993, p. 9)

Infelizmente, como fala Gilberto Dimenstein, somos “Cidadão de Papel”, apesar de a Declaração dos Direitos Humanos de 1948 e de a Constituição Federal de 1988 garantirem nossos direitos perante a lei. Gostaríamos de destacar que a maioria da sociedade brasileira tem apenas seus direitos no papel, principalmente

aquela parcela de baixo poder aquisitivo. O geógrafo Milton Santos diz que, no Brasil, não há cidadania, existindo dois tipos característicos: os privilegiados e o resto. Os privilegiados estão acima da lei e constituem o grupo social que concentra as riquezas, e o resto, as demais pessoas, proveniente do grupo desfavorecido social e economicamente vive à mercê do Estado regulado pelo mercado.

Diante dessa triste realidade, acreditamos que a transformação social, em direção a uma sociedade mais justa, depende principalmente da mobilização do grupo social mais desfavorecido. No entanto, essa é uma situação muito complexa e contraditória, pois os valores capitalistas/burgueses remetem as pessoas a uma sociedade meramente consumista e não reflexiva, afinal, visa a perpetuar esse modo de produção. Mas, ao mesmo tempo, grupos sociais estão em constante luta contra a hegemonia desse sistema. E um exemplo bastante expressivo tem sido os movimentos sociais na luta pelo direito à saúde.

No Brasil, o setor saúde é um dos pioneiros na luta para conquistar e garantir o direito à saúde, tendo o Estado como provedor, principalmente, pelo Movimento da Reforma Sanitária, deflagrado no país, na década de 70 do século anterior.

Com a 8ª Conferência Nacional de Saúde (CNS), em 1986, a concepção sobre saúde foi ampliada e, a partir daí, compreendida como determinada pelo ambiente de vida e trabalho das pessoas, ou seja, pelo modo como os indivíduos se inserem na sociedade. E ainda, a saúde passa a ser considerada como direito de todos e dever do Estado, devendo ser garantida pela criação de políticas sociais e econômicas, que visem à diminuição do risco de adoecer e de outros agravos, segundo o art. 198, inciso I da Constituição Federal de 1988 (BRASIL, 1988).

Pensar a saúde como um direito social nos remete “necessariamente a pensá-la como decorrência da participação política, livre e igual de todos os

envolvidos” (Melo, 1999, p. 6) no processo de construção das políticas de saúde. Dessa forma, de acordo com a mesma autora, entendemos que os usuários dos serviços de saúde além de destinatários, têm que ser autores/construtores de direitos, sendo considerados sujeitos com autonomia, vontades, desejos.

Compartilhamos das formulações de Ayres (2001) que amplia a concepção de sujeitos para além de serem autênticos, com necessidades, valores, e capacidade de produzir e transformar a sua própria história ao avançar da subjetividade para a intersubjetividade. Assim concebe que para o sujeito

[...] a idéia de permanência, associada à dimensão identitária, seja substituída pela de contínua reconstrução de identidades e a idéia de produção, relacionada à dimensão transformadora, seja abarcada pela noção mais ampla de sucesso prático, que pode ou não passar pela produção de bens [...] Dependem de que pensemos muito mais em intersubjetividade que em subjetividade, que consideremos, em outras palavras, *o caráter imediatamente relacional e irremediavelmente contingente de nossas identidades e historicidades como indivíduos e grupos* (Ayres, 2001, p. 66).

Dessa forma, consideramos que a dimensão intersubjetiva ontológica dos sujeitos, relacionada ao entendimento de saúde como direito social, nos leva a pensar na participação social como resultante das relações dos sujeitos em interação, por meio da linguagem.

Portanto, a participação dos sujeitos em processos discursivos de formação da vontade política pode ser visto como o elemento crucial da discussão e produção da saúde, tanto no âmbito dos seus determinantes, como na conquista de melhores condições de vida, trabalho, lazer, dentre outros, como na “definição de políticas públicas específicas e na construção do sistema de saúde, envolvendo desde a construção de leis concernentes, passando pela organização das instituições necessárias para implementar ação de saúde [...]” (MELO, 1999, p. 8).

E a participação em saúde, se configura como um princípio do SUS, assegurado por meio de legislação infraconstitucional, Leis Orgânicas da Saúde

números 8.080 e 8.142 de 1990. A Lei nº 8.142, de 28 de dezembro de 1990, restabeleceu a participação da comunidade na gestão do SUS, por meio da criação de Conselhos e Conferências de Saúde.

De acordo com a Lei nº 8.142, a Conferência de Saúde tem o objetivo de avaliar a situação de saúde e propor diretrizes para a formulação de políticas de saúde em todos os níveis de atenção, deve ter representação dos vários segmentos sociais, sendo a representação dos usuários paritária aos demais, e se reunir a cada quatro anos ou, extraordinariamente, pela convocação do Poder Executivo ou pelo Conselho de Saúde (BRASIL, 1990). Ela ocorre no âmbito federal, precedida por conferências municipais e estaduais.

E o Conselho de Saúde (CS), presente nos níveis federal, estadual e municipal, deve ser composto por usuários em paridade aos demais segmentos (representantes do governo, prestadores de serviços e profissionais da saúde), tem caráter permanente e deliberativo, sendo responsável pela formulação de estratégias e do controle de execução de políticas de saúde na instância correspondente, inclusive nos aspectos econômicos e financeiros, cujas decisões têm de ser homologadas pelo chefe do poder legalmente constituído, em cada esfera de governo (BRASIL, 1990).

Nosso sistema de saúde possui legalmente espaços de participação à sociedade civil, no entanto, a existência desses fóruns não garante uma relação intersubjetiva entre os integrantes desses colegiados, daí a necessidade de conhecermos suas dinâmicas. E como estamos estudando a participação na Saúde da Família, consideramos relevante abordar, sumariamente, o contexto que permeou sua gênese e os princípios/pressupostos sob os quais está orientada, com destaque para a participação social.

Na década de 1970, emerge a proposta da Atenção Primária à Saúde, e como a situação de saúde mundial deste período era marcada por iniquidades na distribuição dos recursos de saúde, a Conferência de Alma-Ata realizada no Cazaquistão (Rússia), em 1978, propôs, dentre outros, os Cuidados Primários de Saúde².

De acordo com a Declaração de Alma-Ata, os Cuidados Primários de Saúde, dentre outros, refletiam as condições econômicas e as características socioculturais e políticas do país. Além disso, exigiam e fomentavam a autorresponsabilidade e a participação da comunidade e do indivíduo no planejamento, organização, funcionamento e controle da saúde. A Declaração também apontou que a conquista da saúde dependia da intervenção de vários setores e que a promoção e a proteção da saúde eram indispensáveis para alcançar o desenvolvimento econômico e social. Desta forma, a Declaração de Alma-Ata ampliava a visão do cuidado em saúde na sua dimensão intersetorial e no envolvimento da própria população no controle de sua saúde.

Em nosso país, nos anos de 1970, coincidindo com a proposta de Atenção Primária de Saúde no contexto internacional, começam a se desenvolver os programas de extensão de cobertura. Nos anos de 1980, foram instituídas as Ações Integradas de Saúde (AIS), devido à crise na Previdência Social.

Nesse período, emerge o Movimento da Reforma Sanitária Brasileira que estava em construção desde a década de 1970 e que defende uma proposta abrangente de mudança social, inclusive da saúde. Expressa a indignação contra as

---

² Na Conferência de Alma-Ata, os Cuidados Primários de Saúde foram definidos como: [...] os cuidados essenciais baseados em métodos práticos, cientificamente bem fundamentados e socialmente aceitáveis e em tecnologia de acesso universal para os indivíduos e suas famílias na comunidade, e a um custo que a comunidade e o país possam manter em cada fase de seu desenvolvimento, num espírito de autoconfiança e autodeterminação. Os cuidados primários são parte integrante do sistema de saúde do país, de que são o ponto central e o foco principal, como o desenvolvimento socioeconômico geral da comunidade. Além de serem o primeiro nível de contato de indivíduos, da família e da comunidade com o sistema nacional de saúde, aproximando ao máximo possível os serviços de saúde nos lugares onde o povo vive e trabalha, constituem também o primeiro elemento de um contínuo processo de atendimento em saúde (OMS/UNICEF, 1979, p. 14).

precárias condições de saúde, com a medicalização e especialização de cuidado, com a mercantilização da saúde, a iniquidade na distribuição dos serviços de saúde, e propõe uma nova forma de organizar a saúde. Com a conquista da democracia no sistema eleitoral, em 1985, os movimentos sociais também defendem a democratização da saúde.

Nesse clima ocorreu, em 1986, a 8ª CNS, onde foram identificados os problemas do sistema de saúde, estratégias para sua solução e os princípios e diretrizes da reforma sanitária, com destaque para o conceito ampliado de saúde; o reconhecimento da saúde como direito de todos e dever do Estado; a criação do SUS; a constituição e ampliação do orçamento social (PAIM, 2003).

Em 1987, as AISs foram substituídas pelo Sistema Único e Descentralizado de Saúde (SUDS). O SUDS, entendido como uma “estratégia-ponte” para a instalação do SUS, apoiava-se em convênios entre os níveis federais, estaduais e municipais, desconcentrou recursos e descentralizou parte do processo decisório para os estados. Além disso, criou os conselhos estaduais e municipais de saúde, paritários e deliberativos, estimulando a participação da sociedade civil nestes fóruns. Somente neste contexto o Estado brasileiro “possibilitou a criação de canais de participação do cidadão na formulação e acompanhamento das políticas de saúde” (PAIM, 2003, p. 593).

Com a promulgação da Constituição Federal de 1988, foi instituído o SUS, tendo como princípios a universalização; a equidade; a integralidade; a descentralização; regionalização e hierarquização; a integração das ações promocionais, preventivas e curativas e a participação e controle social. A descentralização do SUS foi um dos princípios que mais avançou, principalmente pelo processo de municipalização e pela instituição das Normas Operacionais Básicas (NOBs).

Com o SUS, ampliou-se tanto o espaço de atenção à saúde como a qualidade dos serviços, porém, era necessário buscar um novo modelo de atenção básica à saúde para concretizar seus princípios. Portanto, em 1994, foi implantado o Programa Saúde da Família (PSF), como proposta de contribuir para a reorientação do modelo de atenção à saúde. Segundo Mendes (2002), as origens do PSF estão no Programa Agente de Saúde, instituído em 1987, no Ceará, que foi adotado como política nacional, em 1991, com denominação de Programa de Agentes Comunitários de Saúde.

O PSF até, aproximadamente, 1998, possuía uma política de atenção básica voltada para populações excluídas do consumo de serviços, e a partir desse período, passou a ser considerado uma estratégia de mudança do modelo de atenção à saúde no SUS e passou a ser denominado, a partir de 2006, ESF. A Saúde da Família é, então, definida como estratégia prioritária para a Atenção Básica³ à Saúde (BRASIL, 2006).

A ESF pauta-se no modelo da Vigilância à Saúde⁴ e no trabalho em equipe no contexto da territorialização⁵, sendo estruturada em confluência com os princípios do SUS, a partir das noções de integralidade, universalidade da assistência, equidade, resolubilidade, humanização do atendimento e participação social (CORBO e MOROSINI, 2005). O princípio da integralidade, como abordado anteriormente, baseia-se na organização dos serviços, ações e práticas de saúde, a fim de atender às necessidades de saúde da sociedade, de modo articulado, contínuo e integrado aos outros níveis de cuidados, e volta-se também para a atenção ao indivíduo nos seus aspectos biopsicossocial. O princípio da universalidade está representado na Constituição Federal de 1988 (Brasil, 1988), onde saúde é considerada um direito de todos os cidadãos e dever do Estado e implica na existência de acessibilidade, constituindo-se, assim, como porta de entrada. A equidade orienta-se pelo princípio da igualdade, porém, considerando as diferenças históricas socialmente instituídas que geram necessidades diferenciadas de saúde, exigem ações em localidades mais necessitadas, a fim de diminuir as iniquidades. A humanização está inclusa no âmbito das relações humanas, do acolhimento do outro, da demonstração de alteridade e do estabelecimento de vínculos da equipe com os usuários. E a participação social, como expressa na Lei 8142/90, que trata da participação da sociedade na gestão do SUS e da Saúde da Família, busca atingir este princípio, uma vez que procura atender às necessidades de saúde da população e possui “a compreensão de que a população pode qualificar e modificar a definição e a

---

³ No Brasil, adotou-se a denominação Atenção Básica para o modelo que incorpora a abordagem da Atenção Primária à Saúde, que foi formulada com o intuito de “construir uma identidade institucional própria, capaz de estabelecer uma ruptura com uma concepção redutora deste nível de atenção” (BRASIL, 2003).

⁴ A Vigilância à Saúde é uma nova resposta social organizada aos problemas de saúde, guiada pelo paradigma da produção social de saúde. Pressupõe a análise permanente da situação de saúde e a organização e execução das práticas de saúde adequadas ao enfrentamento dos problemas existentes.

⁵ A territorialização do trabalho em saúde refere-se à localização sócio-política-geográfica do processo de saúde que permite a compreensão dos problemas de saúde em seu contexto territorial e o planejamento mais adequado das intervenções necessárias.

execução das políticas públicas, no sentido de sua maior democratização” (CORBO e MOROSINI, 2005, p. 171).

De acordo com a ESF, a equipe mínima de saúde é composta por um médico generalista, um enfermeiro, um auxiliar de enfermagem, de seis a quatro Agentes Comunitários de Saúde (ACS) e um auxiliar de serviços gerais, podendo a equipe ser ampliada, com a incorporação do dentista e do Auxiliar de Consultório Dentário (ACD). A equipe de saúde é responsável por 600 a 1.000 famílias, ou seja, aproximadamente, 4.000 pessoas.

A ESF vem sendo implantada, gradativamente, o que pode se constatar pela evolução do número de equipes, que, em 1994, somava 328 e que, em 2007, ultrapassava 27 mil, cobrindo aproximadamente 47% da população brasileira. No entanto, no Sudeste, a cobertura populacional da ESF está em torno de 34% e o estado de São Paulo apresenta uma média ainda mais baixa de 23% , aproximadamente (BRASIL, 2007b).

Com isso, podemos dizer que a ESF surge como uma estratégia orientada pelos princípios e diretrizes do SUS, mostrando potencialidade para a construção/ampliação do espaço de participação social, afinal, pode favorecer o acesso geográfico, maior proximidade dos usuários com a equipe de saúde e (re)conhecimento das necessidades de saúde locais. Dessa forma, se espera, que sejam construídos vínculos entre usuários e trabalhadores da saúde, a fim de fomentar o processo de corresponsabilidade entre os mesmos. Neste sentido, usuários e trabalhadores teriam a possibilidade de resolver os problemas locais e que estão em seu nível de competência e de se articular com outros setores para atuar nos determinantes do processo saúde-doença.

No entanto, críticos como Franco e Merhy (2003), consideram que a Saúde da Família, ao incorporar as propostas dos Cuidados Primários de Saúde, “se filia a uma concepção de que ao modificar a estrutura, os recursos em jogos e seus

formatos, se modifica por consequência os modelos assistenciais e suas políticas instituintes”, o que não tem sido constado na realidade dos serviços de saúde (FRANCO; MERHY, 2003, p. 83). Os autores defendem a idéia que a construção um novo modelo assistencial exige a formação de uma nova subjetividade entre os trabalhadores, que ultrapasse os saberes técnicos empregados na produção de saúde, e que se oriente pelas diretrizes do acolhimento, vínculo/responsabilização e autonomização.

Dessa forma, podemos afirmar que analogamente ao que ocorre na Saúde da Família, se observa na participação em saúde, afinal, o arcabouço jurídico-institucional, por si só, não garante sua efetivação de acordo com os pressupostos do SUS, como podemos notar nas nossas vivências em fóruns da Saúde, especialmente em Reuniões de Comunidade com Trabalhadores de Saúde da Família. Esse colegiado, formado por trabalhadores e usuários das USFs, está sendo adotado, por um município do interior paulista, como espaço de participação na Saúde da Família.

Assim, nos deparamos com muitos problemas que comprometem o princípio da participação no interior desse fórum. Num primeiro momento, nossa principal preocupação referia-se à baixa adesão dos usuários, tanto em relação ao número inexpressivo de participantes, bem como, no planejamento e tomada de decisões que envolviam sua saúde, sendo que suas ações limitavam-se a reclamações sobre questões como, falta de medicação, mau atendimento, falta de pessoal de saúde e outros.

No entanto, após realizar uma leitura mais aprofundada do assunto, percebemos que estaríamos cometendo um equívoco em “culpabilizar” a sociedade, em especial, os usuários, pela sua falta de participação, sem antes apreender o

contexto sócio-histórico-cultural-econômico que os permeia. O conceito de vulnerabilidade exposto por Ayres et al. (2003) considera que é preciso apreender a importância dos contextos sociais como determinantes de suscetibilidade, e não como características grupais, fixas e identitárias, e sim como resultado das relações sociais.

Habermas discutindo sobre as lutas políticas refere que no momento atual em que vivemos, ou seja, no capitalismo tardio, estamos enfrentando várias crises. Essas crises, que representam a vulnerabilidade desse momento histórico, compreendem a crise de *racionalidade*, gerada pela impossibilidade do Estado intervencionista realizar tarefas técnicas que a ele se atribui; a *crise de motivação* fomentadas pelas contraculturas originárias do próprio sistema e que contestam valores funcionais para a sobrevivência do capitalismo e a *crise de legitimação* decorrentes da revelação da insuficiência da ciência e técnica, como ideologia, para dissimular o conteúdo político das regras que orientam as ações do Estado. (FREITAG; ROUANET, 1980). Sendo que essas vulnerabilidades impõem uma despolitização das massas, dificultando a participação efetiva.

Outra questão observada em Reuniões de Comunidade com Trabalhadores de Saúde da Família que compromete o desenvolvimento da participação e cidadania na saúde, trata-se da comunicação entre trabalhadores e usuários nesse fórum que parece ser realizada de modo autoritário, desconsiderando opinião e necessidade do usuário.

Consideramos que a comunicação entre os diversos sujeitos sociais que integram os fóruns da saúde se configura como determinante em sua participação. Assim, no caso das Reuniões de Comunidade com Trabalhadores de Saúde da Família, as relações construídas entre trabalhadores e usuários podem tanto

favorecer como prejudicar o envolvimento dos usuários nas questões relativas à saúde. Desse modo, as relações permeadas pela empatia, respeito, alteridade e escuta aproximarão trabalhadores e usuários, no entanto, as relações que contemplarem aspectos contrários a esses, possivelmente, causam distanciamentos.

Dessa forma, pretendemos estudar a dinâmica da participação social, enfatizando a comunicação em saúde em situações concretas, como é o caso de Reuniões de Comunidade com Trabalhadores⁶ de Saúde em uma Unidade de Saúde da Família, num município do interior paulista, com aproximadamente, 200.000 mil habitantes.

Em seguida, a fim de dar maior sustentação e delimitação ao nosso objeto de estudo, apresentamos a revisão de literatura realizada sobre o tema estudado.

1.2 Revisão da literatura

A fim de conhecer a produção literária relacionada à participação e controle social na saúde, realizamos uma revisão da literatura sobre esta temática.

A revisão de literatura, de acordo com Boaventura (2004), é uma tarefa indispensável para responder à indagação sobre o que já existe a respeito do tema estudado. E possibilita, dentro de um recorte temporal, uma visão geral ou um relatório sobre o estado-da-arte de um assunto específico, evidenciando assim novas ideias, métodos, subtemas que receberam maior ou menor ênfase na literatura selecionada.

---

⁶ Empregamos o termo trabalhador de saúde por compreender a saúde como um trabalho, que guarda suas contradições e é determinado pelo contexto social e histórico.

Realizamos a revisão da literatura em três bases de dados bibliográficas, sendo elas, a ISI Web of Knowledge, Literatura Latino-Americana e Caribe (LILACS) e a biblioteca eletrônica Scientific Electronic Library Online (SciELO). Em cada uma destas fontes de dados, foram usados descritores relativos à temática do estudo, conforme a particularidade das mesmas. Estabelecemos como marco temporal o ano de 1990, momento a partir do qual entra em vigor a Lei 8.142/90 que regulamenta a participação por meio de Conselhos e Conferências, até o ano de 2007, no qual foi iniciada esta pesquisa. Esta revisão foi realizada no mês de dezembro de 2007.

Na ISI Web of Knowledge, realizamos a busca, na língua inglesa, utilizando-se os descritores “community participation” (participação comunitária) or (ou) “consumer participation” (participação do consumidor) or “public involvement” (envolvimento público), juntamente com, “primary care” (cuidado primário). Foram inclusos todos os tipos de documentos e todas as bases de dados. Obtivemos 23 publicações, das quais, selecionamos 5 publicações.

Na LILACS, efetuamos a pesquisa utilizando os descritores "participação nas decisões" or (ou) "participação comunitária" or "participação cidadã" or "políticas de controle social", juntamente com, "atenção primária à saúde" or "atenção básica à saúde" or "saúde da família" or "conselhos de saúde". Foram encontradas 145 publicações. E selecionamos 9 artigos.

Na biblioteca virtual Scielo, empregamos o descritor de assunto “participação comunitária” e encontramos 44 artigos, dos quais selecionamos seis artigos.

No total da pesquisa bibliográfica, foram selecionados 20 artigos.

Em todas as bases de dados, empregamos o recorte temporal do ano de 1990 a 2007 e realizamos a leitura de todos os resumos das referências

encontradas. O critério de exclusão de publicações foi o mesmo para todas as fontes bibliográficas, ou seja, excluímos da pesquisa os documentos que traziam a temática estudada aliada a outros assuntos, como, por exemplo, a participação no controle de epidemias ou doenças e priorizamos os artigos que tinham a ESF como cenário. As publicações selecionadas foram fichadas e analisadas.

Diante do grande repertório de achados, agrupamos os assuntos encontrados em algumas categorias temáticas: concepções de participação; modo de participação/atuação dos sujeitos sociais nos fóruns da saúde e nos serviços de saúde; limites na participação em saúde; possibilidades na participação em saúde e comunicação em saúde. Em cada um desses agrupamentos procuramos relacionar, na forma de questionamentos, a principal problemática abordada com o nosso objeto de estudo, Reuniões de Comunidade com Trabalhadores da Saúde da Família.

1.2.1 Concepções de participação e controle social

Em relação às concepções de participação e controle social, abordamos em primeiro lugar os seus significados para a sociedade, e, em seguida, como vêm sendo usados como referencial teórico pelos autores. A literatura aponta distintas concepções de participação e controle social. Para os usuários dos serviços de saúde, destacam-se os conceitos que enfatizam a participação como o dever, a solidariedade e a colaboração com os serviços (VAZQUEZ et al. 2003). Neste mesmo estudo, realizado com usuários e líderes comunitários, a maioria dos

entrevistados não sabe informar como participar nos processos de decisão da saúde e há o predomínio da noção de participação como a utilização dos serviços de saúde. Sanabria Ramos (2001), em um estudo cubano, refere que muitas vezes, a participação se limita à cooperação e utilização dos indivíduos como força de trabalho.

Crevelim e Peduzzi (2005) relatam que os trabalhadores da Saúde da Família atribuem ao controle social conotação de fiscalização, com predomínio de críticas negativas dos conselheiros-usuários, e Campos e Wendhasen (2007) relatam que essa mesma categoria de trabalhadores entende a sua participação como o comparecimento às reuniões, atividades e programas propostos pela equipe. Por sua vez, Arantes et al. (2007) referem que as enfermeiras da atenção básica concebem o controle social com o significado de participação da sociedade nos serviços de saúde, por meio da reivindicação de melhorias e da avaliação das ações de saúde realizadas e pela presença no CS.

A partir desses estudos, podemos observar os diferentes significados de participação e controle social atribuídos pelos trabalhadores da saúde e usuários. Os estudos de Vázquez et al. (2003) e Sanabria Ramos (2001) evidenciam que a sociedade ainda possui uma noção de participação do tipo simbólica, em que está ausente o controle do cidadão. E que os usuários compreendem a participação como a utilização dos serviços e cooperação com o mesmo, o que representa a dificuldade de acesso aos serviços sociais, e conseqüentemente, a negação histórica de seus direitos.

Podemos notar que os trabalhadores concebem a participação e controle social como o comparecimento às reuniões e como fiscalização realizada pelos conselheiros. Enfermeiras da atenção básica apresentam uma compreensão mais

elaborada de controle social que se aproxima do referido pelo SUS. Consideramos que estas concepções dos trabalhadores precisam ser aprimoradas, no sentido de uma compreensão pautada em uma cidadania mais ativa, não apenas como o comparecimento a reuniões, pois estes sujeitos sociais são muito importantes na construção e consolidação da participação na saúde. E, além disso, é muito importante que exista um clima de cooperação e negociação nos fóruns da saúde, entre trabalhadores de saúde e usuários, e que não seja considerado apenas como espaço de fiscalização no sentido de punição, pois, desse modo, não se constroem consensos.

Reportando-nos ao contexto de Reuniões de Comunidade com Trabalhadores da Saúde da Família, nosso objeto de estudo é o **questionamento sobre qual o entendimento de participação e controle social dos trabalhadores e usuários presentes nesse fórum.**

Retomando a nossa revisão, agora abordaremos os termos que têm sido usados para representar a participação em saúde. Nos estudos nacionais e cubano, os autores empregam o termo participação cidadã ou social ou em saúde e controle social em consonância com o seu significado atribuído pela legislação do SUS, ou seja, como um mecanismo de a sociedade atuar no planejamento, organização, funcionamento e controle das políticas de saúde.

Segundo a Organização Mundial da Saúde (WHO, 1993), o termo envolvimento comunitário é mais adequado que participação comunitária, afinal, “envolvimento” permite identificar melhor os membros da comunidade na Atenção Primária à Saúde. Na literatura internacional, principalmente no caso britânico, emprega-se o termo envolvimento público, porém, é usado tanto como referência a uma participação mais ativa dos ‘cidadãos’ e também, para designar uma postura

mais passiva dos ‘pacientes’, consumidores dos serviços de saúde (CALLAGHAN; WISTOW, 2006; BROWN, 2000). Optamos por adotar o termo participação e controle social de acordo com o SUS, devido a sua forma de conceber a relação entre sociedade civil e sociedade política que está explicitada no marco teórico.

Diante das variadas concepções do termo participação (participação social ou comunitária ou popular/controle social/envolvimento comunitário), é necessário atentarmos para seus significados e interpretações, observando suas matizes políticas e ideológicas.

Na literatura revisada, a idéia de participação está relacionada aos conceitos de *accountability* e *empowerment*. *Accountability* baseia-se numa democracia caracterizada pela participação e acompanhamento dos resultados e diz respeito à obrigação dos governantes em prestar contas dos resultados aos seus eleitores, visando à transparência e adequação de seus atos às expectativas do interesse público (OLIVEIRA, 2004; CALLAGHAN; WISTOW, 2006). *Empowerment* vem sendo usado nos estudos de democracia e participação, assumindo as significações de desenvolvimento de potencialidades, aumento de informação e percepções, aumento de poder, da autonomia individual e coletiva, nas relações interpessoais e institucionais (WENDHAUSEN; BARBOSA; BORBA, 2006; CAMPOS; WENDHAUSEN, 2007; BANDESHA; LITVA, 2005).

A prática do *accountability* revela a necessidade de maior controle sobre as ações dos governantes nas políticas públicas e podemos dizer que os fóruns da saúde são espaços que devem fomentar sua realização, afinal, constituem um elemento essencial ao efetivo controle social. O *empowerment* se apresenta como um núcleo filosófico e uma estratégia da Nova Promoção da Saúde, corrente filosófica que amplia o alcance das atividades de promoção da saúde.

1.2.2 Modo de participação/atuação dos sujeitos sociais nos fóruns da saúde e nos serviços de saúde

Quanto às características dos sujeitos sociais que atuam nos fóruns da saúde e nos serviços de saúde, abordamos os aspectos referentes aos conselheiros de saúde, aos trabalhadores da saúde, aos usuários, aos gestores e prestadores dos serviços de saúde.

Referente à prática dos conselheiros de saúde, foram apontados a falta de clareza de seus objetivos e funções, a desconsideração das necessidades da comunidade e a preocupação apenas com seus interesses pessoais (Lopes; Almeida, 2001; Arantes et al., 2007), o desconhecimento do perfil epidemiológico de sua área de abrangência (Lopes; Almeida, 2001), a falta de articulação dos conselheiros entre si (Gonçalves; Almeida, 2002), a ausência da formação de compromisso no encaminhamento das deliberações, a falta de preparo e dificuldades em avaliar as políticas de saúde (VANDERLEI; WITT, 2003). Estudando os conselhos de um município, Wendhausen, Barbosa e Borba (2006) constatam que, apenas, 37% dos conselheiros passaram por algum processo de capacitação para assumir seu cargo, no entanto não sabem referir o “conteúdo” da capacitação e, no mesmo estudo, mais de 50% dos conselheiros referiam a necessidade de capacitação.

Em estudo sobre um CMS, Gonçalves e Almeida (2002 p.172) apontam que “entre os representantes da associação de moradores, o que preocupa é que seu segmento não toma o conselho como canal de discussão para propostas concretas

que levem a mudanças significativas” e ainda, “conselheiros usuários e prestadores revelam-se insatisfeitos no exercício da atribuição de planejar, pois importantes temas já chegam ao CMS prontos e não há como discuti-los”, assim o CMS só os legitima, cumprindo uma formalidade. As mesmas autoras revelaram, no mesmo estudo, que os conselheiros representantes dos órgãos formadores de recursos humanos consideram como “presente de grego” serem conselheiro.

Crevelim e Peduzzi (2005) referem que conselheiros de saúde locais identificam como sendo sua função prioritária 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.

Podemos observar tanto aspectos potencializadores como limitantes na prática dos conselheiros, em relação à participação e controle social. Muitas limitações dos conselheiros decorrem, principalmente, da sua falta de capacitação, afinal, muitos desconhecem as políticas de saúde e o perfil epidemiológico da área em que atuam, não têm preparo, etc. Outros problemas estão relacionados à comunicação estabelecida nos CSs, que resulta na falta de articulação dos conselheiros entre si, na falta de compromisso e na representação dos interesses particulares, etc.

Tratando-se da capacitação dos conselheiros, além de sua ausência, muitas vezes, quando está presente, não é efetiva. A atuação nos conselhos, como espaços de discussões e articulações dos vários sujeitos sociais, requer habilidades que podem ser garantidas por meio de capacitação ou educação permanente. No entanto, a maioria dos processos de capacitação está pautada em modelos de educação tradicional; todavia, consideramos que seria necessária a adoção de

metodologias mais ativas, num processo contínuo, fundamentado numa concepção crítica da realidade, que fomente uma prática educativa transformadora e participativa. Em relação à comunicação, há necessidade de se refletir sobre as relações que vêm sendo estabelecidas entre os conselheiros e que interesses eles representam.

Quanto à falta de credibilidade dos conselheiros na possibilidade de transformar a realidade, Gonçalves e Almeida (2002) contribuem com esta discussão ao concluírem que precisamos atentar sobre o modo como as reuniões têm sido desenvolvidas e as questões debatidas. Afirmam que o colegiado precisa ter visibilidade na sociedade, ultrapassar a burocracia, tornar públicas suas deliberações para além dos documentos oficiais e, desse modo, se constituir como referência para a sociedade gerir a saúde.

Consideramos como uma potencialidade, quando conselheiros de saúde identificam como sua função atuar na gestão dos serviços de saúde e reconhecem outras instâncias, além dos conselhos de saúde, para reivindicar seus direitos. Isso é muito importante quando identificam como sua “função prioritária” contribuir na gestão dos serviços, mas devemos atentar-nos para qual o tipo de contribuição na gestão os conselheiros se referem. Caso se trate de uma contribuição ativa, em que as necessidades do segmento que representa estão sendo consideradas, entendemos isso como um caminho para a construção da cidadania; todavia, se essa contribuição é apenas passiva, pouco contribui para a participação cidadã.

Abordando, agora, as características referentes aos usuários, enfermeiras da atenção básica afirmam que o desconhecimento do funcionamento das instâncias participativas e das funções dos representantes levam os usuários a exercerem sua

participação de forma limitada, a partir de críticas e reclamações (ARANTES et al., 2007).

Trabalhadores de uma equipe de saúde da família apontam como fatores limitantes à participação dos usuários o individualismo, a descaracterização cultural que reduz a capacidade organizativa da comunidade, a cultura medicalizante, o comodismo e a apatia das pessoas (CAMPOS; WENDHAUSEN, 2007).

Segundo Lopes e Almeida (2001), os conselheiros se referem à falta de participação dos usuários nas atividades e reuniões, e Wanderlei e Witt (2003) enfatizam que não há controle social efetivo por parte dos usuários, em um estudo realizado num CMS.

No estudo de Arantes et al. (2007), a participação do usuário é vista pelos trabalhadores de saúde como forma de fiscalização, por meio de críticas e reclamações, o que corrobora com o estudo de Crevelim e Peduzzi (2005) no qual os trabalhadores de saúde relatam o predomínio de críticas negativas dos conselheiros-usuários. Essa evidência nos permite afirmar que os usuários estão sendo vistos como “fiscalizadores” que observam apenas aspectos negativos, procurando de alguma forma punir os trabalhadores. Isso pode sugerir a revolta dos usuários de serviços públicos que sempre tiveram dificuldades de acesso e “descarregam” suas indignações nos trabalhadores. Esse comportamento gera nos trabalhadores ansiedade ou um comportamento de defesa e corporativismo, por possuírem uma expectativa de receber sugestões e não críticas. Por outro lado, pode ser compreendido como parte do processo de amadurecimento das pessoas no processo de participação social.

Podemos perceber que tanto trabalhadores de saúde, como conselheiros, apontam questões negativas relativas à participação do usuário e à sua falta de

participação. Infelizmente, trabalhadores de saúde e conselheiros não conseguem realizar uma avaliação processual, histórica e socioeconômica que gera este comportamento não-participativo em nossa sociedade. O usuário dos serviços públicos de saúde, geralmente, pertence ao grupo mais carente da sociedade que, historicamente, não teve seus direitos respeitados e acaba descreditando da possibilidade de conquistar direitos por meio dos fóruns da saúde. Além do mais, a difusão dos valores capitalistas de não-solidariedade e os individualismos reforçam essa posição. Arantes et al. (2007) contribuem para esta discussão, ao comentar sobre a situação dos oprimidos, sendo que enquanto adaptados à situação que os oprime, 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.

E nesse clima de discussão, reportando ao nosso objeto de estudo, **nos perguntamos como os trabalhadores da saúde estão vendo a participação ou a falta de participação dos usuários em Reuniões de Comunidade com Trabalhadores da Saúde da Família?**

Quanto à atuação dos trabalhadores, a principal atividade, voltada à participação social realizada pelas enfermeiras e sua equipe, tem sido convidar a população a participar das reuniões do conselho gestor, seguida pela divulgação das reuniões do mesmo e pela leitura das sugestões deixadas pelos usuários nas caixinhas de sugestões (ARANTES et al., 2007). De acordo com um estudo inglês, os grupos liderados por enfermeiras se apresentaram prósperos no envolvimento do público, porém suas propostas apresentam contradições e muitas vezes são mal definidas (BROWN, 2000). Num estudo realizado com enfermeiras comunitárias inglesas, Kenney e Mckenna (2004) relatam que há falta de clareza para o público quanto ao seu papel.

Crevelim e Peduzzi (2005) apontam que os trabalhadores da Saúde da Família identificam a necessidade de capacitação apenas para a comunidade e não para si e que, no espaço não institucionalizado da participação da sociedade, no interior da equipe, o usuário está ausente do planejamento e da tomada de decisão. Assim, “no plano assistencial e da construção do projeto assistencial comum, o trabalho em equipe está para dentro da equipe” e se revela o grande conflito entre trabalhadores e conselhos, afinal a comunidade é convidada a participar, no entanto para legitimar decisões já tomadas pela equipe.

As mesmas autoras ainda apontam que os trabalhadores reconhecem a visita domiciliar como um espaço de sensibilização e mobilização da comunidade para a participação e controle social.

Wanderlei e Witt (2003) relatam que os profissionais de saúde, na maioria das vezes, assumiam uma posição de defesa, com conotação corporativista e não a de que o conselho constituía um espaço coletivo de negociação.

Percebemos que os trabalhadores da saúde da família estão realizando atividades essenciais para a realização da participação social, todavia, muitas vezes, limitadas à atuação dos conselhos locais, o que revela que a criação desses espaços aproximou o controle social dos sujeitos da Atenção Básica à Saúde. No entanto, é necessário se avançar no sentido de conhecer e exercer outras formas de participação social, principalmente, que estejam relacionadas aos trabalhos cotidianos da unidade de saúde.

É interessante salientarmos o destaque do enfermeiro nas atividades voltadas à participação social, tanto no cenário nacional, como internacional, apesar de suas propostas, algumas vezes, não serem claras. A enfermagem tem se mostrado, na história das práticas de saúde, como uma das primeiras categorias a incorporar a

determinação social do processo saúde-doença e a ampliar suas práticas coletivas. Nessa concepção, as pessoas são consideradas como cidadãs tendo o direito e o dever de influir nas políticas de saúde. No entanto, o movimento predominante, tanto na enfermagem como nas outras categorias de saúde, vai em direção ao modelo biomédico da saúde que privilegia o cuidado individual e especializado e, nele, as pessoas são consideradas apenas consumidoras de saúde. Dessa forma, um dos motivos das atuais propostas dos enfermeiros serem contraditórias, provavelmente, se deve a confluências dos dois paradigmas de saúde.

E infelizmente, nas atividades cotidianas, o trabalhador não inclui o usuário no planejamento das atividades da equipe e “reproduz-se o modelo de “pensar por”, “planejar por”, “decidir por”, ao invés de “pensar com”, “planejar com”, “decidir com” o usuário”, conforme comentários de Crevelim e Peduzzi (2005). Isso revela a mentalidade centralizadora e autoritária que historicamente predominou nos serviços de saúde e exige que os atuais trabalhadores repensem suas práticas, ao invés, de reproduzir o instituído. Além do mais, não devem assumir uma posição corporativista nos fóruns da saúde, afinal, esses fóruns são espaços de diálogos e articulações.

Então, indagamos: **como e quais atividades estão sendo realizadas pelos trabalhadores da Saúde da Família voltadas para o controle social, na USF que estamos estudando? E qual a postura desses trabalhadores em Reuniões de Comunidade com Trabalhadores da Saúde da Família?**

Referente aos aspectos dos gestores na participação social, os mesmos consideram um desafio fiscalizar efetivamente o Fundo Municipal de Saúde (FMS), pois somente o secretário da Fazenda possui o conhecimento sobre o destino da verba pública, assim o conselho só analisa os recursos financeiros da saúde que já foram efetuados. Dessa forma, os gestores municipais não possuem todo o

conhecimento técnico necessário para a tomada de decisões e dependem do gestor estadual que acaba exercendo tutela sobre os secretários municipais e estes sobre os conselheiros (GONÇALVES; ALMEIDA, 2002). As mesmas autoras revelaram que os prestadores de serviços somente utilizavam o CMS para encaminhar suas demandas, ou quando possui algum interesse pontual.

Entendemos que, para um efetivo controle da verba pública, seria necessário que o CMS fiscalizasse o FMS, porém isso se mostra difícil, já que está articulado à Secretaria da Fazenda. Notamos como um fato positivo a preocupação do gestor em realizar um controle financeiro efetivo e a sua busca por autonomia frente às autoridades hierarquicamente superiores.

1.2.3 Limites na participação em saúde

Outro agrupamento que constituímos trata dos fatores limitantes à participação e ao controle social encontrados na literatura. Alguns aspectos que também reduzem a participação, nos fóruns da saúde, já foram discutidos nos itens anteriores.

A literatura evidencia muitos problemas referentes aos CSs, como existindo apenas para receber verba pública e sendo caracterizados, muitas vezes, por práticas como manipulação, clientelismo, troca de favores, cooptação (WENDHAUSEN; BARBOSA; BORBA, 2006). Arantes et al. (2007) ainda apontam o pouco tempo de funcionamento dos conselhos, o fato de os trabalhadores de saúde

não estarem devidamente preparados para tal participação e a lentidão dos processos burocráticos.

Uma problemática que também permeia os CSs é a representação. Serapioni e Romaní (2006) afirmam que não podemos falar de representatividade, pois não há mecanismos formais de delegação de poder, nos quais grupos elejam seus representantes. Também não se pode dizer que os conselhos representem os interesses de todos os cidadãos, devido ao número limitado de pessoas que participam ativamente; e além do mais, trata-se de um trabalho voluntário.

Pessoto, Nascimento e Heiman (2001) discutem que o tipo de democracia dos conselhos é representativa, apesar de muitas vezes, os conselheiros não terem sido eleitos para representar um segmento social, ou mesmo se eleitos, não representam os interesses do grupo que os elegeram. Também comentam sobre a democracia liberal *versus* a democracia social, sendo que em nosso país prevalece a democracia representativa liberal, onde os governantes teoricamente deveriam representar os interesses do grupo que os elegeu, no entanto, predominam os interesses do mercado, defendidos, pelos grupos dominantes, como os ideologicamente necessários para o desenvolvimento da nação.

De acordo com Gonçalves e Almeida (2002) e Arantes et al. (2007), a cultura de não-participação em nossa sociedade e o medo de discriminação são fatores que contribuem para a baixa participação nos órgãos colegiados.

Sanabria Ramos (2001), com base no contexto cubano, refere que o principal responsável pelas limitações na participação social é o próprio sistema de saúde que não executa a dinâmica de participação e muitas vezes predominam o paternalismo e a pouca flexibilidade na tomada de decisões em nível local. Além disso, não oferece suficiente capacitação tanto para trabalhadores, como para a

comunidade. Assim, continua sendo um grande problema o desconhecimento acerca da participação, e prevalecem modelos antiparticipativos, com características hegemônicas. E revela, também, que apesar da Atenção Primária à Saúde propor um equilíbrio entre a promoção, prevenção, cura e reabilitação, na prática há o predomínio de ações curativas.

Callaghan e Wistow (2006) consideraram que a estrutura de poder, o modelo médico de saúde e o racionalismo científico, que historicamente dominaram o sistema de saúde inglês, têm influenciado negativamente o envolvimento do público.

Estudos ingleses revelam como obstáculos ao desenvolvimento de atividades para o envolvimento do público: a excessiva carga de trabalho, a falta de tempo, de espaço físico (BROWN, 2000), a resistência dos médicos e de outros profissionais, dificuldade no engajamento da comunidade, a falta de recursos, falta de capacitação dos profissionais de saúde, uso de linguagem inacessível ao público e desconhecimento e desrespeito dos valores das comunidades (BANDESHA; LITVA, 2005).

A participação no sistema de saúde britânico é do tipo consultiva, e a Atenção Primária está a cargo dos Grupos de Cuidados Primários “Primary Care Groups (PCG)” e Confiança Cuidados Primários “Primary CareTrust (PCT)”, que devem desenvolver estratégias de informação e consulta pública. Porém, Brown (2000) constata um baixo nível de atividades relacionadas ao envolvimento público nessas instâncias. E, Alborz, Wikin e Smith (2002) revelam que a consulta tem pouco impacto nas decisões do governo e também no desenvolvimento dos serviços.

Observamos a presença de muitos fatores limitantes à participação social e encontramos semelhanças, na maioria, dos problemas brasileiros com os de outros países. Em nosso país, temos muitos problemas políticos que dificultam o

funcionamento dos CSs, como o clientelismo, a manipulação, a sua existência “protocolar”, a burocracia, etc. Quanto à representatividade nesses colegiados, acreditamos que se trata de uma democracia representativa, mesmo que não existam mecanismos de delegação de poder, afinal, os sujeitos sociais sempre representam o segmento a que pertencem.

Em nosso país, enfrentamos, também, os problemas relatados pela autora cubana que responsabiliza a dinâmica e as políticas do próprio sistema de saúde, como causadoras de limitação na participação social, devido à predominância da ideologia do cuidado médico centrado e à pouca relevância dada à participação do usuário.

As dificuldades apontadas nos estudos ingleses também acometem a realidade brasileira, conforme discutimos, ao longo, desta revisão. No entanto, evidenciam alguns elementos que não encontramos nas publicações brasileiras, mas que também estão presentes em nossa realidade, como a excessiva carga de trabalho, a falta de tempo, de espaço físico, a resistência dos médicos e de outros profissionais no envolvimento comunitário.

No contexto cubano e inglês, segundo os artigos revisados, têm-se vivenciado problemas quanto ao envolvimento/participação da sociedade na Atenção Primária à Saúde, pois não se tem conseguido alcançar seus princípios, o que também ocorre em nosso país. Nesses artigos, como nos brasileiros, são relatadas a falta de capacitação para a participação social e a baixa participação da sociedade nos fóruns da saúde em geral, e que se revelam como problemas bastantes frequentes e que precisam ser trabalhados, considerando os contextos sócio-histórico e cultural do qual fazem parte.

No caso de Reuniões de Comunidade com Trabalhadores da Saúde da Família, quais os principais limites encontrados e eles corroboram com os levantados na revisão da literatura?

1.2.4 Potencialidades na participação em saúde

Quanto ao agrupamento relativo às potencialidades, encontramos muitos aspectos que contribuem para o fortalecimento da participação social, apesar de algumas características se mostrarem contraditórias, afinal, ao mesmo tempo, que potencializam a participação, evidenciam limites.

Estudando os conselhos de um município, Wendhausen, Barbosa e Borba (2006) constatam que quase 70% dos conselheiros possuem curso superior completo.

Trabalhadores de uma equipe de Saúde da Família apontam a necessidade de organizar o serviço com base nas necessidades dos usuários e não na lógica das tarefas ou procedimentos a serem cumpridos (CREVELIM; PEDUZZI, 2007). As mesmas autoras discutem que os trabalhadores e usuários dos Conselhos Locais de Saúde possuem uma noção ampliada sobre os determinantes do processo saúde-doença como qualidade de vida, embora persista a concepção biomédica.

Em um estudo comparativo entre os colegiados da saúde no Brasil, Itália e Inglaterra, Serapioni e Romani (2006) destacam que a peculiaridade do CS brasileira, em relação aos CSs inglês e italiano, é ser deliberativa. Na Itália, a partir de 1992, os usuários passaram a participar do processo de decisão no sistema de

saúde por meio dos Conselhos Consultivos Mistos, constituídos pelos usuários, gerentes e profissionais da saúde. Na Inglaterra, os CSs foram criados em 1974, compostos apenas por integrantes da comunidade com o objetivo de defender os interesses dos cidadãos. No entanto, diferentemente do Brasil, a Itália e Inglaterra como países desenvolvidos, o sistema de proteção social garante às pessoas maior desfrute dos direitos que em nosso país.

Um artigo que relata o desenvolvimento de um projeto com base na participação comunitária no sul da Ásia aponta como os principais benefícios percebidos pelos profissionais de saúde: a população mais informada, o desenvolvimento de amizades e de uma vivência mais harmoniosa na comunidade, a coesão social, mudanças no estilo de vida e a melhor utilização dos serviços de saúde (BANDESHA; LITVA, 2005).

Callaghan e Wiston (2006), ao refletirem sobre divergentes resultados encontrados no estudo de caso de duas localidades inglesas, com semelhante perfil, estrutura de política nacional e regional na conformação de gerenciamento, constataram que a localidade em que prevalecia a prática dialógica o envolvimento do público foi mais efetivo.

Consideramos que instrução elevada da maioria dos conselheiros pode representar, tanto um avanço, afinal isso tende a influenciar positivamente na participação, como pode sugerir que apenas os letrados estão conseguindo penetrar no espaço público, assim poderemos questionar se realmente representam os interesses do grupo a que pertencem.

Outra potencialidade que constatamos refere-se a uma conquista na reorganização do serviço de saúde, quando este passa a ser orientado para atender às necessidades dos usuários, porém, ainda persiste o paradigma biomédico.

Estudos ingleses têm evidenciado que o desenvolvimento da participação da sociedade na saúde gera maior articulação e coesão social, orientação e fomenta a troca de subjetividades entre seus membros, o que acaba por fortalecer a comunidade e sua organização. E quanto mais dialógica, e com presença de alteridade for na relação com as pessoas, mais efetivo será o envolvimento/participação social.

Retornando ao nosso objeto de estudo, **questionamo-nos sobre quais as potencialidades de Reuniões de Comunidade com Trabalhadores da Saúde da Família em avançar na participação e no controle social.**

1.2.5 Comunicação em saúde

O último tópico da nossa discussão, nesta revisão bibliográfica, aborda um assunto que atualmente tem se mostrado de grande relevância na área da saúde. Trata-se da comunicação, que se apresenta como um aspecto fundamental na prática participativa, principalmente nos fóruns de saúde. Apesar do avanço alcançado no plano da legislação relativa à participação na saúde, têm predominado os paradigmas da informação e comunicação baseados no modelo instrumental. Nas políticas públicas, busca-se a proposição de técnicas comunicacionais visando a atingir objetivos determinados. Nesse modelo de comunicação, a preocupação básica é a de adquirir o máximo de rendimento na transmissão das mensagens para certos públicos e limitar a possibilidade de negociação. Na saúde, prevalece uma fala central especializada e autorizada que dita os nossos modos de cuidar da

saúde, adoecer e morrer, e no caso da participação social, “o discurso enfatiza técnicas prescritivas e convocatórias para que determinados grupos sociais se mobilizem para responder as ações do discurso institucional” (OLIVEIRA, 2004 p. 59).

O mesmo autor, reportando-nos a exemplos de como o discurso é utilizado na participação social, comenta que os representantes do corpo médico falam por uma categoria que atua de forma hierárquica de poder, a respeito das questões de saúde, e têm seu discurso corporativamente aceito pelos seus pares. No caso dos prestadores de serviço, o discurso está relacionado apenas com seus interesses particulares. Já no caso dos representantes dos usuários, a situação é difusa e muitas vezes não favorece sua participação, pois, em alguns casos, as barreiras simbólicas impostas pela hierarquia social se revelam no seu comportamento, na maneira de falar e de articular idéias que nem sempre coincidem com o discurso burocrático, autoritário e técnico.

Whendhausen e Caponi (2002 p. 1627) pontuam a relação assimétrica entre os conselheiros representantes dos usuários e os representantes de outros segmentos, revelam o uso de uma “estratégia de silenciamento, através de discursos considerados verdadeiros e autorizados, principalmente pelo segmento governamental, que reforça seu poder”. Discutem também que a demarcação de lugares de poder/saber deixa os representantes dos usuários num lugar de silenciamento, no qual sua verdade nunca pode ser pronunciada. Serapioni e Romaní (2006) corroboram com esta idéia, ao afirmar que a desigualdade de informação entre os atores que integram o CMS gera dificuldades do conselheiro usuário expressar sua voz para influenciar nas decisões.

Infelizmente, temos vivenciado o predomínio do modelo instrumental da comunicação, caracterizado por falas técnicas, ausência de diálogo e negociações, posições autoritárias, centralização do poder, o que tem dificultado os cidadãos de exercerem sua cidadania, principalmente, aqueles que não detêm o poder e saber relacionado ao discurso dos técnicos. Com a finalidade de nos aproximarmos de uma proposta de comunicação mais abrangente, que considere a subjetividade dos participantes dos fóruns da saúde, nos apoiamos na Teoria da Ação Comunicativa de Habermas. Nessa teoria Habermas, dentre outras, aborda as pretensões/expectativas de validade dos atos de fala para uma ação orientada ao entendimento. No marco teórico, vamos nos aprofundar nessas concepções.

E, retornando ao nosso cenário de estudo, nos perguntamos: que comunicação tem predominando em Reuniões de Comunidade com Trabalhadores da Saúde da Família?

Sintetizando, podemos concluir que esta revisão bibliográfica possibilita uma visão mais abrangente dos limites e potencialidades, tanto dos sujeitos que integram os fóruns da saúde, como dos processos, contextos, concepções e comunicação que permeiam a participação e controle social no Brasil e em parte do cenário internacional. E aponta muitas questões referentes à participação que está subsidiando nossa pesquisa.

Além disso, evidencia a necessidade de maior investigação da prática participativa e das suas diferentes configurações, nos diversos espaços democráticos da saúde.

Em vista de toda a problemática que envolve a participação em saúde e nos reportando ao caso específico de Reuniões de Comunidade com Equipe de Saúde, nosso principal questionamento pode ser, assim, sintetizado:

- A estratégia de Reuniões de Comunidade com Trabalhadores da Saúde da Família está se configurando como espaços que propiciam o desenvolvimento da participação e controle social, no município de Marília?

2 OBJETIVOS

Os objetivos de um estudo revelam o que o pesquisador pretende alcançar com sua pesquisa (MINAYO, 2006).

2.1 Objetivo geral

Como estamos estudando um colegiado da saúde, que tem por finalidade desenvolver o princípio da participação social, na Saúde da Família, temos por objetivo analisar a dinâmica de participação e controle social em Reuniões de Comunidade com Trabalhadores da Saúde da Família, destacando os aspectos da comunicação entre trabalhadores de saúde e usuários, num município paulista.

2.2 Objetivos específicos

Assim temos por objetivos específicos:

- caracterizar Reuniões de Comunidade com Trabalhadores da Saúde da Família;
- analisar a dinâmica social de funcionamento de Reuniões de Comunidade com Trabalhadores da Saúde da Família;
- analisar como se dá o relacionamento (comunicação) entre trabalhadores e usuários em tais reuniões;

-identificar os limites e potencialidades para a construção efetiva da participação e controle social.

3 MARCO TEÓRICO-CONCEITUAL

O marco teórico, de acordo com Minayo (2006), refere-se ao discurso argumentativo do pesquisador, em que são apresentados os conceitos, categorias e noções com os quais vai trabalhar.

Figura 2. A comunicação

Fonte: Reis, R. (2006, p. 1)

Como podemos observar, a figura acima mostra um diálogo entre dois sujeitos, em que, ambos têm poder de fala e estão no mesmo “nível”. Oprimem/detêm um ser, aparentemente, mais forte, que poderia atrapalhar esse diálogo. Isso nos leva a pensar que, para existência de uma conversa em que todos tenham possibilidade de falar e ser ouvido, não deve haver assimetrias entre os sujeitos, nem coerções.

Pautando-se nessa compressão (ou compreensão), nosso marco teórico se apoia em aproximações acerca da Teoria da Ação Comunicativa que nos fornecerá suporte para a análise das relações comunicacionais entre trabalhadores e usuários nas Reuniões de Comunidade com Trabalhadores de Saúde da Família. No entanto,

compreendemos que as relações microssociais por si só são insuficientes para contemplar a problemática da participação, assim, nos aproximaremos da concepção de Antônio Gramsci de Estado Ampliado e da trajetória dos movimentos sociais, na saúde, para melhor compreender a conquista do direito de planejar e avaliar as políticas de saúde, em especial na Saúde da Família.

3.1 Aproximações com a Teoria da Ação Comunicativa: o entendimento linguístico entre os sujeitos

Como estamos estudando sujeitos em fóruns de discussão, nos aproximaremos de contribuições da Filosofia da Linguagem e da Teoria da Ação Comunicativa de Jürgen Habermas que nos auxiliarão na compreensão das falas e das relações intersubjetivas entre trabalhadores de saúde e usuários. No processo participatório, nos colegiados da saúde, os sujeitos sociais estão em constante comunicação, troca de subjetividades, compartilhamentos, cooperações, conflitos e construção de consensos.

De acordo com a Filosofia da Linguagem, concebe-se a linguagem (esta que é comumente utilizada pelos falantes de uma língua em seu uso cotidiano, ordinário) como uma prática social, como um sistema de atos simbólicos realizados em determinados contextos sociais com objetivos definidos e tendo a finalidade de produzir certos efeitos e consequências convencionais.

A Filosofia da Linguagem rompe com o paradigma da tradicional filosofia da consciência, representada por um pensador solitário que procura compreender o

mundo a sua volta, em que a linguagem é vista como meio pelo qual se interpreta a realidade. A Filosofia da Linguagem se baseia no paradigma comunicativo, em que a linguagem é vista como modo de agirmos no mundo, ou seja, de interagirmos socialmente em uma comunidade (MARCONDES, 2001).

Dentro dessa perspectiva trabalha Jürgen Habermas. O referido autor, de naturalidade alemã, estudou Filosofia, História, Psicologia, Economia e Literatura, foi professor de Sociologia na Universidade de Goethe, em Frankfurt, e tem seu nome associado à Escola de Frankfurt. Esta Escola, constituída por vários filósofos e cientistas sociais, desenvolveu uma “Teoria Crítica” da sociedade, que via a hegemonia da racionalidade instrumental, marcada pelo domínio da ciência e da técnica, proveniente da ciência positivista como “dificultadora” da emancipação humana. Jürgen Habermas é o principal representante da segunda geração desta escola e considerado o “pai” da Teoria da Ação Comunicativa.

Para o desenvolvimento da Teoria da Ação Comunicativa, Habermas, amparou-se na Teoria dos Atos de Fala do filósofo da linguagem Austin. De acordo com a Teoria dos Atos de Fala, a linguagem é considerada como ação, utilizada para realizar atos e daí advém a denominação de Ação Comunicativa. Por esse motivo, consideramos que a linguagem está relacionada aos atos de fala e à ação, no entanto, o silenciamento dos sujeitos é uma forma de comunicação e traz consigo muitas representações. Mas como Habermas parte de uma pragmática formal do uso da linguagem, ou seja, como deve ser utilizada pelos sujeitos no diálogo, para se alcançar o entendimento, a privação da fala não é abordada na Ação Comunicativa, mesmo porque, vai contra seus pressupostos.

Habermas (1987) considera a existência de dois tipos de ação, aquela orientada ao êxito e a ação orientada ao entendimento. O êxito aqui é entendido

como a execução de um estado de coisas desejadas, causado mediante ação ou omissão calculadas, ou seja, é uma ação orientada a um fim, em que o ator busca alcançar uma meta. As ações orientadas ao êxito são: a ação instrumental e a ação estratégica.

A una acción orientada al éxito la llamamos instrumental cuando la consideramos bajo el aspecto de observancia de reglas de acción técnicas y evaluamos el grado de eficacia de la intervención que esa acción representa en un contexto de estados y sucesos; y a una acción orientada al éxito la llamamos estratégica cuando la consideramos bajo el aspecto de observancia de reglas de elección racional y evaluamos su grado de influencia sobre las decisiones de un oponente racional (HABERMAS, 1987, p. 367)

Dessa forma, a ação instrumental e a ação estratégica são orientadas ao alcance de um objetivo, mesmo que para alcançar esse fim seja necessária a omissão de atos. Já a ação comunicativa se orienta ao entendimento que é compreendido com um processo de obtenção de um acordo entre sujeitos na interação.

Na Teoria da Ação Comunicativa, a comunicação está fundamentada na noção de intersubjetividade, ou seja, o uso da linguagem consiste em um ato de entendimento mútuo, gerando um consenso ou acordo fundamentado, ao qual se alcança por meio do diálogo. O diálogo é considerado como toda a situação possível de discurso baseado no acordo intersubjetivo (MARCONDES, 2001).

Habermas procura reconstruir as condições universais dos atos de fala, ao considerar que os enunciados possuem pretensões de validade, o que significa que podem ser questionados com base em argumentos, ou seja, podem ser fundamentados. Na busca de entendimento consensual, estas pretensões devem-se sobrepor às pretensões de poder (BÓGUS, 1998).

Dessa forma, de acordo com a Teoria da Ação Comunicativa (Habermas, 1987), em cada ato de fala, devem estar presentes quatro pretensões ou expectativas de validade: a pretensão de verdade proposicional ou verdade da

afirmação, a pretensão de retitude ou correção normativa, a pretensão de veracidade ou autenticidade expressiva e a pretensão de inteligibilidade.

A pretensão de verdade proposicional ou verdade da afirmação que pode ser representada pelos “atos de fala constatativos ou afirmativos” do qual a expectativa é de que os conteúdos proposicionais sejam verdadeiros. A pretensão de retitude ou correção normativa que pode ser expressa pelos “atos de fala regulativos”, que para serem aceitos devem estar de acordo com as normas sociais vigentes. A pretensão de veracidade ou autenticidade expressiva que engloba os “atos de fala representativos ou expressivos” refere-se à subjetividade dos interlocutores, a sua transparência e sinceridade, assim, espera-se que o falante seja sincero consigo mesmo e com os outros (CRACO, 2006). A pretensão de inteligibilidade trata da expectativa de que os conteúdos transmitidos sejam compreensíveis.

As três primeiras pretensões de validade dos atos de fala se entrelaçam com as relações sujeitos-mundo (Habermas, 1987), desse modo, a pretensão de verdade proposicional se relaciona a um mundo objetivo, ou seja, a totalidade dos fatos cuja existência pode ser verificada. A pretensão de retitude está ligada a um mundo social dos atores, entendido como a totalidade das relações interpessoais e legitimamente reguladas. Já a pretensão de veracidade está relacionada a um mundo subjetivo, compreendido com a totalidade das experiências, da qual cada sujeito tem acesso privilegiado, e o falante pode manifestar em público.

As pretensões de verdade proposicional, ou seja, o que está sendo dito e a de retitude que se referem às normas sociais, podem ser problematizadas fora do contexto da interação, por meio do discurso, onde todas as expectativas ficam suspensas, até que a afirmação seja refutada ou confirmada e até que a norma social seja tida como legítima ou ilegítima (BÓGUS, 1998).

A dúvida quanto à pretensão de veracidade do falante pode ser resolvida no próprio contexto da relação, onde a própria experiência revelará se o interlocutor parecia ser sincero consigo mesmo e com os outros, se estava ou não sendo verdadeiro. Já a problematização em relação à inteligibilidade das falas pode ser resolvida por meio de certas convenções linguísticas (BÓGUS, 1998).

Para Habermas, as interações sociais e linguísticas não são reguladas pelas intenções dos falantes, mas por motivos excluídos do domínio público e relativo à organização da sociedade como o modo de produção, a divisão social do trabalho, o sistema de poder, dentre outras. Dessa forma, a ideia de intersubjetividade como condição do diálogo pode sofrer distorções produzidas pela estrutura social que gera uma assimetria no diálogo e desigualdade na distribuição dos papéis linguísticos. O uso da linguagem em uma comunidade geralmente é determinado pelo modo segundo o qual a sociedade está estruturada. As distribuições de papéis e acesso à linguagem correspondem às distâncias, às divisões, e às contradições de nossa sociedade, o que mostra que a organização social é responsável por restrições no uso da linguagem e que tem um efeito distorcido na comunicação e em seu âmbito cooperativo. No entanto, mesmo o discurso orientado para a manipulação pressupõe a verdade e a sinceridade como princípios, podendo assim ser autocancelada a sua intenção de falsidade. Nessa mesma perspectiva, o uso ideológico da linguagem ocorre quando é gerado um consenso que embora fictício parece real. Na situação de fala ideológica, as assimetrias entre os interlocutores são ocultadas por uma aparência de igualdade, e as restrições aos atos de fala são ocultadas. A linguagem aparece como neutra, isenta, objetiva, universal, ocultando-se a sua relação com crenças, valores e interesses particulares (MARCONDES, 2001).

Dessa forma, percebemos que o uso da linguagem está relacionado à inserção social dos sujeitos, sendo assim, aqueles que têm contemplado seus direitos sociais e têm dignas condições de trabalho dispõem de espaços, construídos socialmente, para o uso da palavra nas discussões, já aqueles sujeitos que tiveram acesso negado ou dificultado aos serviços sociais têm limitada ou desprezada, em muitos casos, sua linguagem. Assim, ocorre uma reprodução social da comunicação, na qual, o grupo social desfavorecido não tem espaço para vocalização e tem sua fala desrespeitada, sendo válido, prioritariamente, o discurso dos mais instruídos (pela educação formal) dos técnicos.

Marcondes (2001) corrobora com essa perspectiva, ao afirmar que, a condição social, o lugar que cada pessoa ocupa na estrutura social determina como a linguagem é usada e como é seu acesso a ela. Com a finalidade da manutenção da atual ordem social, ou seja, de uma sociedade caracterizada por iniquidades, a qual valoriza o dinheiro e o poder, a comunicação acaba sendo usada para manipulação. No entanto, isso não anula a possibilidade de transformação dessa situação que pode ser fomentada tanto pela pressão de um grupo em ter sua voz escutada, como pela mudança de postura dos sujeitos que ocupam o outro extremo.

Assim, para existência da ação comunicativa nos fóruns da saúde, deve haver um acordo intersubjetivo, pautado no diálogo e nos princípios de sinceridade (veracidade), de verdade, de concordância com as normas sociais (retitude) e de compreensão do que está sendo dito, orientado para a construção de uma sociedade mais justa e livre das iniquidades sociais. Desse modo, todos os sujeitos participantes dos fóruns, como no caso das Reuniões de Comunidade com Trabalhadores da Saúde da Família, têm o direito de falar e ser ouvido, discutir sobre o que está sendo falado e participar das decisões consensuais.

E entendemos a privação da fala dos sujeitos nos fóruns da saúde como modelos distorcidos de comunicação que se distanciam da ação comunicativa, não sendo orientados pelo entendimento entre os sujeitos, mas pela reprodução social de iniquidades. Dessa forma, uns exercem poder e coerção sobre os outros, impedindo sua fala, resultando, assim, no silenciamento e na opressão de integrantes desses fóruns.

Assim, a exposição do objeto de estudo e aproximações com a Teoria da Ação Comunicativa de Habermas nos permite realizar o seguinte questionamento:

Qual a chance/possibilidade de diálogo (acordo intersubjetivo) nas Reuniões de Comunidade com Trabalhadores de Saúde da Família?

3.2 Participação social: as relações entre a sociedade civil e a sociedade política no Estado Ampliado e os movimentos sociais

Como estamos estudando a participação em fóruns da saúde, consideramos importante abordar como ela vem se configurando no contexto nacional, e como a compreendemos em uma dimensão macrossocial.

De acordo com Antônio Ivo de Carvalho (1995), a participação é determinada pela relação entre a sociedade e o Estado. No entanto, neste estudo, entendemos a participação como determinada pelas relações que ocorrem no interior do Estado.

Buscamos compreender o Estado de acordo com sua realidade social e condições histórico-políticas que representa, o que contrapõe a noção do Estado como estático e como protetor do “bem comum”. De acordo com a concepção

marxista, o Estado se estrutura na divisão da sociedade em grupos sociais, motivo pelo qual ele existe, ou seja, o Estado só existe quando e enquanto existir essa divisão, que decorre por sua vez das relações sociais de produção. Dessa forma a função do Estado capitalista é conservar e reproduzir tal divisão, “garantindo assim que os interesses comuns de uma classe/grupo particular se imponham como o interesse geral da sociedade” (COUTINHO, 2007, p. 124).

Na atualidade, com as conquistas da sociedade, como o sufrágio universal, sindicatos e partidos políticos, surgem novas determinações do Estado. E Antônio Gramsci para contemplar essa atual condição do Estado o “amplia”, ao tratar o processo de “complexificação” e democratização nas sociedades que já atingiram um certo grau de organização. Para Gramsci, nas formações econômico-sociais mais avançadas, o Estado se amplia e comporta duas esferas principais: a sociedade política, também chamada por ele de “Estado em sentido estrito” ou “Estado coerção”, que é constituída pelos mecanismos por meio dos quais o grupo dominante detém o monopólio legal da repressão e violência; e a sociedade civil, formada pelas organizações responsáveis pela elaboração e difusão de ideias, compreendendo o sistema escolar, as igrejas, os partidos políticos, os sindicatos, as organizações profissionais, a organização material da cultura (jornais, revistas), dentre outros (COUTINHO, 2007). Entendemos que os serviços de saúde, em especial, as unidades de saúde representam organizações da sociedade civil, sendo também responsáveis pela construção e difusão de ideais.

A sociedade civil, como uma esfera do Estado, é um campo privilegiado da luta pela hegemonia, é o espaço onde os grupos sociais buscam a direção política, tanto para a manutenção da ordem vigente, como para a formação de uma nova vontade política e a transformação da ordem social (COUTINHO, 2007). Nesse

sentido, entendemos que os princípios e pressupostos da Estratégia Saúde da Família têm a pretensão de orientar a transformação do atual modelo de assistência à saúde e, conseqüentemente, a ordem social. No entanto, sentimos que apesar do Movimento da Reforma Sanitária defender a “bandeira” de transformação social, temos alcançado apenas “reformas” parciais no setor saúde, num contexto, em que as políticas neoliberais e os organismos internacionais defendem a redução de garantias sociais, em especial a saúde.

Retomando a discussão, Gramsci defende a tática de guerra de movimento, não de posição, pois onde a sociedade civil se organiza e se articula, não há mais espaço para atitudes explosivas. Nessa perspectiva, a organização da sociedade civil por meio dos sujeitos políticos coletivos (conselhos, sindicatos, associações) deve se articular na defesa dos seus direitos sociais. Consideramos que, de acordo com essa perspectiva, estão organizados os conselhos e demais fóruns da saúde que devem ser orientados para a construção de uma sociedade em que todos tenham contemplados os seus direitos.

Como estamos estudando a participação na saúde, se mostra relevante abordar como vem ocorrendo a organização da sociedade civil na luta por políticas sociais, ou seja, como vem se configurando a sua participação.

No final da década de 1970, a sociedade civil começa a se organizar contra o regime militar. Nesse contexto, acreditava-se que a sociedade civil deveria mobilizar-se e organizar-se para combater a sociedade política, alterando o sistema de governo não democrático e as políticas públicas que privilegiavam apenas o mercado. E esse pensamento estimulou o surgimento de inúmeras práticas coletivas como a reivindicação de bens, serviços e direitos sociopolíticos. Nesse período, um dos principais eixos articuladores é a noção de autonomia, ou seja, a sociedade civil

se organiza independentemente da sociedade política (na maioria das vezes “de costas” para a mesma). A democracia direta e participativa exercida nos locais de moradia e trabalho é considerada como modelo ideal de governo, e participar das organizações sociais significava praticar um ato de desobediência civil (GOHN, 2004).

A partir de 1985, segundo a mesma autora, com a saída dos militares, começa a se transformar a relação no interior do Estado, afinal, com abertura progressiva de canais de participação e de representação política, a partir das pressões da sociedade civil, as organizações sociais acabam paulatinamente perdendo a centralidade do discurso da participação.

No decorrer dos anos de 1990, a pluralidade dos atores sociais em cena confere ao conceito de cidadania semelhante relevância que possuía o termo autonomia nos anos de 1980. A questão da cidadania que emergira, na década anterior, adquire um novo contorno, como de cidadania coletiva, que extrapola a demanda pelos direitos civis e passa a exigir os direitos sociais. Neste novo cenário, a sociedade civil entrelaça-se com a sociedade política, configurando o Estado como contraditório e fragmentado. Origina-se um novo espaço, denominado público e não estatal, formado pelos conselhos e outros fóruns que são compostos por representantes da sociedade civil e do poder público para a “gestão de parcelas da coisa pública” (GOHN, 2004, p. 22).

Consoante com a participação da sociedade civil num plano mais geral, também, no caso da saúde, a participação se configurou de diferentes formas em cada momento histórico do nosso país, da qual podemos apontar três diferentes formas: a participação comunitária, a popular e a social. Constatamos que a participação comunitária surge como um componente do movimento dos centros

comunitários de saúde norte-americanos que surgem no início deste século. A proposta da medicina comunitária aparece quando as ações de saúde pública passam, tecnicamente, a depender do consentimento da população para sua implementação e eficácia. Nesse caso, a sociedade civil acaba completando a sociedade política, pois a relação que se estabelece no interior do Estado é de complementaridade. Nesse contexto, comunidade⁷ é entendida como um agrupamento de pessoas que coabitam um mesmo “meio ambiente” e compartilham as mesmas “condições ecológicas” de existência, independente dos fatores estruturais ou conjunturais que lhes deram origem (CARVALHO, 1995).

A proposta de participação popular emana para representar o aprofundamento da crítica e a radicalização das práticas políticas de oposição ao sistema dominante. Assim, a categoria comunidade é substituída pela categoria povo, designado como a parcela da população excluída do acesso a bens e serviços. Nesse cenário, uma parcela da sociedade civil, representada pelo povo excluído social, econômica e politicamente, luta contra os grupos dominantes, aliados da sociedade política e é expressa por meio dos movimentos sociais⁸, no final da década de 1970 e começo da de 1980 (CARVALHO, 1995).

No fim do período ditatorial, início da década de 1980, há o predomínio do pensamento oposicionista que passa, com o processo de democratização, a

---

⁷ No entanto, em nosso estudo empregaremos o termo comunidade diferente desta concepção, aqui a noção de comunidade se apoia nas formulações de Castiel (2004) que, utilizando as contribuições de Bauman (2003), aponta para dois tipos de comunidades: éticas e estéticas. As comunidades éticas implicam em dever de compromissos em longo prazo, direitos estabelecidos e obrigações sólidas com vistas ao planejamento do futuro. E, sobretudo, trazer garantias comunitárias de acolhimento, suporte social, preservação e minimização das incertezas e inseguranças diante dos diversos riscos de se viver atualmente. Por sua vez, as comunidades estéticas não envolveriam a tessitura de uma rede de responsabilidades éticas entre seus membros, com compromissos com longos prazos. São vínculos destituídos de consistência, tendem a se desfazer com o término do evento que reuniu as pessoas.

⁸ Os movimentos sociais são formados por sujeitos da sociedade civil que reivindicam, na maioria das vezes, direitos específicos de um grupo social.

reconhecer e acolher a diversidade de interesses e projetos, no interior do Estado ampliado. Portanto, nesse contexto não estão presentes apenas as classes excluídas, mas uma diversidade de atores, cada qual com interesses próprios disputando um espaço. À nova concepção de participação dá-se o nome de participação social (CARVALHO, 1995). Aqui a sociedade civil passa a exercer controle sobre a sociedade política.

No mesmo sentido, nas ciências políticas e econômicas, entende-se o termo controle social, como o controle que a sociedade civil exerce sobre as ações do “Estado restrito”, já para a sociologia a expressão controle social se refere aos mecanismos disciplinadores da sociedade que submetem as pessoas a determinados padrões sociais e princípios morais (CORREIA, 2005).

No SUS, defende-se o controle social da sociedade organizada sobre as políticas de saúde que deve atender às necessidades da maioria da sociedade. O controle social está voltado para a defesa do SUS e sua efetivação, conforme seus princípios constitucionais, como a integralidade, equidade, universalidade.

4 METODOLOGIA

A metodologia pode ser entendida como o caminho do pensamento de acordo com Habermas (1987) e constitui uma prática teórica pensada (MINAYO, 2006). Ainda segundo a autora, a metodologia, além de vincular teoria, métodos e técnicas, conta, também, com a “criatividade do pesquisador” que corresponde à sua experiência reflexiva, à sua capacidade pessoal de análise, ao seu comprometimento como objeto, à sua capacidade de exposição lógica e a seus interesses. Esperamos que, em nossa pesquisa, além do uso apropriado das teorias, métodos e técnicas, floresça a nossa criatividade.

A fim de ilustrar nossa “caminhada” metodológica, abaixo apresentaremos a música de Raul Seixas “Caminhos” que nos faz refletir para uma metodologia além da pesquisa, uma metodologia de vida.

Caminhos

Raul Seixas e Paulo Coelho

Você me pergunta

Aonde eu quero chegar

Se há tantos caminhos na vida

E pouca esperança no ar

E até a gaivota que voa

Já tem seu caminho no ar

O caminho do fogo é a água

O caminho do barco é o porto

O do sangue é o chicote
O caminho do reto é o torto
O caminho do bruxo é a nuvem
O da nuvem é o espaço
O da luz é o túnel
O caminho da fera é o laço
O caminho da mão é o punhal
O do santo é o deserto
O do carro é o sinal
O do errado é o certo
O caminho do verde é o cinzento [...]

" E você ainda me pergunta:
aonde é que eu quero chegar,
se há tantos caminhos na vida
e pouquíssima esperança no ar!
E até a gaivota que voa
já tem seu caminho no ar!"

O caminho do risco é o sucesso
O acaso é a sorte
O da dor é o amigo
O caminho da vida é a morte!

4.1 A abordagem qualitativa da pesquisa

Como pretendemos nos aproximar do processo de participação, em que os sujeitos sociais estão se comunicando, entraremos em contato com questões subjetivas que, por sua vez, são dinâmicas e contraditórias, variam ao longo do tempo e espaço e dependem da visão de mundo de cada sujeito.

Afinal, os sujeitos são históricos, ou seja, vivem em um período em que a sociedade está organizada de uma forma específica, e cumprem a função de reproduzir ou transformar essa ordem social em contextos complexos e contraditórios.

Dessa forma, entendemos que a abordagem qualitativa é a que se mostra mais adequada para esta pesquisa social, ou seja, que trata do ser humano na sociedade, de suas relações e instituições, de sua história e de sua produção simbólica (MINAYO, 2006).

A pesquisa qualitativa se aplica ao estudo das relações, das representações, das crenças, das percepções e das opiniões e procura compreender o mundo dos significados das ações e relações humanas, em que se reconhecem a subjetividade e o simbólico como partes integrantes da realidade social. Essa abordagem traz para o interior da análise a indissociável relação entre subjetivo e objetivo, entre atores sociais e investigadores, entre fatos e significados, entre estruturas e representações.

Assim, a pesquisa qualitativa busca analisar os sentidos atribuídos pelos sujeitos aos fatos, às relações e às práticas, ou seja, interpretando tanto as interpretações, como as práticas dos sujeitos. A interpretação pode ser vista como a

“leitura” da realidade, orientada a partir de um referencial teórico que também é construído socialmente (DESLANDES; GOMES, 2004).

Admitimos que o pesquisador não é neutro, transportando para a pesquisa qualitativa, suas visões de mundo, experiências, crenças, concepções que não estão dissociadas do grupo social, no qual está inserido.

Como o nosso objeto de estudo é a compreensão da construção da participação social e comunicação no SUS, em uma USF, vamos entrar em contato com sujeitos, ou seja, usuários e trabalhadores da saúde que, por meio de suas falas, relações, comunicações e ações, apontarão suas práticas sociais. Assim, a abordagem qualitativa é a que propiciará a compreensão e explicação do objeto de estudo, uma vez que estaremos participando das Reuniões de Comunidade com Trabalhadores de Saúde da Família, acompanhando o processo de construção social do grupo.

4.2 O campo de estudo

O campo, na pesquisa qualitativa, corresponde ao recorte espacial (abrangência), uma realidade empírica a ser estudada baseada em referências teóricas que fundamentam o estudo (MINAYO, 2006).

O local da presente pesquisa é o município de Marília, e o campo da pesquisa é uma USF. Marília está situada no centro-oeste paulista, com uma população aproximadamente de duzentos mil habitantes e com taxa de urbanização de 93,4%.

O município de Marília possui empresas que atuam em vários ramos, mas destacam-se as voltadas para a produção de alimentos, como doces, biscoitos, massas e balas.

No ano de 1996, foi realizado um grande levantamento das áreas de risco, ou seja, aquelas com precárias condições de moradia, saneamento, situação de emprego, criminalidade e escolaridade. O mapeamento destas áreas de risco tem norteado a instalação dos equipamentos sociais como: escolas, unidades de saúde, Casa do Pequeno Cidadão, dentre outros (MARILIA, 2007). Assim, as USFs do município se localizam nessas áreas.

O controle do agendamento de consultas médicas especializadas, de exames de apoio diagnóstico e terapias especializadas, bem como das internações eletivas, é executado por uma Central de Vagas Eletivas da Secretaria Municipal da Saúde.

Quanto à atenção hospitalar, o município de Marília constitui-se em um centro de referência regional para atendimento clínico-cirúrgico hospitalar em média e alta complexidade.

A rede básica, no ano de 2007, compunha-se pelas Unidades de Saúde, bem como Serviços de Apoio e Referência do Município de Marília, sendo constituída por:

- 28 Unidades da Estratégia Saúde da Família;
- 12 Unidades Básicas de Saúde (UBS);
- 2 Serviços de Pronto-Atendimento;
- Policlínica de especialidades
- Banco de Leite Humano;
- Equipe do Programa Interdisciplinar de Internação Domiciliar;
- Unidade de Prevenção e Educação em Saúde;
- Núcleo de Vigilância à Saúde;
- Centro de Atendimento Psicossocial;

- Centro de Referência em Saúde do Trabalhador;
- Centro de Atendimento à Obesidade Infantil de Marília;
- Centro de Especialidades Odontológicas;
- Serviço de Assistência Social – Serviço Social em Saúde;
- Núcleo de Educação Permanente;
- Unidade Central de Assistência Farmacêutica;
- Unidade Municipal de Fisioterapia;
- Farmácia de Manipulação;
- Farmácia Popular do Brasil;
- Unidade Central de Esterilização de Materiais;
- Serviço de Atendimento Móvel de Urgência;
- Central de Transporte Social.

4.2.1 Organização da Rede de Atenção Básica

A partir de 2002, após avaliação do impacto da ESF, os dirigentes da Secretaria Municipal de Saúde tomaram a decisão de substituir gradativamente o modelo de Atenção Básica, centrada nas UBSs pela ESF enquanto uma estratégia de consolidação efetiva do SUS. As unidades da ESF foram implantadas prioritariamente em áreas de expansão populacional e/ou em áreas de risco (MARILIA, 2007).

O município se credenciou ao Projeto de Expansão e Consolidação da Saúde da Família (PROESF) no ano de 2003, pactuando a meta de 70% de cobertura da

população coberta pela ESF, no entanto, a partir, do ano de 2006, a expansão da ESF sofreu uma desaceleração, não tendo sido implantada em nenhuma USF. O município tomou a decisão de não expandir as unidades da ESF antes da completa implementação das 28 unidades já implantadas, assim sendo, houve uma priorização das unidades existentes que necessitavam de reestruturação (MARÍLIA, 2007). Dessa forma, não se ampliou o número de ESF, mantendo-se a cobertura do período anterior.

Devido à desaceleração do processo de expansão da ESF, estabeleceu-se como prioridade a integração entre os modelos de atenção básica existentes, visando à tentativa de transformação das práticas adotadas na UBS, no entanto, não houve resultados significantes de mudanças de práticas (MARÍLIA, 2007). Este fato parece revelar a posição dos governantes locais em relação à Atenção Básica de Saúde, a partir de 2004, pela não opção da expansão das USFs.

Ainda de acordo com o Relatório de Gestão de 2007, as unidades de saúde UBS/USF representam, para sua área de abrangência, a maior porta de entrada do Sistema Municipal de Saúde, responsabilizando-se pelos riscos e agravos à saúde ocorridos em sua área, identificando os problemas de saúde mais relevantes, os indivíduos ou grupos mais suscetíveis ao risco de adoecer e/ou morrer, assim como são responsáveis pelo planejamento e execução das ações pertinentes para o seu enfrentamento.

Quanto à distribuição das unidades de saúde, como referido acima, as USFs se localizam nas áreas consideradas como de risco social, e as UBSs e USFs totalizam 40 unidades, sendo 28 USFs e 12 UBSs, distribuídas nas quatro regiões do município.

Figura 3. Rede de atendimento à saúde, no município de Marília, em 2007.

Fonte: Marília (2007, p. 15)

No entanto, a cobertura populacional da ESF é menor do que a das UBSs, representando 35% (de acordo com o Sistema de Informação da Atenção Básica - SIAB) de abrangência populacional que se apresenta um pouco abaixo da média nacional, porém superior à cobertura estadual que é de 23% (BRASIL, 2007b). Assim, consideramos importante adotar como campo de estudo a Saúde da Família, neste município, pois representa uma cobertura significativa em relação ao Estado de São Paulo.

4.2.2 A Participação Social em Saúde em Marília

Os colegiados da saúde existentes no município são os Conselhos Locais de Saúde, Regional e Municipal e também, as Reuniões de Comunidade com Trabalhadores da Saúde da Família.

O Conselho Municipal de Saúde de Marília (COMUS) é um órgão colegiado máximo que desempenha função de ordem deliberativa, normativa, fiscalizadora e consultiva, tendo por objetivo o estabelecimento, acompanhamento, controle e avaliação da política municipal de saúde. Atualmente, é formado por 26 conselheiros, sendo 50% de usuários, 15% de representantes da administração pública, 12% dos prestadores conveniados e 23% das entidades representativas de trabalhadores em geral e da área da saúde. Em 2007, o COMUS realizou 25 reuniões (MARILIA, 2007).

As reuniões de CLS são realizadas nas UBSs, mensalmente, e seguem a mesma lógica das reuniões dos Conselhos de Saúde. Teoricamente os CLSs e as Reuniões de Comunidade com Trabalhadores da Saúde da Família de uma região deveriam se agrupar e constituir o Conselho Regional de Saúde, no entanto o único existente é o da zona sul, o CONSUL.

As Reuniões de Comunidade com Trabalhadores da Saúde da Família foram criadas pelos gestores municipais como uma estratégia menos formal e burocrática de participação social na ESF. Diferem dos conselhos de saúde em vários aspectos: na condução, composição, representação e tomada de decisão. Elas são realizadas nas próprias dependências da USF ou Centro Comunitário do bairro, têm duração de, aproximadamente, uma hora e meia e ocorrem fora do horário de funcionamento da USF, desse modo, em muitas unidades são realizadas no período noturno.

Os trabalhadores de saúde são responsáveis por sua condução, principalmente, o médico, o enfermeiro e o dentista (gestores da unidade), que, na maioria das vezes, se dividem em três grupos, cada grupo com um trabalhador graduado que rodiziam a participação nestas reuniões. Assim, para garantir a continuidade dos assuntos discutidos nas reuniões, os trabalhadores que conduziram a última reunião informam os demais membros da equipe, durante a reunião de equipe que ocorre semanalmente. As reuniões são registradas em ata por um trabalhador que participou da mesma e também é preenchida uma planilha, em que são descritas as pautas resumidas da reunião e o número de participantes, tanto da equipe como da comunidade.

Os usuários são convidados a participar da reunião, e os trabalhadores confeccionam convites, afixam cartazes na USF para chamar os usuários a participarem da reunião e, geralmente, há um dia na semana e uma semana do mês fixa, em que elas são realizadas. A participação do usuário é voluntária, e esse não assume cargos, como ocorre no conselho, e entende-se que qualquer usuário que compareça à reunião está representando a comunidade, porém não passou por nenhum processo, em que um grupo lhe delegou poderes.

Em relação às decisões tomadas nessas reuniões, aquelas que são do âmbito de resolução da própria comunidade podem ser por ela executadas, já aquelas que dependem de outros atores sociais devem ser encaminhadas para o conselho local de referência, para serem legitimadas, ou então, apresentá-las ao CMS.

Analisando os Relatórios de Gestão da Secretaria Municipal de Saúde, no tocante à participação em saúde, dos anos de 2000 a 2007, percebemos que os dados acerca da participação na Saúde da Família apresentam informações mais

concisas e completas, a partir de 2005, portanto, os dados aqui apresentados serão dos relatórios de 2005 e 2006, com alguns dados de 2007. Consideramos relevante trazer os dados dos CLSs, nesse período, a fim de compará-los com os da participação na Saúde da Família.

Quanto ao número de reuniões de CLSs, realizadas nos anos de 2005 e 2006, podemos perceber que um quarto da UBS não possui CLS estruturado, e uma unidade que possui não realizou reuniões no ano de 2006. Portanto, há oito CLSs em funcionamento, mas houve diminuição da frequência e do total das reuniões do ano de 2005 para 2006.

Reuniões UBS	Meta	Realizado 2005	Alcance da Meta (%) 2005	Realizado 2006	Alcance da Meta (%) 2006
UBS A	12	7	58	3	25
UBS B	12	6	50	5	42
UBS C	12	1	8	Não foram realizadas	
UBS D	12	12	100	12	100
UBS E	12	Não se aplica			
UBS F	12	Não se aplica			
UBS G	12	Não se aplica			
UBS H	12	8	67	8	67
UBS I	12	11	92	12	100
UBS J	12	9	75	8	67
UBS K	12	11	92	5	45
UBS L	12	12	100	10	91
TOTAL	144	77	53	63	44

Quadro 1. Reuniões Conselhos Locais do período de 2005 e 2006, Marília/SP.

Fonte: Marília (2005; 2006)

Em relação ao número de Reuniões de Comunidade com Trabalhadores da Saúde da Família realizadas, somente uma unidade não as realizou no ano de 2006. No entanto, poucas unidades têm realizado todas as reuniões mensais, e o principal motivo alegado para não ocorrência das reuniões tem sido a ausência de usuários

para as reuniões. Mas quantidade superior a 50% das unidades tem realizado pelo menos 70% das reuniões previstas como mostra o quadro abaixo. E tem apresentado a mesma característica das reuniões de conselhos, havendo uma diminuição significativa do ano de 2005 para 2006.

Reuniões ESF	Meta	Realizado 2005	Alcance da Meta (%) 2005	Realizado 2006	Alcance da Meta (%) 2006
USF 1	12	4	33	2	17
USF 2	12	12	100	8	67
USF 3	12	10	83	7	58
USF 4	12	10	83	8	72
USF 5	12	7	58	2	17
USF 6	12	10	83	9	75
USF 7	12	6	50	5	42
USF 8	12	5	42	6	50
USF 9	12	8	67	8	72
USF 10	12	5	42	2	17
USF 11	12	7	58	6	50
USF 12	12	11	92	11	92
USF 13	12	11	92	9	75
USF 14	12	8	67	6	50
USF 15	12	2	17	Não foram realizadas	
USF 16	12	12	100	6	50
USF 17	12	10	83	5	42
USF 18	12	9	75	10	83
USF 19	12	5	42	11	92
USF 20 *	12	12	100	12	100
USF 21	12	8	67	8	72
USF 22	12	10	83	12	100
USF 23	12	11	92	12	100
USF 24	12	10	83	4	33
USF 25	12	12	100	12	100
USF 26	12	---	---	5	42
USF 27	12	9	75	2	17
USF 28	12	6	50	6	50
TOTAL	336	230	68	194	58

*Além das reuniões com a comunidade, participaram de 03 reuniões do CONSUL; 01 reunião, no Centro Comunitário do Jd. Nacional, para realização da pré-conferência daquela área de abrangência; 01 reunião, na UBS Costa e Silva, sobre Saúde do Trabalhador.

Quadro 2. Reuniões de Comunidade do período de 2005 e 2006, Marília/SP.

Fonte: Marília (2005; 2006)

A frequência da participação dos trabalhadores de saúde e dos usuários nas reuniões, tanto de CLSs, como nas Reuniões de Comunidade com Trabalhadores da Saúde da Família pode ser observada no quadro abaixo.

	Parâmetros	Modelo de Atenção		Total da Rede Básica
		UBS	ESF	
Ano 2005	Nº. de participantes da equipe	321	939	1.260
	Relação participante equipe/reunião (%)	4	5	5
	Nº. de participantes da comunidade	625	2.052	2.677
	Relação participante comunidade/reunião (%)	8	11	10
Ano 2006	Nº. de participantes da equipe	278	1.109	1.387
	Relação participante equipe/reunião (%)	4	6	5
	Nº. de participantes da comunidade	552	2.664	3.216
	Relação participante comunidade/reunião (%)	9	14	12
Ano 2007	Nº. de participantes da equipe	414	1.418	1.832
	Relação participante equipe/reunião (%)	6	8	7
	Nº. de participantes da comunidade	554	2.424	2.978
	Relação participante comunidade/reunião (%)	8	14	12

Quadro 3. Participantes da equipe e comunidade e sua relação com as reuniões na UBS e ESF, no período de 2005, 2006 e 2007, Marília/SP.

Fonte: Marília (2005; 2006; 2007)

Nesse quadro, podemos perceber que a média de participantes da equipe é superior na ESF e apresentou um aumento de 2005 para 2007, o que também ocorreu na UBS. No entanto, a participação dos trabalhadores ainda pode ser considerada baixa, já que as equipes de Saúde da Família têm, aproximadamente, 12 membros. Quanto à participação da comunidade, podemos dizer que a média de participantes também é baixa, tanto na UBS como na USF, no entanto tem aumentado a partir de 2005 em ambas. E as Reuniões de Comunidade com Trabalhadores de Saúde da Família mantêm uma média de participantes maior que nos CLSs, sendo em 2007 de 14 usuários.

Quando comparamos a participação nas Reuniões de Comunidade com Trabalhadores da Saúde da Família com as reuniões de CLS, percebemos que a participação, proporcionalmente, tanto dos trabalhadores como dos usuários é maior nas primeiras.

Tratando da natureza dos assuntos discutidos nas Reuniões de Comunidade com Trabalhadores de Saúde da Família, percebemos que o assunto mais discutido tem sido relativo à organização e ao funcionamento da USF, neste item estão inclusos⁹: explicações sobre o modelo de atenção, agendamento de consultas, acolhimento, consulta de enfermagem, seguidos por educação em saúde (referentes a palestras sobre temas específicos) e participação popular, tanto em 2005 como em 2006. Já nas reuniões de CLS nas UBSs, o assunto mais discutido, em ambos os anos, é referente à participação popular, o que pode indicar que esse seja o principal propósito das reuniões de conselhos, e além do mais, realizam avaliações de ações e programas (que inclui balanço de campanhas e adesão aos programas de saúde da unidade) com mais frequência que na ESF.

Assuntos \ Períodos	Ano 2005		Ano 2006	
	UBS (%)	ESF (%)	UBS (%)	ESF (%)
Organização e Funcionamento da UBS/PSF	5	25	12	25
Avaliação de Ações e Programas	4	3	4	2
Educação em Saúde	18	10	13	16
Serviços de Referência e Apoio	6	5	9	4

⁹ Foram elaborados pela Secretaria Municipal de Saúde

Infraestrutura (Recursos Humanos, Estrutura Física e Materiais)	12	7	14	9
Participação Popular	21	13	17	17
Informações	17	10	14	7
Denúncias e reclamações	5	5	6	5
Outros	13	23	11	15

Quadro 4. Classificação dos assuntos discutidos nas reuniões da ESF e UBS, no período de 2005 e 2006, Marília/SP.

Fonte: Marília (2005; 2006)

Diante dos dados expostos, que revelam uma participação mais significativa nas Reuniões de Comunidade com Trabalhadores de Saúde da Família do que nos CLS e da nossa vivência na Atenção Básica, decidimos investigar tais reuniões que vêm sendo adotadas como uma política municipal na ESF.

Como pretendíamos realizar o estudo em uma USF que possuía indícios de uma participação expressiva, recorremos ao histórico da participação no município, a fim de identificar em qual região a participação era mais desenvolvida. Encontramos que, no início da década de 1990, Marília possuía 18 UBSs e dois centros de saúde. Em 1992, foi inserido no município o Projeto-UNI, financiado pela Fundação W. K. Kellogg, que teve como objetivos a articulação do ensino das profissões da saúde com os serviços de saúde e a participação da comunidade, em conjunto com as instituições de ensino e as de serviço (GIOCOCHEA DE LOPEZ, 1996).

O Projeto-UNI, em Marília, priorizou sete UBSs, distribuídas nas quatro regiões da cidade, melhorou a estrutura física e material dessas UBSs e, também, promoveu a articulação da comunidade com os serviços de saúde. Porém, devido a sua grande concentração no Centro de Saúde Escola da zona sul, e por essa região, já possuir anteriormente um Conselho de Saúde regional estruturado, verifica-se

que, até os dias atuais a participação social é mais expressiva nesta região que nas demais.

Por esse motivo, decidimos investigar Reuniões de Comunidade com Trabalhadores da Saúde da Família em uma USF localizada na zona sul desse município, que pode nos fornecer mais indícios sobre como vem ocorrendo a participação social nessa localidade. Elencamos como outro critério a USF que realizou todas as reuniões previstas, nos anos de 2005 e 2006, assim, as unidades que apresentaram essas características foram as USFs 20 e 22, do Quadro 2. Selecionamos, para campo de estudo, a USF 20, pois além de realizar suas reuniões “ordinárias”, participou de outras reuniões como: do CONSUL, da Pré-Conferência de Saúde e da Saúde do Trabalhador, o que revela um maior comprometimento com os fóruns de discussão. E o estudo-piloto foi realizado na USF 22. Para fins de estudo, denominamos a USF 20, como Monte Olimpo.

4.2.3 A Unidade de Saúde da Família Monte Olimpo

A USF Monte Olimpo está localizada no extremo sul do município de Marília, e sua área de abrangência engloba a área urbana e rural, em que moram pessoas de baixa renda e algumas em condições de vida muito precárias.

As moradias são, predominantemente, de alvenaria, no entanto percebe-se que muitas não possuem acabamentos e têm um ou dois cômodos, com má iluminação e ventilação. Quanto aos serviços de saneamento e energia elétrica, apresenta, de acordo com o SIAB (2008), os seguintes percentuais de cobertura da

população: 99% de energia elétrica; 95% de abastecimento de água pela rede pública e o restante por meio de poço e nascentes; 95% de sistema de coleta de esgoto e o restante por fossa; 96% de coleta de lixo, sendo 4% queimado, e 40% das famílias não usam água tratada, sendo que 60% utilizam água filtrada. O principal meio de transporte utilizado é o ônibus. Esses dados revelam que nem todas as famílias contam com serviços indispensáveis, sendo que 5% delas não possuem abastecimento de água e nem coleta de esgoto.

Em sua área de abrangência possui comércios, escolas, igrejas, praças, centros comunitários e quanto às organizações comunitárias há duas associações de bairro e muitos grupos religiosos.

A unidade foi fundada em abril de 2003 e possui 880 famílias cadastradas, num total de 2.988 pessoas. Grande parte da população, aproximadamente, 40% encontra-se em idade adulta, de 20-39 anos e há um equilíbrio entre o número de homens e mulheres em todas as faixas etárias. As doenças mais prevalentes são a hipertensão arterial e o diabetes, de acordo com o SIAB (2008).

A equipe de saúde é formada por uma médica, uma enfermeira, uma dentista, uma auxiliar de consultório dentário, duas auxiliares de enfermagem, seis agentes comunitários, uma auxiliar de serviços gerais. Além de servir como campo de estágio para estudantes da primeira, segunda e quarta séries dos Cursos de Enfermagem e Medicina da FAMEMA e do Aprimoramento Multiprofissional em Saúde da Família da mesma instituição, que possui enfermeiros, fisioterapeutas, assistentes sociais e psicólogos.

A unidade funciona de segunda a sexta-feira, das 07:00 às 17:00 horas, e oferece atendimento noturno, duas vezes ao mês, principalmente, aos usuários que trabalham durante o dia.

Cotidianamente, a equipe atende às demandas de consultas médicas, de enfermagem e odontológicas, realiza visitas domiciliárias para as pessoas consideradas de maior risco e com doenças incapacitantes e desenvolve atividades com grupos de hipertensos e diabéticos, futebol, caminhada, reeducação alimentar, pré-natal, entre outras.

As urgências que não podem ser atendidas na USF, por falta de médico ou número excessivo de demandas espontâneas, são encaminhadas ao Pronto-Atendimento do Hospital São Francisco que é o serviço de urgência de referência da região sul. Para ter acesso ao serviço de urgência hospitalar, durante o dia, o usuário deve ser encaminhado da USF, e somente após as 17:00 horas, horário em que a USF tem suas atividades encerradas e pode acessar esse serviço para seu encaminhamento.

Semanalmente são realizadas reuniões de equipe, onde se discutem os problemas da comunidade bem como o processo de trabalho da equipe, e mensalmente são realizadas as Reuniões de Comunidade com Trabalhadores da Saúde da Família.

Tratando-se da estrutura física, esta unidade de saúde foi primeiramente instalada em uma casa muito pequena, que não apresentava infraestrutura adequada ao desenvolvimento das atividades de saúde, uma trabalhadora relata esse fato.

Na outra unidade né, você não chegou a ver a estrutura física da outra unidade era péssima! Então eu sofri demais naquele cubículo, era uma garagenzinha, com forro de madeira, sabe? O ventilador sabe, pior do que aquele que a gente tem na sala de reunião sabe (barulhento). Olha era horrível e dava de cara com a rua, passava ônibus ali, eu não podia abrir a porta, às vezes a pessoa entrava sem querer ali. Então foi muito complicado lá na outra unidade sabe, foi o começo lá [...]. Por isso que assim, eu não concordo dos PSFs serem em casas alugadas. Fica tão ruim fica apertado né, fica quente né, difícil pros profissionais trabalharem né! É tudo que a gente tem que

adaptar ali né, mas é o que a gente tem né! **Entrevista Ártemis (Trabalhadora)**

E passados alguns anos, esta unidade foi transferida para uma casa mais adequada para a realização das atividades de saúde, no mesmo bairro, já que os gestores municipais optaram por melhorar a estrutura física das USFs em condições precárias, e não em expandir seu número, como comentado acima. E uma trabalhadora comenta que procurou transformar a nova unidade num ambiente agradável, tanto para o trabalhador quanto para o usuário.

[...] aí quando a gente mudou para cá eu falei não eu falei não, eu quero montar uma coisa que seja ergonômica para gente trabalhar, não um lugar gostoso, né, e tentei dar uma ajeitadinha né, deixei né o máximo, né, tentei deixar mais confortável para gente, para gente trabalhar. Mas acho que não só pra mim, pro paciente também, ficar um clima agradável né! Imagina né, você vai num consultório, sabe, um calor, um calor né! Não tem uns consultórios que são quentes, quentes, aquele lugar abafado muito apertado, o paciente passa mal, né! Tinha que investir e deixar o consultório agradável né, um espaço legal, né. **Entrevista Ártemis (Trabalhadora)**

4.3 Sujeitos da pesquisa

Como estamos estudando um colegiado e seus participantes, foram sujeitos deste estudo os trabalhadores de saúde e os usuários que participaram das Reuniões de Comunidade com Trabalhadores da Saúde da Família, na USF selecionada, durante os meses de março a agosto de 2008.

Para a entrevista, selecionamos os trabalhadores de saúde e usuários que tiveram uma participação expressiva na reunião no ano de 2007. Quanto aos trabalhadores, selecionamos aqueles que participaram de mais de 30% das reuniões

de 2007, já que se rodiziam em três grupos. Também procuramos incluir diferentes categorias de trabalhadores.

Aspectos Categoria	Frequencia nas reuniões em 2007	Porcentagem (%)	Selecionados para a entrevista
Médico	2	17	
Enfermeiro	4	33	
Dentista	4	33	X
Auxiliar de Enfermagem	0	0	
Auxiliar de Enfermagem	0	0	
Auxiliar de Consultório Dentário (ACD)	7	60	X
ACS 1	6	50	X
ACS 2	6	50	X
ACS 3	5	42	X
ACS 4	4	25	
ACS 5	1	12	
ACS 6	0	0	
Auxiliar de Serviços Gerais	3	25	

Quadro 5. Categoria de trabalhadores, frequência nas reuniões no ano de 2007 e selecionados para a entrevista, Marília/SP.

Fonte: Ata de Reuniões de Comunidade (2007)

Portanto foram selecionados, para a entrevista, o enfermeiro, o dentista, o auxiliar de consultório dentário e três ACSs da USF Monte Olimpo.

Quanto aos usuários, selecionamos aqueles que apresentaram frequência igual ou maior a 50% nas reuniões no ano de 2007. Assim selecionamos oito usuários que apresentaram os seguintes percentuais de participação: duas usuárias com 50%, duas usuárias com 60%, dois usuários com 65% e duas usuárias com 70% de presença.

Portanto, no total foram entrevistadas 14 pessoas, seis trabalhadores e oito usuários.

4.3.1 Os trabalhadores da USF Monte Olimpo

A equipe de saúde da USF Monte Olimpo é constituída por uma médica, uma enfermeira, uma dentista, uma auxiliar de consultório dentário, duas auxiliares de enfermagem, seis agentes comunitários e uma auxiliar de serviços gerais, portanto, por 12 trabalhadores.

Abaixo será apresentado um quadro com a caracterização da equipe.

Características Categoria	Idade	Sexo	Estado Civil	Escolaridade	Formação Complementar
Médico	29	Fem.	Casada	Ensino Universitário	Residência em Clínica Médica
Enfermeiro*	29	Fem.	Solteira	Ensino Universitário	Especialização e Residência em Saúde da Família, Cursando Mestrado Profissionalizante.
Dentista*	34	Fem.	Casada	Ensino Universitário	
Auxiliar de Consultório Dentário (ACD)*	43	Fem.	Casada	Ensino Médio Completo	
Auxiliar de Enfermagem	47	Fem.	Casada	Ensino Médio Completo	Técnico em Enfermagem
Auxiliar de Enfermagem	44	Fem.	Casada	Ensino Médio Completo	Técnico em Enfermagem
Auxiliar de Limpeza	26	Fem.	Casada	Ensino Médio Completo	
ACS *	43	Fem.	Casada	Ensino Médio Incompleto	Auxiliar de Enfermagem
ACS*	26	Fem.	Solteira	Ensino Médio Completo	
ACS	35	Fem.	Casada	Ensino Médio Incompleto/ Cursando Supletivo	
ACS	24	Fem.	Casada	Ensino Médio Completo	
ACS *	29	Masc.	Casado	Ensino Médio Completo	
ACS	26	Fem.	Casada	Ensino Médio Completo	

* trabalhadores entrevistados

Quadro 6. Caracterização dos trabalhadores de saúde, USF Monte Olimpo, Marília, 2008.

Como podemos perceber, a maioria dos trabalhadores é casado e do sexo feminino, o que corrobora com uma pesquisa realizada pelo Ministério da Saúde (2005) acerca da Saúde da Família em dez grandes centros urbanos, da qual utilizaremos como base para visualizar o perfil da equipe. De acordo com esse estudo, o sexo feminino é preponderante, tanto para os trabalhadores de nível médio e elementar quanto para aqueles com curso universitário.

Os extremos etários variam de 24 a 47 anos, o que também se assemelha aos achados do Ministério da Saúde (2005) que destacam duas faixas etárias, até 30 anos, que em nosso estudo correspondem a mais de 50% dos trabalhadores, e acima de 45 anos, no entanto, no nosso cenário de estudo, se destaca um número significativo de trabalhadores com idades intermediárias e poucos acima de 45 anos, o que nos remete à juventude dessa equipe.

Dos trabalhadores com nível superior, apenas um trabalhador tem pós-graduação em Saúde da Família, inclusive, vem se aprimorando no nível *stricto sensu* na área de saúde pública. E a pesquisa do Ministério da Saúde (2005) encontrou uma heterogeneidade acerca dessa questão, no entanto, destaca que em localidades nas quais esses trabalhadores têm mais bagagem tanto prática, como teórica, há mais facilidade para a implantação da Saúde da Família.

Já os trabalhadores de nível médio e elementar, em sua maioria, possuem o ensino médio completo, e aqueles que não possuem, estão estudando ou pretendem completar os estudos. Esse dado se assemelha ao encontrado nos dez grandes centros urbanos estudados pelo Ministério da Saúde (2005), na qual foi constatado que a escolaridade, especialmente dos ACSs, é alta em relação às exigências do cargo, ou seja, “saber ler e escrever”. E ainda quanto aos auxiliares

de enfermagem, constatou-se que muitos possuem curso técnico em saúde, o que corrobora com nosso estudo.

Ainda quanto aos trabalhadores, outro dado que se mostrou relevante para o nosso estudo, se refere ao tempo de trabalho na área da saúde, em especial na Saúde da Família. Os trabalhadores que atuam há mais tempo na área da saúde têm sete anos de prática profissional, sendo a dentista, a ACD e as auxiliares de enfermagem. A enfermeira, a dentista, a ACD e três ACSs atuam na unidade desde a sua fundação, o que certamente contribui para a formação de vínculos dos trabalhadores e usuários. E grande parte dos trabalhadores iniciou sua atuação na área da saúde na própria USF Monte Omlipo, como a enfermeira que, durante sua Residência em Saúde da Família, participou da territorialização da unidade e cadastramento das famílias, juntamente com alguns ACSs. A médica, as auxiliares de enfermagem e uma ACS são os trabalhadores que recentemente passaram a compor a equipe.

Quanto à frequência na reunião, a maioria dos trabalhadores participa da reunião desde sua criação, ou seja, há 4 anos. O tempo de participação dos trabalhadores na Reunião de Comunidade coincide com o seu tempo de atuação na unidade, sendo assim, começaram a frequentar a reunião após ingresso no trabalho, o que não se aplica às auxiliares de enfermagem que não participam das reuniões. No entanto, uma trabalhadora não concorda com a ausência das auxiliares de enfermagem em tais reuniões.

[...] agora os auxiliares, como elas não fazem parte da comunidade aqui né, eu não vejo elas participando não sei, eu acho que elas deveriam participar, rsrs. Mas elas né, por motivo, eu não sei né, onde elas moram, eu acho que a distância impede um pouquinho também né. **Entrevista Ártemis (Trabalhadora).**

4.3.2 Os usuários entrevistados da USF Monte Olimpo

Entrevistamos oito usuários da USF Monte Olimpo que apresentaram uma participação expressiva nas Reuniões de Comunidade com Trabalhadores de Saúde da Família, no ano de 2007. A fim de realizar uma caracterização geral desses usuários construímos um quadro. É interessante destacar que todos usuários entrevistados são beneficiários do Bolsa Família.

Características Usuários	Idade	Sexo	Estado Civil	Escolaridade	Profissão	Observações
Usuária 1	49	Fem.	Separada	Ensino Fundamental Incompleto	Costureira	
Usuária 2	46	Fem.	Divorciada	Ensino Médio Incompleto	Diarista	Cursando Supletivo
Usuário 3	42	Masc	Casado	Ensino Fundamental Incompleto	Agricultor Pedreiro	
Usuário 4	45	Masc	Casado	Ensino Fundamental Incompleto	Pedreiro	
Usuária 5	35	Fem.	Divorciada	Ensino Médio Incompleto	Diarista	Cursando Supletivo
Usuária 6	36	Fem.	Casada	Ensino Médio Incompleto	Diarista Do Lar	
Usuária 7	34	Fem.	Casada	Ensino Médio Incompleto	Babá	
Usuária 8	35	Fem.	Casada	Ensino Fundamental Incompleto	Diarista Do lar	

Quadro 7. Caracterização dos usuários, USF Monte Olimpo, Marília/SP, 2008.

Podemos perceber que há uma variação de idade entre 34 e 49 anos, perfazendo uma média de 40 anos dos participantes entrevistados, o que se aproxima da faixa etária predominante na população total da área de abrangência, que é de 20 a 39 anos, como apresentado acima.

Quanto ao sexo dos entrevistados, há predominância do sexo feminino, o que por sua vez, também, ocorre na reunião estudada, sendo que a maioria das participantes são mulheres. No entanto, há um equilíbrio entre o número de homens e mulheres na população adstrita da USF. O que justificaria, então, essa disparidade

nos participantes da reunião? As entrevistas revelaram que como a maioria dos trabalhadores é do sexo feminino, os homens não se sentem à vontade nesse colegiado, o que poderia contribuir para a baixa participação.

E de homem só vai eu e outro, aí eu falei pra ele que daqui um dia eu vou parar né, porque só tá vindo nos dois, a menina nossa já está com 15 anos, e com 16 corta o Bolsa Família, então eu vou parar de vir né! E você vai vir sozinho! Aí ele falou “se você parar eu também vou parar porque fica chato, se você parar eu também vou ter que parar também, porque é parte mais das mulheres”, porque as mulheres que vai, das outras famílias é as mulheres que vai.
Entrevista Morfeu (Usuário).

Então meu marido foi pouco tempo, foi pouca vezes e falou “eu não vou mais não lá só tem mulher”, aí eu falei tá bom então eu vou. Aí eu to indo né?! Ele falou “só eu de homem, eu não vou não!”
Entrevista Hécate (Usuária).

Em relação ao estado conjugal, percebemos quantidade significativa de usuárias separadas e divorciadas, o que traz muitas implicações para estas mulheres, em especial, a assunção do cuidado dos filhos, sem o auxílio do pai da criança.

E eu fiquei com tudo para cuidar! Aí quando o meu filho mais novo estava com oito meses que eu estava morando aqui ele voltou (ex-marido). Ele veio, viu as crianças e nunca mais voltou! **Entrevista Éris (Usuária)**

E agora é eu que sou mãe e pai da casa! Tenho 4 filhos e eu que sou responsável por todos eles. **Entrevista Héstia (Usuária)**

O difícil é difícil educar é conversar e eu não tenho muita paciência não! É muita coisa na cabeça, você tem que resolver tudo, você tem, que ser pai e mãe. Então né, é isso aí! **Entrevista Deméter (Usuária).**

Ainda tomando por referência a pesquisa realizada pelo Ministério da Saúde (2005) em dez grandes centros urbanos, acerca da implementação da Saúde da Família, considerou-se como um indicativo de vulnerabilidade as famílias que tivessem como chefe, entendido como “aquela responsável pela família ou que assim fosse considerada pelos demais membros da família” ou “o principal supridor da renda familiar”, pessoa do sexo feminino, variando de 30 a 10% das famílias

adstritas. Em nosso estudo, esse número foi superior, no entanto, nossa amostra era diferenciada.

No tocante à escolaridade, esses sujeitos possuem poucos anos de estudo, sendo que 50% possuem menos de 4 anos (usuários que não completaram o ensino fundamental), o que foi considerado um indicativo de vulnerabilidade educacional na investigação do Ministério da Saúde (2005) supracitada, que em tal pesquisa variou de 25 a 60%.

Quanto às atividades laborativas dos usuários entrevistados, destacam-se aquelas que não exigem capacitações específicas como pedreiros, diaristas, babás, sendo que a maioria deles não possui garantias trabalhistas e enfrenta exploração no trabalho.

Ainda quanto aos usuários entrevistados, gostaríamos de salientar que, a maioria, mora no bairro há mais de oito anos e frequenta a USF desde sua fundação, o que também ocorre com as reuniões. Assim, desde que a reunião foi criada, ou seja, há aproximadamente, 4 anos, tais pessoas frequentam a mesma, com exceção de uma usuária que mora no bairro há 2 anos e que participa dos encontros há 1 ano. Dessa forma, a maioria dos usuários entrevistados participa das reuniões desde sua instituição, sendo assim, as falas desses usuários são muito significativas para o estudo, pois representam as vivências e experiências de vários anos de participação.

4.4 A entrada no campo da pesquisa

A entrada no campo da pesquisa é um momento muito importante, já que o contato do pesquisador com os sujeitos imersos no contexto do estudo e as relações estabelecidas entre eles são muito relevantes para o desenvolvimento do estudo.

Num primeiro momento, devemos buscar uma aproximação com as pessoas do local de estudo, seguida pela apresentação da proposta do estudo, na qual os sujeitos devem ser esclarecidos sobre o que se pretende estudar e as possíveis repercussões favoráveis da pesquisa (CRUZ NETO, 1994).

Em primeiro lugar, antes mesmo de nos aproximarmos das pessoas, realizamos uma imersão em fóruns de discussão, a fim de apreendermos sobre como vem sendo desenvolvida a participação no município. Assim, buscamos conhecer e vivenciar outras experiências de participação no município estudado. Frequentamos, aproximadamente, 6 meses reuniões do Conselho Municipal de Saúde, do Conselho Regional de Saúde da Região Sul e de um Conselho Local de uma UBS na zona sul. Essa estratégia trouxe conhecimentos sobre a dinâmica do processo de participação e nos possibilitou a reformulação e adequação dos nossos questionamentos acerca dessa temática.

A aproximação com os trabalhadores de saúde se deu com a participação do pesquisador em reuniões de equipe da USF a ser estudada, nessa ocasião foi, apresentado o objetivo do estudo, esclarecido sobre a coleta de dados e a importância da pesquisa. Nesse momento, foram pactuados os dias de realização das observações participantes e comentado sobre a necessidade da realização das entrevistas que foram agendadas posteriormente.

A aproximação com os usuários ocorreu nas próprias reuniões observadas, sendo que, nas primeiras reuniões das quais participamos, os próprios trabalhadores

de saúde realizaram a apresentação da pesquisadora, em seguida, falamos do estudo, dos seus objetivos e dos aspectos éticos.

Nossa aproximação com os sujeitos do estudo foi se dando ao longo da coleta de dados, com os trabalhadores a aproximação foi especialmente facilitada, afinal, para entrar em contato com os mesmo bastava-nos ir à unidade de saúde. No período das observações participantes, por ocasião das Reuniões com a Comunidade, fomos várias vezes à USF, nas reuniões de equipe e em eventos da unidade, a fim de nos aproximarmos dos trabalhadores para a realização da entrevista e construção de laços de confiança e amizade.

Quanto aos usuários, o contato era mais esporádico, sendo realizado predominantemente, na reunião, também realizamos o reconhecimento da área de abrangência da unidade com auxílio dos agentes. Os usuários selecionados para a entrevista eram contatados durante a reunião e, posteriormente, realizávamos visitas para a realização da entrevista com horários e datas escolhidos pelos usuários.

Consideramos que o campo de estudo tem muito a nos revelar acerca do objeto de pesquisa, o que será construído na relação com os sujeitos do estudo, com observâncias dos objetivos e referencial adotados.

E as relações construídas entre o pesquisador e os sujeitos do estudo refletirão na qualidade dos dados coletados, dessa forma, quando se estabelecem relações de confiança, amizade e compromisso, os sujeitos do estudo trazem revelações sinceras ao pesquisador e colaboram com o estudo.

Felizmente, tivemos uma boa aproximação e interação com as pessoas, no entanto, percebemos que isso ocorreu mais intensamente com os trabalhadores, dos quais estávamos mais próximos devido à facilidade do contato e com os usuários entrevistados.

Gostaríamos de salientar que fomos muito bem recebidos e acolhidos tanto pelos trabalhadores como pelos usuários na USF, nas reuniões e nas casas dos usuários, quando realizamos as entrevistas, o que contribuiu para a nossa interação, coleta dos dados e satisfação dos pesquisadores quanto à realização deste trabalho.

4.5 Instrumentos de coleta de dados

Como estamos pesquisando grupos em interação e a construção da cidadania na comunicação entre os sujeitos, utilizaremos dados primários e secundários que nos permitirão visualizar sob vários ângulos a dinâmica de Reuniões de Comunidade com Trabalhadores da Saúde da Família.

Para coleta dos dados primários, que serão aqueles resultantes das falas, relações/interações e ações dos sujeitos no processo participatório de colegiados, empregaremos a observação participante e a entrevista semiestruturada. E para a apreensão dos dados secundários, ou seja, aqueles já sistematizados em documentos, utilizaremos a pesquisa documental.

4.5.1 A observação participante

A observação participante pode ser considerada um instrumento essencial no trabalho de campo da pesquisa qualitativa. Essa técnica de pesquisa surge no início

do século passado, principalmente, pelos trabalhos de Malinowski, em 1922, que servem de base metodológica para os trabalhos de campo até os dias atuais. Minayo (2006), citando Malinowski (1978), aponta o que deve ser observado numa realidade empírica: o conjunto de regras formuladas nas atividades dos componentes de um grupo social e a forma como essas regras são obedecidas ou não; os sentimentos de amizade, de apatia ou simpatia dos membros da coletividade; as questões legais e o aspecto íntimo das relações sociais; as tradições e os costumes e sua importância; as ideias e os sentimentos do grupo na compreensão da totalidade de suas vidas. Dessa forma, estaremos atentos a esses aspectos em nossa observação, especialmente, da comunicação entre os sujeitos.

A observação participante se realiza na interação do pesquisador com os sujeitos sociais em seus contextos, na qual o pesquisador busca aprender a realidade nos microespaços, relacionando com os contextos macrosociais.

Assim, por meio da observação participante, pretendemos conhecer a dinâmica social de funcionamento das Reuniões de Comunidade com Trabalhadores da Saúde da Família, a fim de compreender como se desenvolvem a comunicação, os desafios, limites e potencialidades na construção da participação e controle social.

A observação foi realizada de março a agosto de 2008, período em que foram realizadas cinco reuniões, sendo que uma não foi realizada nesse período.

Para a apreensão dos dados da observação participante, elaboramos um roteiro contendo questões relativas ao nosso objeto de estudo a serem observadas, que está apresentado no Apêndice 2. O registro dessas informações convencionou-se denominar *diário de campo* que, de acordo com Minayo (2006), se trata de um caderno de notas, onde devem ser registrados as impressões pessoais, os

resultados de conversas informais, as observações de comportamentos, as manifestações dos interlocutores, dentre outros aspectos. Também realizaremos a gravação das reuniões, o que possibilitou o registro das falas literais das pessoas.

As características gerais das reuniões observadas, como o tempo de realização e o número de participantes, estão apresentadas no quadro abaixo.

Características Reuniões	Tempo de duração	Número de trabalhadores presentes	Número de usuários presentes	Total de participantes
1ª Reunião observada	50 mim.	6	11*	17
2ª Reunião observada	45 min.	6	4*	10
3ª Reunião observada	50 mim	6	15	21
4ª Reunião observada	55 mim	5	6*	11
5ª Reunião observada	55 mim	3	16*	19

* Não foram computadas as crianças.

Quadro 8. Características das reuniões observadas, no período de março a agosto de 2008, Marília/SP.

Como podemos observar no quadro acima, o tempo médio de duração das reuniões observadas foi de 50 minutos. Quanto ao número de participantes, os trabalhadores apresentaram uma variação entre 3 e 6 pessoas, perfazendo uma média de 5 trabalhadores por reunião, e os usuários tiveram maior variação, sendo de 4 a 16 usuários, resultando numa média de 10 usuários por encontro. Para cálculo da média da relação dos usuários/reunião, não incluímos o número de participantes da segunda reunião, pois esta teve sua data alterada, e muitos usuários não tiveram conhecimento dessa mudança e por esse motivo não compareceram.

Quando comparamos a relação de usuários e trabalhadores por encontro com os apresentados no Quadro 3 que contém a média de todas as unidades de saúde, dos anos de 2005-2007, percebemos que, no primeiro semestre de 2008, momento

da realização das observações, a frequência tanto dos usuários como trabalhadores apresentou números inferiores à Reunião da USF estudada.

Gostaríamos também de salientar que, durante a primeira observação, percebemos a necessidade da colaboração de um relator, pois tivemos dificuldade em desempenhar o papel de observador participante e relator ao mesmo tempo. Assim, com a finalidade de facilitar a participação e a observação do pesquisador, na segunda e terceira reuniões observadas, contamos com a colaboração de uma relatora, sendo em ambos os casos enfermeiras voluntárias.

E a fim de garantir os aspectos éticos em pesquisa, foi redigido um Termo de Consentimento Livre e Esclarecido, contendo o tema, os objetivos e métodos da pesquisa, sendo apresentado ao grupo antes do início de cada reunião observada, a fim de obter autorização dos sujeitos para a realização da pesquisa. Esse termo foi assinado pelos participantes das reuniões e pelo pesquisador (Apêndice1), salvaguardando-se, assim, os direitos inerentes aos sujeitos da pesquisa, de acordo com a Resolução 196 do CNS.

4.5.2 A entrevista semiestruturada

Escolhemos a **entrevista semiestruturada**, pois nela o entrevistado tem a possibilidade de discorrer sobre o tema proposto, a partir do foco principal do estudo, ao mesmo tempo permite respostas livres e espontâneas do informante e valoriza a atuação do pesquisador (TRIVIÑOS, 1987).

A entrevista, de acordo com Minayo (2006), pode ser considerada como uma

conversa entre duas pessoas ou mais, realizada por iniciativa do entrevistador, com a finalidade de construir informações sobre um objeto de pesquisa. Na entrevista, pesquisador e sujeito entrevistado estão em constante interação, e as informações dessa conversa podem ser influenciadas pela forma como se dá essa relação. Assim, a autora discute que há diferentes compreensões acerca dessa interação, sendo que uma enfatiza as situações de desigualdade em que se processa a entrevista, pois a iniciativa da entrevista parte do pesquisador, ele que controla o uso da linguagem, a fala, o que se fala e como fala, mesmo que propicie uma conversa que entrevistado se sinta mais à vontade. Além do mais, o pesquisador possui uma inserção social diferente do entrevistado, ocupando uma posição de poder e dominação, em que realiza os questionamentos sobre o entrevistado, dos outros e da sociedade.

Para a realização da entrevista, elaboramos um roteiro, a fim de facilitar e direcionar a abordagem. Neste estudo, o roteiro foi construído para ser um guia e não um obstáculo, conforme afirma Minayo (2006), não devendo prever todas as situações e condições de trabalho de campo, portanto permitindo flexibilidade nas conversas e inclusão de novas questões trazidas pelo interlocutor.

O roteiro de entrevista semiestruturada é composto por dois tipos de questões, a primeira parte refere-se à identificação e caracterização do sujeito que participa do fórum, sendo constituída por questões objetivas, e a segunda etapa contempla as questões referentes ao objeto de estudo. Essas foram elaboradas com base na teoria da ação comunicativa e participação social, apresentando questões referentes às categorias vida, família, comunidade, trabalho, participação e comunicação, em que procuramos instigar os entrevistados a discorrerem sobre suas experiências/vivências (Apêndice 4). Antes da elaboração do roteiro,

construímos questões norteadoras que guiaram sua construção, seguindo o exemplo de Craco (2006) que construiu um roteiro muito interessante e abrangente, baseado nas pretensões de validade dos atos de fala da teoria da ação comunicativa, que está apresentado no Apêndice 5.

Revelamos que sentimos dificuldade, quando, num primeiro momento, elaboramos um roteiro de entrevistas semiestruturadas que não contemplavam as experiências e vivências dos entrevistados e que não se baseavam na teoria da ação comunicativa. Esse roteiro foi sujeito a teste/validação e resultou em uma entrevista pobre e induzida. Daí, partimos para a construção de outro roteiro, pautado em Craco (2006), conforme comentado acima.

Para a realização da entrevista, os aspectos éticos foram respeitados, assim, antes de cada entrevista expusemos o tema e os objetivos do estudo aos sujeitos, esclarecendo sua liberdade de participar ou não da pesquisa e elaboramos um Termo de Consentimento Livre e Esclarecido, com linguagem simples e objetiva (Apêndice 3). As entrevistas foram gravadas, conforme a anuência dos sujeitos e, posteriormente, transcritas, para serem analisadas.

No total, foram realizadas 14 entrevistas, oito com usuários e seis com trabalhadores de saúde que participam da Reunião de Comunidade com Trabalhadores da Saúde da Família, na USF Monte Olimpo.

As entrevistas foram previamente agendadas, e o local, dia e horário de sua realização foram decididos pelos entrevistados, de acordo com suas necessidades e preferências. Quanto ao local, as entrevistas com usuários foram sempre realizadas em suas próprias casas, o que também permitiu-nos observar as condições de moradia. Gostaríamos de salientar que tivemos uma recepção calorosa dos usuários em suas casas, o que trouxe contribuições valiosas à coleta de dados.

Os trabalhadores preferiram que a entrevista fosse realizada na USF, e com dois trabalhadores, ela ocorreu em horário noturno, após o encerramento das atividades da unidade, o que contribuiu para que não fôssemos interrompidas durante a mesma. Metade das entrevistas com trabalhadores foi realizada antes da reunião de equipe, que ocorre às terças-feiras, durante a tarde.

Quanto aos dias da entrevista com os usuários, algumas foram realizadas aos sábados, domingos e no período noturno devido ao horário de trabalho dos sujeitos selecionados. O tempo médio de duração das entrevistas foi de 1 hora, sendo que as entrevistas mais longas foram de 1 hora e 40 minutos e as mais curtas, de 40 minutos.

4.5.3 A pesquisa documental

Pesquisamos documentos localizados na Secretaria de Saúde do município e na USF. Na Secretaria de Saúde, foram analisadas planilhas que são enviadas mensalmente pelas USFs, com as pautas resumidas e o número de participantes das Reuniões de Comunidade com Trabalhadores da Saúde da Família, dos anos de 2005 a 2007. Também foram pesquisados na Secretaria os Relatórios de Gestão dos anos de 2005 a 2007.

Na USF selecionada para a pesquisa, foram estudadas as atas das Reuniões de Comunidade com Trabalhadores da Saúde da Família, do ano de 2007 e outros documentos como: planejamentos estratégicos realizados pela equipe de saúde e dados demográficos, epidemiológicos e de produção da USF.

4.6 Análise dos dados

A análise de dados na pesquisa qualitativa, de acordo com Minayo (2006), sumariamente, visa à ultrapassagem das incertezas, respondendo às questões do estudo, e ao enriquecimento da leitura, por meio da busca de compreensão dos significados e a integração das descobertas, que visa a desvendar as ações e relações.

Assim, como nosso estudo se insere em fóruns de discussão, composto por trabalhadores e usuários, nossa análise busca trazer elementos que evidenciem a relação comunicativa entre os sujeitos sociais que compõem esses colegiados, relacionados ao contexto social e econômico.

Entendemos a análise de dados em um sentido mais ampliado, como afirma Gomes (1994), na qual o momento de análise abrange também a interpretação, afinal, acreditamos que a análise e a interpretação estão presentes no movimento de olhar para os dados da pesquisa.

Pautados nesse entendimento, adotamos a Análise de Conteúdo, que tem se mostrado bastante frequente no tratamento dos dados na pesquisa qualitativa. A análise de conteúdo, historicamente, tem oscilado entre a objetividade dos números e a subjetividade. A técnica de análise de conteúdo é recente. Originou-se nos Estados Unidos no período da Primeira Guerra Mundial, na Universidade de Colúmbia, com destaque para os trabalhos de Lasswell que analisava material de

imprensa e propaganda. No trabalho de Lasswell, predominava o rigor matemático como parâmetro científico (MINAYO, 2006).

Na década de 1940, a técnica de análise de conteúdo passou a ser desenvolvida nos departamentos de Ciências Políticas das universidades americanas, sendo analisadas as comunicações da Segunda Guerra Mundial e, nos anos de 1950, Berelson e Lazarsfeld a sistematizaram no âmbito metodológico e epistemológico (MINAYO, 2006).

Atualmente, todo esforço teórico, tanto baseado na abordagem qualitativa, quanto quantitativa, pretende ultrapassar o nível do senso comum e atingir uma vigilância crítica no emprego de tal técnica de análise (Minayo, 2006).

Bardin (1979, p. 42) define o campo, o funcionamento e o objetivo da análise de conteúdo como:

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

Portanto, por meio de procedimentos sistemáticos e objetivos realizaremos a análise de entrevistas e observações participantes, buscando realizar interpretações/inferências das ações e falas. No entanto, entendemos que o nosso estudo reclama uma análise de cunho predominantemente qualitativo.

Dentre as várias modalidades de análise de conteúdo, empregaremos a modalidade Temática. A noção de tema refere-se a uma afirmação de determinado assunto que comporta um feixe de relações e pode ser apresentado por meio de uma palavra, de uma frase ou resumo. Desse modo, “fazer uma análise temática, consiste em descobrir os núcleos de sentido que compõem uma comunicação, cuja presença ou freqüência signifiquem alguma coisa para o objeto analítico visado” (MINAYO, 2006, p. 316).

Como referido anteriormente, mesmo com a escolha da análise temática, neste estudo, não nos deteremos à frequência ou presença de um tema, mas buscaremos realizar uma análise em profundidade dos atos de fala de usuários e trabalhadores de saúde, tanto nas entrevistas como nas observações participantes das reuniões.

De acordo com Minayo (2006), a análise temática, operacionalmente, se desdobra em três etapas: pré-análise, exploração do material e tratamento dos resultados obtidos e interpretação. A pré-análise caracteriza-se pela escolha do material a ser analisado, pela retomada das questões e objetivos da pesquisa, relacionando as etapas já realizadas, para a elaboração de indicadores que guiem à compreensão e interpretação do material. É decomposta em três tarefas: leitura flutuante, constituição do *corpus* e formulação e reformulação de hipóteses e objetivos.

Na leitura flutuante das comunicações, o pesquisador entra em contato direto e intenso com os dados colhidos, e progressivamente a leitura vai se tornando mais sugestiva, na dinâmica entre as questões iniciais, as questões que surgem e as teorias relacionadas ao tema.

Portanto, para a realização dessa tarefa, realizamos uma leitura exaustiva das 14 entrevistas semiestruturadas e das cinco observações participantes que foram literalmente transcritas, procurando relacionar os achados às questões do estudo, ao referencial teórico e observando a emergência de novas questões relevantes ao estudo. Essa fase nos permitiu uma visualização geral do material coletado e nos orientou na realização do próximo momento da pré-análise, que é a constituição do *corpus*.

Com a constituição do *corpus*, espera-se responder a algumas normas de validade qualitativa, dentre elas, a exaustividade, ou seja, que o material coletado atenda a todos os aspectos levantados no roteiro; a representatividade que represente o universo pretendido; a homogeneidade que nos remete ao seguimento de critérios precisos na escolha de temas, técnicas e interlocuções e a pertinência, o que quer dizer, que os materiais analisados deem respostas aos objetivos do trabalho (MINAYO, 2006).

Assim, em nosso estudo o *corpus* foi constituído pelas 14 entrevistas semiestruturadas e cinco observações participantes que responderam às normas de validade qualitativa.

A última tarefa da pré-análise consiste na formulação e reformulação de hipóteses e objetivos, por meio da leitura exaustiva do material e das questões iniciais, o que possibilita a abertura de novas indagações e rumos interpretativos (MINAYO, 2006). O que nos possibilitou a reorganização das questões iniciais e dos objetivos.

Ainda no momento pré-analítico, são determinados a unidade de registro (palavra-chave ou frase), a unidade de contexto (contexto da compreensão da unidade de registro), os recortes, a categorização, a codificação e os conceitos teóricos gerais que orientam a análise (MINAYO, 2006). No entanto, neste estudo, estabelecemos os recortes, sua descrição e interpretação e o núcleo de sentido.

Portanto, ao realizarmos a pré-análise integral das 14 entrevistas semiestruturadas e das cinco observações participantes, selecionamos os recortes, elaboramos as unidades de contextos e os núcleos de sentido. Para a constituição de cada recorte, selecionamos os fragmentos dos atos de falas, tanto de usuários como de trabalhadores de saúde, que se referiam a um determinado assunto, em

seguida, por meio da descrição do recorte e sua contextualização, construímos a unidade de contexto. Por fim, delimitamos o núcleo de sentido, formado por uma frase ou palavra-chave que contemplasse a ideia principal dos atos de fala do recorte, aproximando-se de um tema. Realizou-se esse procedimento com todas as unidades de recortes do material coletado, que resultaram em muitos núcleos de sentido e que foram organizados em quadros para a operacionalização da pesquisa.

De posse desse extenso material pré-analisado, fizemos a opção metodológica de utilizar, neste estudo, o esquema de recortes, unidades de contexto e núcleos de sentido das 14 entrevistas semiestruturadas que referiam especificamente as Reuniões de Comunidade com Trabalhadores de Saúde da Família. Dessa forma, selecionamos, os núcleos de sentidos que tratavam das reuniões, e conseqüentemente, os recortes que continham fragmentos de fala dos trabalhadores e usuários e sua unidade de contexto, para as posteriores etapas da análise. Ainda nas entrevistas, selecionamos também, os recortes, unidades de contexto e núcleos de sentido que continham a caracterização dos sujeitos entrevistados, principalmente, no tocante as suas condições de trabalho e moradia.

Após selecionarmos as estruturas (unidade de sentido e de contexto e recortes) referentes à reunião nas entrevistas, identificamos nas observações participantes as estruturas que se referiam às mesmas questões abordadas. Esse movimento nos permitiu confrontar o discurso dos sujeitos entrevistados com a sua prática, o que possibilitou o enriquecimento da análise e a interpretação dos dados.

Em seguida, unimos as estruturas das entrevistas referentes à reunião com as provenientes das observações participantes, e as agrupamos de acordo a temática presente em seus núcleos de sentidos, dos quais conformamos temas. E para operacionalização da análise, elaboramos um quadro contendo as palavras ou

frases dos núcleos de sentidos que tratavam da mesma temática com seus respectivos temas que estão apresentados no quadro abaixo.

Tema	Núcleos de sentido
C O M U N I C A Ç Ã O	Silenciamento do usuário
	Poder de fala pertence aos trabalhadores de saúde
	A “suposta” obrigatoriedade da participação dos usuários
	Sentimentos negativos em relação à participação
	A informação e orientação na reunião
	A interação entre os sujeitos na reunião
	A reunião como espaço de discussão dos problemas locais

Quadro 9. Tema de análise e núcleos de sentido, Marília/SP, 2008.

A segunda etapa da análise temática trata da exploração do material que se caracteriza por uma operação classificatória, visando a alcançar os núcleos de compreensão do texto. Tradicionalmente, são escolhidas as regras de contagem, pois a compreensão se constrói por meio de codificações e índices quantitativos. Por fim se realiza a agregação dos dados com a escolha de categorias teóricas ou empíricas (MINAYO, 2006).

No entanto, como tradicionalmente ocorre na análise temática, não empregamos regras de contagem, afinal, não buscamos atingir índices, mas realizar uma discussão qualitativa pautada no marco teórico. Assim, mesmo observando a presença ou frequência dos núcleos de sentido para a constituição dos temas, nos detemos nos significados dos mesmos para responder às questões e aos objetivos do estudo.

Na fase de exploração do material, também se realiza a agregação dos dados em categorias, no entanto, em nosso estudo não chegamos a constituir categorias, que “são conceitos classificatórios, que se constituem com termos carregados de significação, por meio do qual a realidade é pensada de forma hierarquizada”

(MINAYO, 2006, p. 178). E como estamos tomando a tese de Craco (2006) como referência, na qual ela emprega as categorias de encontro e desencontro entre usuários e profissionais de saúde, realizamos a abordagem dos temas em duas dimensões: no **distanciamento** e na **aproximação** dos trabalhadores de saúde com os usuários e de ambos da participação.

A aproximação e o distanciamento, tanto em relação à participação como na comunicação dos trabalhadores com usuários, estiveram presentes em todos os núcleos de sentido que conformaram os temas, o que nos possibilitou a realização de uma abordagem que contemplasse os diferentes aspectos da relação entre usuários e trabalhadores.

A terceira etapa operacional da análise temática, que é o tratamento dos resultados obtidos e interpretação, consiste, tradicionalmente, na submissão dos resultados brutos a operações estatísticas, a fim de colocar em relevo as informações obtidas. Na sequência, o analista inter-relaciona as operações com seu quadro teórico ou com outras pistas relativas à dimensão teórica e interpretativa, realizando inferências e interpretações (MINAYO, 2006).

Como ressaltado, anteriormente, não trabalharemos com operações estatísticas, mas com os significados dos temas para o objeto de estudo. E nessa etapa nos deteremos na realização de inferências e interpretação dos conteúdos dos temas, proporcionando interlocuções com seu marco teórico, no caso, a Teoria da Ação Comunicativa de Jürgen Habermas e a concepção gramsciana de participação social, permanecendo sempre atentos às novas questões ou evidências sugeridas pela análise.

Consideramos relevante ressaltar que o produto final da análise de uma pesquisa deve ser visto de forma provisória a aproximativa, afinal, “em se tratando

de ciência, as afirmações podem superar conclusões prévias a elas e podem ser superadas por outras afirmações futuras” (GOMES, 1994, p. 79).

4.7 Aspectos éticos em pesquisa

O Projeto de Pesquisa recebeu aprovação do Comitê de Ética da FAMEMA, conforme documento anexado e autorizado pela Secretaria de Saúde do município.

Os princípios éticos nortearam o trabalho, garantindo os direitos dos sujeitos envolvidos. Esses foram convidados a participar da investigação, momento em que, foram expostos os objetivos, a metodologia e a relevância do mesmo. A autorização para que os sujeitos participantes sejam observados e entrevistados foi mediante Termo de Consentimento Livre e Esclarecido que está em anexo, garantindo o anonimato, o caráter sigiloso das informações e o direito de não participação em qualquer momento, sem que isso acarretasse qualquer dano ou prejuízo aos sujeitos.

5. RESULTADOS E DISCUSSÕES

5.1 Analisando a participação na Saúde da Família: a comunicação que gera aproximações e distanciamentos. Um pouco de mitologia

Para iniciarmos nossa conversa, vamos falar um pouco sobre mitologia. Mas qual a relação da mitologia com a participação e a comunicação na Saúde da Família? A mitologia buscar explicar o universo, a criação do mundo, fenômenos naturais e qualquer outra coisa a que explicações simples não são atribuíveis. E aqui estamos buscando “explicar” as relações entre trabalhadores e usuários, inseridos num contexto social e sua prática de cidadania, que por sua vez estão inter-relacionadas. Mas nosso principal pretexto em trazer a mitologia para este estudo é que ela é caracterizada pelas relações comunicacionais entre os deuses, titãs e outras espécies mitológicas.

Assim como nas histórias mitológicas, os deuses se relacionam, interagem, mostram os seus sentimentos, trocam subjetividades, o que também acontece nas relações entre os próprios trabalhadores e entre estes e os usuários, no entanto, com fatos ligados à vida real, não ao sobrenatural. Por esse motivo, denominamos nossos sujeitos do estudo com nomes de deuses gregos, a fim de também preservar a identidade dos mesmos e chamamos a USF de Monte Olimpo. Na mitologia grega, o Monte Olimpo é a morada dos deuses do Olimpo que estão em constante interação. Analogamente, designamos os trabalhadores e usuários com nomes de deuses gregos.

Assim, associamos algumas características dos sujeitos entrevistados, percebidas pelo pesquisador durante as observações e entrevistas, com as dos deuses gregos. Quanto aos trabalhadores:

- Artemis, sendo a deusa da caça, se assemelha à trabalhadora que sempre está à busca de uma boa interação com os usuários e com os seus colegas de trabalho;
- Afrodite, como a deusa do amor, se identifica, predominantemente, como a integrante da equipe que valoriza as relações sinceras com o seu próximo;
- Atenas, a deusa da sabedoria, teve seu nome associado à trabalhadora que procura estabelecer uma boa comunicação com o usuário, está pautada no trabalho em equipe, planeja coletivamente as ações de cuidado e fomenta a participação do usuário;
- Hemera, sendo a deusa da luz, foi assim denominada por contagiar todos a sua volta com seu brilho, seu respeito, seu acolhimento, sua escuta e seu empenho em prestar um cuidado satisfatório ao usuário;
- Hera, a deusa da família, foi relacionada à trabalhadora que tem uma relação afetiva com a equipe e usuários, já que os trata como se fosse sua família;
- Hermes, sendo o deus mensageiro, teve seu nome relacionado ao sujeito que sempre se preocupa em informar aos usuários acerca do SUS e de seus direitos;

Quanto aos usuários entrevistados, foram realizadas as seguintes relações:

- Deméter, a deusa da distribuição, foi associada à usuária que apesar de ser bastante carente se preocupa com seu próximo;
- Hécate, a deusa protetora, foi assim designada pela sua preocupação com a família, em especial os filhos;

- Astréia, a deusa da justiça, foi associada à usuária que reclamava por uma comunicação igualitária dos trabalhadores de saúde com as demais pessoas;
- Eris, a deusa da discórdia, foi relacionada à única usuária que referiu abertamente não gostar da reunião, sendo sincera com a entrevistadora;
- Pã, o deus do campo, teve seu nome associado ao usuário que gosta da natureza e precisa ter sua voz ouvida nas discussões;
- Héracles, o deus guerreiro (Hércules em romano), teve seu nome designado ao usuário que procura estabelecer uma relação comunicativa, lutando com os contextos de uso da linguagem, para que todos tenham suas necessidades atendidas;
- Héstitia, a deusa dos laços familiares, associou-se à usuária que cuida de toda a sua família;

Aos demais usuários e trabalhadores não entrevistados, presentes no recorte das observações participantes, foram designados nomes de deuses gregos sem a preocupação dessa relação. No entanto, com a preocupação ética dos sujeitos do estudo identificarem outras pessoas, por vezes, os nomes foram trocados ou substituídos.

E na nossa vivência mitológica, na conversa com tais deuses (sujeitos do estudo), procuramos compreender seus atos de falas, sentimentos, desejos, aspirações, concepções e visões, contextualizados com sua inserção social, relacionados à participação na Reunião de Comunidade com Trabalhadores de Saúde da Família Monte Olimpo.

Para adentrar essa experiência mitológica, mas muitíssimo real, nos apoiamos na Teoria da Ação Comunicativa de Habermas que, baseado na filosofia da linguagem, elenca as pretensões de validade universais de um diálogo, para que

os sujeitos construam consensos intersubjetivos, sem coerção e dominação. Buscaremos realizar alguns apontamentos acerca da aproximação/fusão de horizontes e de rupturas/distanciamentos dos sujeitos do estudo.

Também nos aproximamos da compreensão de Participação Social como a relação entre a sociedade política e civil, bem como, a relação dentro de cada uma dessas esferas do Estado Ampliado.

Portanto, pretendemos partir da perspectiva das relações microsociais, ou seja, da comunicação entre os sujeitos como espaços de discussão, na Saúde da Família, interligando-as ao contexto mais geral de estruturação da sociedade.

Gostaríamos de salientar que consideramos a Saúde da Família como uma estratégia com potencialidades de imprimir mudanças ao atual modelo de atenção à saúde, médico-centrado, curativista e biologicista e favorecer a participação da sociedade na elaboração de sua política e de sua avaliação.

Pautados nesse referencial, ou suas aproximações, buscamos analisar o material coletado (observações participantes e entrevistas), as comunicações relativas ao nosso objeto de estudo, ou seja, aquelas referentes à Reunião de Comunidade com Trabalhadores de Saúde da Família e também aquelas referentes às condições de vida e trabalho dos sujeitos. Dessa forma, como em nossas entrevistas realizamos questões referentes à vida, família, comunidade, ao trabalho, à participação e comunicação, enfocamos aquelas referentes à vida e ao trabalho, especialmente, para realizar a caracterização dos sujeitos e elencamos aquelas que tratavam da comunicação e participação para discutir acerca da reunião. No entanto, esses horizontes (vida, família, comunidade, trabalho, participação e comunicação) se entrelaçavam, sendo essa opção de caráter mais operacional.

Em nossa análise, os atos de fala acerca das reuniões nos levaram a trilhar dois caminhos, que se mesclavam, um pautado nos princípios de participação do SUS e da ação comunicativa e outro orientado pela dominação e desrespeito aos usuários. Portanto, construímos duas dimensões para analisar a participação de fóruns de discussão na Saúde da Família, uma que contemplasse as aproximações entre os sujeitos e destes com o processo participatório, e outra contrária que abordasse os distanciamentos.

E como a utilização da análise temática nos permitiu construir o tema da Comunicação, abordaremos as aproximações e distanciamentos nos vários subtemas que esse tema maior suscitou.

5.2 Apresentando os sujeitos da pesquisa

Como exposto anteriormente, neste momento pretendemos realizar uma abordagem de cunho mais qualitativo dos sujeitos do estudo, sendo que já realizamos uma caracterização sociodemográfica, na metodologia.

Considerando que a ESF representa um novo paradigma nas práticas de saúde que visa a atuar sobre os determinantes do processo saúde-doença, com destaque para as condições de vida e trabalho, mostra-se relevante nos aproximarmos das percepções dos usuários acerca desses aspectos. E além das condições de vida e trabalho dos usuários entrevistados, pretendemos trazer elementos quanto ao trabalho na Saúde da Família.

Desse modo, pretendemos realizar uma abordagem sucinta de aspectos relacionados ao trabalho na Saúde da Família, associado à subjetividade dos trabalhadores, a fim de realizar alguns ganchos com a sua prática, em especial nos fóruns de participação. Da mesma forma, nos propomos a abordar as condições de vida e trabalho dos usuários, também relacionadas aos seus projetos de vida e suas percepções, o que nos ajudará a visualizar o seu comportamento e o uso da linguagem nos espaços de discussão.

5.1.1 Os trabalhadores de saúde

Os trabalhadores de saúde entrevistados, ou seja, três ACSs, uma ACD, uma enfermeira e uma dentista, revelaram aspectos importantes acerca do seu trabalho na USF. Para fins didáticos, agrupamos essa abordagem em dois momentos, primeiro dos trabalhadores de nível médio e, sequencialmente, dos trabalhadores com curso universitário, já que apresentavam perspectivas diferenciadas.

Os trabalhadores entrevistados de nível médio, no caso, 3 ACSs e uma ACD, mostram-se insatisfeitos com a falta de reconhecimento de sua categoria e com a remuneração.

Entrevistadora: Tem alguma coisa que você considera ruim no seu trabalho?

Trabalhador: O salário! A gente ganha muito pouco e não é reconhecido. **Entrevista Hera (Trabalhadora)**

Historicamente, a divisão técnica e a social do trabalho têm gerado conflito nas relações interpessoais. Apesar de todos os trabalhadores disporem de saberes, estes lidam com problemas complexos que ultrapassam o saber técnico para seu enfrentamento, o caráter valorativo de algumas profissões geram insatisfação em

outras categorias, especialmente as constituídas recentemente, como a dos ACSs e dos ACDs.

As diferenças salariais entre os trabalhadores com curso universitário e de nível médio ou elementar podem ser esperadas devido à formação, o que precisa ser explicitado é que como atuam em equipe, muitas vezes desenvolvem ações conjuntas que não diferem em termos de competência, o que gera descontentamento no interior da equipe. As contradições se intensificam na Saúde da Família que, geralmente, para atrair e manter os trabalhadores com nível universitário (médico, enfermeiro e dentista) são oferecidos salários mais atrativos, aumentando mais a discrepância salarial dentro de uma USF.

Entendemos que na Saúde da Família, se busca atingir o princípio da equidade, mas como esse princípio pode ser praticado se na conformação da própria equipe há uma remuneração desigual? Essa questão precisa ser refletida, pois compromete diretamente na satisfação dos trabalhadores, além de ser uma prerrogativa de justiça social. Sabemos que não é uma questão fácil, sendo multideterminada por aspectos sociais, econômicos e culturais, construídos historicamente.

A diferença salarial, e consequente pouca remuneração dos trabalhadores de nível médio, faz com que estes procurem outro emprego para complementar sua renda, o que, certamente, traz prejuízos a sua saúde e ao seu desempenho nos trabalhos.

Sempre eu trabalhei, agora eu tenho dois empregos, né! Eu trabalho em restaurante também, eu trabalho de *barmen*, garçom, eu faço bico... No final de semana. **Entrevista Hermes (Trabalhador)**

Assim, a dupla jornada de trabalho provavelmente interfere na disponibilidade do cotidiano do trabalho na Saúde da Família, na assistência prestada ao usuário e, especialmente, para aquelas atividades laborais que exigem sua presença, fora dos

horários usuais de sua jornada de trabalho, como a participação nas Reuniões de Comunidade que acontecem no período noturno.

Esse conflito gerado pelas relações no trabalho, dadas as diferenças salariais, e a falta de reconhecimento e valoração parecem estar contribuindo para que esses trabalhadores busquem alternativas em relação a sua formação, com investimentos em cursos técnicos e profissionalizantes ou de nível universitário, como meio de obter outro emprego.

Se surgir uma necessidade de melhorar, quem sabe. Eu quero terminar o colegial, fazer um técnico pra melhorar, um dia eu vou partir daqui pra tentar fazer qualquer outra coisa. **Entrevista Afrodite (Trabalhadora)**

Eu até pensei em fazer algum curso, mas estava com muitas dívidas, pensei vou deixar acabar as dívidas um pouco. E também eu nem sei o que eu queria ser. Que nem agora eu queria fazer um curso de eletrônica. **Entrevista Hermes (Trabalhador)**

Já prestei vestibular duas vezes, é que eu estou tentando isenção total da mensalidade, mas ainda não consegui atingir a nota necessária, faltou pouco, mas eu vou continuar tentando. **Entrevista Hera (Trabalhadora)**

E o que parece limitar esses sujeitos de concluírem e aprimorarem seus estudos é o fator econômico, sendo que o acesso aos cursos universitários e técnicos e profissionalizantes ainda é restrito. De acordo com informações do relatório da comissão de determinantes sociais da saúde, o acesso ao ensino superior público e privado em nosso país se restringe às pessoas com maior renda, o que, contraditoriamente, se intensifica no ensino superior público, no qual há maior concentração das pessoas com alta remuneração (CNDSS, 2008).

Também é possível perceber pelas falas que a opção desses sujeitos pelo trabalho junto à Saúde da Família tem relação com o desemprego que acomete a população mais vulnerável, economicamente, e pelo fato de que gostam de interagir com as pessoas, caracterizados por aspectos de benevolência e adequabilidade aos interesses individuais.

É que abriu o processo seletivo e eu passei, eu não estava trabalhando e era perto de casa. **Entrevista Hemera (Trabalhadora)**

Eu me interessei pelo PSF porque eu gosto de lidar com pessoas, de ajudar. Eu não sei se é um dom, ou se é lá do fundo do coração. Eu me sinto bem se eu consigo ajudar alguém, se eu consigo fazer algo por alguém eu me sinto muito bem! Então por isso eu me identifico com o posto de saúde. E a minha igreja é a adventista da promessa e a gente não trabalha no sábado, aí como o posto era fechado de sábado e domingo foi umas das razões que me motivou. **Entrevista Afrodite (Trabalhadora)**

Esses dados corroboram com os do Ministério da Saúde (BRASIL, 2005)

em que os motivos de escolha pelo trabalho na Saúde da Família são apontados como sendo: estar empregado para os ACSs, e a possibilidade de trabalhar com comunidades pobres podendo ajudá-los para os demais trabalhadores. No entanto, a intenção dessa ajuda é de caráter mais caritativo e não com vista à emancipação do sujeito.

Quanto ao segundo agrupamento, dos trabalhadores com curso universitário, podemos perceber que, ao contrário dos de nível médio, estão satisfeitos com seu trabalho e têm prazer em trabalhar na saúde pública, em especial na Saúde da Família.

Mas assim eu acho que eu não tenho do que reclamar, é a profissão que eu escolhi, eu gosto bastante, saúde pública, sempre foi logo que eu me formei o primeiro lugar que eu trabalhei, foi no posto de saúde entendeu, eu já me inseri na saúde pública desde que eu saí da faculdade [...]. Mas aqui eu estou realizada, eu trabalho com pessoas que eu gosto, né, faço o que eu gosto né, não posso reclamar, é que eu acho que a gente sempre tem uma coisa pra reclamar, né! Mas pra mim tá muito tranquilo sabe, tanto profissionalmente, como a minha vida pessoal também né! **Entrevista Mégara (Trabalhadora)**

Eu fiz residência em saúde da família, especialização em saúde da família, eu tô na unidade de práticas profissionais que é pra alunos da FAMEMA que é o que eu gosto de fazer. Eu estudei pra isso, e eu trabalho nisso. Então pra mim é uma realização [...]. Eu me sinto ao mesmo tempo feliz, porque eu estou realizada no que eu faço. Eu acredito muito no que eu faço. **Entrevista Gaia (Trabalhadora)**

Esses trabalhadores demonstram estar contentes com seu trabalho, pois tiveram a oportunidade de escolha e atuam nessa área, sendo uma realização para eles, como diz a entrevistada. Além disso, como revela o primeiro fragmento de fala,

no trabalho em equipe é relevante a boa interação com as pessoas. Dessa forma, de acordo com o depoente, para um bom desempenho é essencial que os trabalhadores atuem na área que escolheram e com pessoas que gostam, com as quais têm uma boa relação, o que provavelmente fomentará maior empenho no trabalho.

Já no caso dos trabalhadores de nível médio, que não tiveram oportunidade de ter acesso a uma formação desejada, acabam procurando qualquer trabalho, nem sempre desejados por eles, para ficarem empregados. E, geralmente, esses trabalhos são pouco valorizados socialmente.

Contudo, muitas vezes, as condições dos trabalhadores com curso universitário, são ruins, devido ao excesso de trabalho e acúmulo de funções.

E aí eu não tenho tempo às vezes, muito tempo pra mim pessoalmente, pra me cuidar, para fazer uma caminhada. Eu acho assim que todo trabalho precisa de descanso, né! E eu não tenho esse descanso! Pelas inúmeras atividades que eu realizo e que eu não quero deixar nenhuma delas né! Mas eu acho assim que o descanso ele é necessário. Por que nem no sábado nem no domingo eu posso descansar! **Entrevista Gaia (Trabalhadora)**

Nesse espaço, realizamos uma breve discussão de aspectos relacionados ao trabalho na Saúde da Família que se sobressaíram nas entrevistas, como a percepção do baixo salário recebido pelos trabalhadores de nível médio e elementar, sendo que muitos optaram por esse trabalho pela oportunidade de emprego e pelo interesse em ajudar as pessoas, ao contrário dos trabalhadores com curso universitário que se mostram satisfeitos com seu emprego.

5.1.2 Os usuários

Em relação aos usuários entrevistados, sendo eles oito pessoas, dois homens

e seis mulheres, nos foram reveladas muitas questões relativas à sua inserção social, ou seja, suas condições de vida e trabalho. Neste espaço pretendemos abordar as falas que nos trazem elementos acerca de tal inserção, com ênfase nos aspectos relativos à exploração no trabalho e às condições de vida, em especial, de moradia, que se mostraram relevantes em nossas entrevistas.

Como já apresentado anteriormente na metodologia, esses sujeitos desempenham funções que não exigem formação técnica específica, como diaristas, pedreiros, babás, dentre outros, sendo que apenas um deles tem direitos garantidos pela legislação trabalhista.

No entanto, mesmo que apenas um número insignificante de usuários tenha seus direitos trabalhistas assegurados legalmente, na prática, não está isento da exploração da sua força de trabalho, já que trabalha além da jornada prevista.

Atualmente eu estou com bastante (hora extra), só que a gente não está recebendo... E aí vai acumulando essas horas, ela (gerente da fábrica) falou que vai começar a acertar essas horas de agosto em diante [...]. E desde o começo do ano que a gente está trabalhando, sábado, trabalhando feriado, trabalhando até mais tarde. **Entrevista Deméter (Usuária)**

Assim, a hora extra representa um fator de exploração, afinal, ultrapassa o tempo de trabalho necessário, ou seja, o tempo que o trabalhador emprega para produzir um valor equivalente à sua remuneração, na forma de salários, benefícios e dos direitos trabalhistas em geral. O tempo de trabalho necessário consome apenas uma fração da jornada de trabalho, outra porção bem mais significativa, que atualmente, devido ao avanço da produtividade e da depreciação da força de trabalho imposta pelo neoliberalismo, é o tempo no qual o trabalhador produz um valor superior à sua própria remuneração e que já não é mais trabalho necessário e sim trabalho excedente. Assim, o valor excedente gerado na jornada de trabalho

origina o lucro capitalista, no entanto, isso não transparece, é camuflado na sociedade capitalista (MARTINS, 2006).

Ainda de acordo com o mesmo autor, reconhecemos que a discussão acerca desse tema é complexa, pois o capitalista toca nos interesses individuais e imediatistas dos trabalhadores, ao propor a realização da hora extra, o que revela o caráter perverso dessa situação. Além do mais, o trabalhador muitas vezes é impelido a realizar hora extra devido aos baixos salários, colocando em contradição seus interesses/necessidades pessoais em relação aos interesses coletivos de sua categoria ou dos demais trabalhadores.

Quanto aos demais usuários entrevistados que não apresentam garantias trabalhistas, a exploração se revela de outras formas, como podem expressar as falas abaixo:

Astréia (Usuária): É eu sou faxineira, quando me chama eu vou, é diarista. Eu trabalhava de babá também, só disso, mas é ruim né, ficar só nisso! Eu acho que o trabalho de diarista é trabalho pesado! Ficar arrastando móveis. Que nem eu trabalhei na última casa, na última casa que eu trabalhei, pior que em todas as casas, que eu vou eu só pego bucha! A mulher fica um ano sem chamar uma diarista, às vezes até mais, e quando chama é pra acabar mesmo! O serviço que não fez em um ano quer que faz em um dia!

Morfeu (Usuário): Não tem isso entendeu, fazer a pessoa de escravo! E ela não tem saúde pra isso!

Astréia (Usuária): A mulher com um tapete velho, tapete bom de jogar fora, eu tinha limpado a sala enorme, não dá nem pra falar, acho que a sala da mulher é a minha casa toda aqui! Só a sala, o resto então era maior ainda. E eu limpando, eu limpei tudinho, tirei o pó tudo certinho, aí de repente vem a mulher com um tapete tudo, sabe aquelas poeiras que sai quando o tapete está muito velho, sujou tudo de novo. Aí conclusão, já fica achando que a pessoa não limpou, mas é o tapete dela que estava e eu não consegui falar, eu fiquei sem graça de falar isso pra ela que ela tinha que jogar o tapete fora.

Morfeu (Usuário): E aquela que queria que você rançasse a tinta.

Astréia (Usuária): Teve uma casa que eles queriam que eu rançasse a tinta com a unha. Ainda queria que eu limpassem de novo ainda. Eu falei não vou não! Eu tirei algumas coisas que deu para tirar, até que assim tava fácil, só que ela não deixou nada, material de limpeza, nada! E queria que eu fizesse milagre (fala com indignação). E eu falei “eu sinto muito, mas eu não vou não! Não vou não porque eu tenho certeza que a minha obrigação eu cumpri! Agora se o senhor está querendo que faz milagre, procura outra

peessoa pra limpar sua casa” e não fui não! Ai, por isso que eu falei pra você, eu estou desanimada com esse negócio de ser diarista, eu não quero mais não! É muita humilhação! É bom assim que você ganha o seu dinheirinho, mas é humilhado!

Morfeu (Usuário): Igual ela falou, deixar acumular um ano sujeira na casa, depois chama a diarista e em dia só ela tem fazer tudo e depois que termina, que ela deu o sangue no serviço ali, acha que não está bom e vem com uma mixaria ainda! 20 conto, 30 conto!

Astréia (Usuária): Nem adianta sair de casa para ganhar isso!
Entrevista Família Astréia (Usuária)

Ah era pesado. Tinha que carregar balde com água pra jogar no quintal, a mulher tirava a água da máquina e guardava e eu tinha que jogar no quintal! Fazia um ano e meio que eu trabalha lá. Na outra tava com dois anos e meio. Essa outra de quinta era mais pesado ainda, a casa era enorme. Carregava peso, viche! A gente que faz faxina ai sofre muito, porque não tem registro, não tem nada é muito pesado... Trabalha, não reconhece. A patroa manda a gente fazer todo o serviço e acha que tá pagando muito ainda, a gente sofre demais... É sofrimento demais! Não reconhece, né! Trabalho por necessidade mesmo, porque não é fácil não. É bom porque acabava o dia eu pegava o dinheirinho e passava no mercado, mas agora acabou. **Entrevista Hécate (Usuária)**

O problema do meu trabalho é que às vezes cansa né, que eu trabalho em muitas casas, né então sei lá! Minha vida é corrida. Eu faço faxina quase todos os dias e é difícil o dia que eu estou em casa [...] Eu trabalho em praticamente 8 casas por mês, porque assim, segunda eu vou em uma, terça eu vou em outra, na outra terça eu vou em outra, sabe assim, eu tenho 6 serviços de 15 em 15 e 2 uma vez por semana, então dá muita casa né! **Entrevista Éris (Usuária)**

Essas mulheres, como provavelmente muitas outras residentes na região

estudada, sofrem com a precarização de seu trabalho, que como dizem se mostra “pesado”, em vários sentidos, pois, manipulam peso, não têm reconhecimento, nem direitos trabalhistas, são mal remuneradas e trabalham excessivamente.

Assim, o subemprego e a informalidade guardam suas relações com o crescimento do trabalho precário e com o aumento da marginalização dos trabalhadores no processo produtivo, e sua inserção em uma condição de privação e de pobreza, ainda maior do que aquela sob a qual continuam submetidos os que sofrem a exploração no trabalho, restando aos deserdados do capital procurar outras formas para garantir a sua sobrevivência (GONÇALVES; THOMAZ JUNIOR, 2002).

E de acordo com a pesquisa do Ministério da Saúde (2005) acerca da implementação da Saúde da Família em grandes centros urbanos, revela que de 35 a 85% dos moradores das áreas adscritas à USF não possuem carteira de trabalho, o que se assemelha aos nossos entrevistados.

Acreditamos que essa exclusão ou inclusão perversa no processo de produção refletem em sua exclusão no processo de comunicação nos espaços de discussão, sendo que muitas vezes a marginalização linguística reproduz sua inserção social.

E a informalidade no trabalho, aliada às precárias condições materiais, compromete a qualidade de vida desses sujeitos, que em muitos casos, trabalham incessantemente, sem férias, como revelam os atos de fala abaixo:

Já tem uns 15 anos que eu trabalho de faxina né, 12 é reto, 12 anos já sem férias. **Entrevista Héstia (Usuária)**

Assim, como consequências das condições precárias de trabalho, surgem os problemas de saúde associados às ocupações, como revelam as falas:

Eu tive também problema de coluna, por causa do peso e eu não posso ficar arrastando peso, por causa da coluna. Eu até parei de ir não fui mais. A minha coluna entortou para os dois lados, quase quebrou. Eu só não estou aleijada por misericórdia de Deus, era pra eu estar de cama. A coluna deu um desvio na coluna e aí entortou, entortou para um lado e depois entortou pro outro e quase que... eu tinha até que colocar faixa que eu não parava de pé, eu ficava em pé e caía. Chegava lá na porta do hospital e caía assim, por causa da coluna. **Entrevista Astréia (Usuária)**

Sábado de manhã eu não passei muito boa, aí eu fui lá no hospital da Mulher. Peguei e fiz ultrassom e deu que a placenta deslocou pro outro lado. É que nas casas que eu faço faxina, né, eu pego peso! Agora o médico falou que eu tenho que ficar em casa... E não posso pegar peso. **Entrevista Hécate (Usuária)**

É que o meu coração começa a bater e para, e o médico falou que eu não ia poder pegar peso, mas graças a deus eu pego peso e nunca deu problema nenhum não! Não tem jeito, como que eu vou evitar né! O meu trabalho é peso toda hora. **Entrevista Pã (Usuário)**

Essas falas revelam que esses sujeitos, ao manipularem peso no trabalho, prejudicaram sua saúde e no último fragmento o usuário refere que devido a um problema cardíaco não pode “pegar peso”. Infelizmente, estas são as condições de

trabalho de muitos brasileiros, principalmente, aqueles que não tiveram acesso a estudos, e a reestruturação do capital com vista ao lucro tem contribuído para a depreciação das condições de trabalho em geral, o que se intensifica no tocante ao trabalhador menos qualificado tecnicamente.

Contudo, apesar das dificuldades, alguns usuários retomaram os estudos e realizam supletivos, em horários noturnos, por esperança em conseguirem um trabalho que lhe ofereça melhores condições.

E eu também entrei na escola agora. Eu faço supletivo lá embaixo. Eu vou uma ou duas vezes por semana quando dá tempo, mas eu estou indo. Eu já fiz 4 matérias do ensino médio. Eu tinha parado na quinta e eu terminei o fundamental e já estou no médio. E é bom que não precisa ir todos os dias né! Nas horas vagas eu dou uma corridinha lá embaixo pra estudar. Eu estou gostando! **Entrevista Hécate (Usuária)**

Eu queria uma coisa melhor né, eu estou estudando que eu não tenho estudo, eu estou fazendo o 1º, porque hoje em dia pra você entrar numa firma tem que ter né! Mas eu quero uma coisa melhor se Deus quiser. Eu faço graças a Deus que tem, eu agradeço muito, mas a gente tem que lutar por uma coisa melhor né! Mas está difícil viu, tá difícil! **Entrevista Astréia (Usuária)**

Assim, a inserção num contexto de exclusão social, caracterizada pela exploração no trabalho, e a informalidade, aliada ao baixo nível de estudo desses sujeitos, os remetem à privação do uso da linguagem nos espaços coletivos, sendo que esse clima de desproteção social gera insegurança no uso da linguagem e inibição de sua fala.

Com vista a nos aproximarmos de como está se dando a inserção social desses sujeitos, além do trabalho, consideramos relevante nos interarmos de suas condições de vida, em especial de moradia. Dessa forma, apresentaremos algumas falas que ilustram as condições de moradia desses sujeitos e o significado designado à conquista da casa própria em alguns casos, procurando realizar “ganchos” com o uso da linguagem nos espaços de discussão.

A área de abrangência da USF Monte Olimpo engloba vários bairros, e inclusive os mais distantes da parte central da cidade e com divisa na área rural, no qual residem vários usuários entrevistados. Nesses locais, há pouco tempo atrás, quando muitas pessoas mudaram para o bairro, não havia infraestrutura, como água encanada, esgoto e energia elétrica.

Ah eu mudei aqui, estava começando, estava no começo, assim que começou, eu não lembro quando começou. Sei que quando eu mudei aqui não tinha luz, não tinha água, água encanada certinho, aqui mesmo na minha casa não tinha, e eu pegava da minha vizinha, mas luz mesmo não tinha era tudo à luz de velas. **Entrevista Héstia (Usuária)**

Quando eu mudei só tinha água não tinha luz. Só tinha eu aqui e uma casinha ali na frente e mais, ah tinha umas três ou quatro casinhas. Então eu morei aqui 10 meses sem luz! Eu tinha um lampeãozinho a gás e usava vela né?! Água tinha, mas luz! Ah, a gente esquentava água. O meu filho mais novo era pequenininho, não tinha luz, aí era difícil! **Entrevista Deméter (Usuário)**

E até hoje muitos não possuem pavimentação em sua residência, o que nos leva a pensar acerca da precariedade de suas condições de moradia, apesar de atualmente possuírem saneamento básico e energia elétrica. Com a intenção de ilustrar as carências de tais sujeitos, apresentaremos uma estória contada por um entrevistado. A estória facilita a nossa compreensão acerca de determinado assunto, assim, na “a saga da geladeira”, o usuário fala que possuía uma geladeira, mas não podia utilizá-la, pois não havia energia elétrica em sua casa.

Eu tinha uma geladeira e quem lucrou foi os meus vizinhos “a sua geladeira está parada, então empresta ela para mim”, aí eu falei que podia pegar, aí eu deixei pra casa desse homem, ele usou bastante tempo até que ele comprou uma, aí ele queria me entregar a geladeira aí eu falei “ah passa pro outro que não tem”. Passou pro outro que não tinha, aí eu acabei perdendo a geladeira, eu sei que ela estragou na casa do outro lá. [...] Aí depois eu vim pra cá e falei graças a deus agora eu posso ter a minha geladeira rsrsrs. Aí eu acho muito mais melhor que... **Entrevista Pã (Usuário)**

Como o espaço de moradia desses sujeitos é a “periferia” urbana, de acordo com Milton Santos (2002), estão condenados duas vezes à pobreza, a primeira gerada pelo modelo econômico e a outra pobreza originária pelo modo territorial,

sendo que habitam locais carentes de equipamentos sociais, postos de trabalho, dentre outros, tendo que se deslocarem para outras áreas da cidade. Além do mais, o local que as pessoas habitam está relacionado ao valor que a sociedade atribui aos indivíduos, sendo que o homem passa a valer em função do local em que vive.

Dessa forma, podemos questionar se o espaço de fala que os usuários ocupam na Reunião de Comunidade está relacionado ao seu local de moradia? Provavelmente daríamos uma resposta positiva a essa questão que também está relacionada a outros fatores já abordados.

Mesmo habitando a periferia da cidade, alguns usuários entrevistados não possuem casa própria, tendo de ser locatários de residências que, na maioria das vezes, são muito pequenas e com infraestrutura deficitária, além do mais que o aluguel se torna muito oneroso para as famílias, pois, geralmente, possuem baixa renda e elevado número de filhos.

Outros moram em edículas, muito pequenas, no fundo de outras casas, como revela o fragmento abaixo:

A gente já está muito focado aqui, entendeu, fundo! né!? Então a gente quer uma casinha maior pra nós, pra gente ter mais liberdade, pra receber as visitas, os parentes. Que já faz 8 anos que nos estamos aqui, e se vim vai ter que dormir, que eles moram em São Paulo. Então para dormir aqui fica meio complicado, entendeu. As meninas também estão mocinha, tipo assim quer um lazer né. Uma coisinha assim, chamar as amigas dela. **Entrevista Família Astréia (Usuários)**

Percebemos com a visita às moradias, por ocasião da entrevista, que as casas são muito precárias, sendo muito pequenas, sem separação dos cômodos, com péssimas condições de ventilação e iluminação e apesar de serem de alvenaria, a maioria não possui acabamento.

Sendo que outros tiveram ajuda de um projeto social para construir sua casa.

Eu tinha pegado esse terreninho aqui, aí graças a deus eu consegui construir dois cômodos aqui e vim morar para cá. Mas fiquei seis meses na casa da minha mãe, não tinha jeito, eu não tinha onde

morar. Aí eu entrei num projeto aí, de uma assistente social, que naquela época ajudava a construir, né. Aí me ajudaram a construir dois cômodos e eu vim pra cá. **Entrevista Deméter (Usuária)**

Dessa forma, podemos inferir que, além de habitarem um espaço desvalorizado socialmente, possuem condições de moradia muito ruins, o que acaba por influir em sua participação nas reuniões, em sua vocalização, já que sua imagem perante a sociedade, especialmente aquela com diferente inserção, se mostra inferiorizada e desprestigiada.

E quando questionados sobre algo bom que tenha ocorrido em suas vidas, muitos usuários referiram que a conquista da casa própria é o fato mais significante de sua vida. A conquista da casa própria para essas pessoas tem muito valor, independente de a casa ser localizada em um bairro periférico da cidade e não possuir infraestrutura.

Da minha vida, bom minha vida aqui é o que você vê, mas... tem a casa pequeninha, mas graças a deus eu tenho né!. **Entrevista Héstia (Usuária)**

E outro momento bom é que conseguimos aqui, compramos o terreno e conseguimos construir a casa do jeito que está até agora, né. **Entrevista Heracles (Usuário)**

Eu gosto mais de morar aqui, porque aqui é uma coisa que é da gente e outra que é na cidade, então é muito mais melhor! Aqui a gente tem que pagar água e luz, mais isso daí faz parte da vida né, o importante é que a gente não paga aluguel e é da gente. Porque onde eu morava mesmo eu morei 13 anos, e todo esse tempo nem energia não tinha, era só na lamparina, não tinha geladeira, não tinha ferro elétrico. **Entrevista Morfeu (Usuário)**

Eu acho que o momento melhor na minha vida foi quando eu vim morar na minha casinha aqui! Meu canto! Estar na casa da gente, porque na casa de mãe não é igual! Ainda mais com os filhos aí! Acho que o melhor momento foi quando eu entrei dentro do que era meu! Com certeza! **Entrevista Deméter (Usuária)**

Assim, procuramos neste espaço realizar uma explanação sucinta acerca da inserção social dos usuários entrevistados, com destaque para suas condições de trabalho, que está envolto pela exploração e informalidade e para condições de

moradia, sendo que residem na periferia da cidade e em habitações com péssima infraestrutura. Esse contexto excludente provavelmente se reproduz nos espaços de discussão no qual o usuário, muitas vezes, tem espaço restrito para sua vocalização.

5.2 A comunicação nos espaços de discussão: o que tem distanciado trabalhadores e usuários e ambos da participação

Figura 4. O trabalhador fala e o usuário se cala/antiparticipação*.

*Criado por Everson Valderamas Neres em 2009.

5.2.1 O usuário calado

Em nossas observações, nas Reuniões de Comunidade com Trabalhadores de Saúde da Família, percebemos que os usuários, muitas vezes, têm permanecido calados e quietos, o que também tem sido notado pelos trabalhadores.

Agora já teve reuniões assim difíceis né, de conduzir porque você fala, fala e ninguém fala nada. Fica todo mundo quieto, ninguém responde “né gente estamos aqui agora é o momento de vocês falarem” e ninguém fala nada, né, é isso aí! **Entrevista Ártemis (Trabalhadora)**

Afrodite (Trabalhadora): O que vocês acham? Fala aí gente! Vocês é que são a comunidade! Se for trazer reclamação ótimo, ou trazer elogio melhor ainda. Se você tem dúvidas pergunte! A gente vai tentar esclarecer da melhor maneira possível. Mas vocês têm que falar, que perguntar porque é a reunião pra vocês. **Observação Participante N° 1**

Nessas falas, ressalta-se que a reunião é o momento de as pessoas se exporem, no entanto, os usuários permanecem calados e apreensivos, assumindo a posição, predominantemente, de ouvintes, revelando a não aderência à proposta dos trabalhadores. De acordo com Ayres (2001), nossa capacidade limitada de fazer com que as pessoas se tornem sujeitos de sua própria saúde é sempre referida como “a pobre versão de um “fracasso”. Fracasso nosso em comunicar, ou das pessoas em compreender e aderir às nossas propostas” (AYRES, 2001, p. 68).

Assim, o silêncio dos usuários, em tais reuniões, pode nos revelar que há falhas/fracassos no processo comunicacional, e que podem não estar sendo seguidas as expectativas recíprocas de comportamento na conversa, ou seja, a expectativa de sinceridade, objetividade e respeito às normas sociais. Assim lançamos o questionamento: o que o silêncio dos usuários quer nos dizer?

Em nossas entrevistas, os próprios usuários revelam fatores que contribuem para o seu silenciamento e nas observações participantes também notamos

momentos que fomentam esse comportamento. Neste espaço, discutiremos acerca do que captamos e do que nos foi revelado e que leva o usuário a permanecer calado.

Muitos usuários revelam que não falam na reunião, pois sentem vergonha.

Eu tenho vergonha e assim sou calada mesmo, não sou de falar muito sabe. É eu mesmo que não falo. **Entrevista Héstia (Usuária)**

Mas eu prefiro só escutar! Eu não gosto de estar falando, eu morro de vergonha! É cheio de gente! Eu vou pra ouvir mesmo! **Entrevista Hécate (Usuária)**

As pessoas revelam que sentem vergonha de falar em público e adotam a postura de ouvintes. Diante dessas revelações, procuramos refletir sobre o que leva os usuários a se envergonharem, e nos remetendo ao contexto desses sujeitos, notamos que esse sentimento pode estar relacionado a sua inserção social. Todos os usuários entrevistados, e como abordado na sua apresentação, possuem baixa escolaridade, têm precárias condições de moradia, exercem trabalhos que não exigem formação técnica específica e são socialmente desvalorizados, além do mais, muitos não possuem garantias da legislação trabalhista, o que, provavelmente, os coloca em uma posição assimétrica/inferior em relação às pessoas que possuem capacitações técnicas e inserção social diferenciada, como os trabalhadores de saúde, principalmente, os com cursos universitários. Dessa forma, podemos inferir que a segurança do exposto na fala está ligada à segurança social, assim, os sujeitos que não dispõem de garantias do sistema de proteção social apresentam maior insegurança em sua vocalização.

A vergonha dos usuários em falar na reunião revela um abismo na comunicação entre os diferentes sujeitos que integram este espaço de discussão e está relacionada a outro aspecto que também provoca o silenciamento do usuário, é falta de domínio da linguagem técnica.

Se for só nós do bairro ali é tudo assim, é tudo, é tudo, como eu vou dizer, meio quieto, meio *simplão* (grifo nosso), ninguém quer falar nada, pode ver que quando pergunta, fica tudo simples ninguém quer responder nada [...] a turma do posto eles já *explicam tudo certinho* (grifo nosso) pra pessoa, mas se for só o povo mesmo. **Entrevista Pã (Usuário)**

Por meio desses atos de fala, ou atos que inibem a fala, o entrevistado revela que os usuários utilizam linguagem simples, ou seja, não dominam a linguagem técnica e “complicada”, já os trabalhadores “explicam tudo certo”, sendo os detentores do conhecimento, da verdade. Craco (2006) discute que o conhecimento científico atualmente passou a ser divulgado como verdade, dogma, desvalorizando-se o senso comum e o saber popular. E conclui que a linguagem codificada se mostra como um desencontro comunicacional na Saúde da Família, sendo que, nos serviços de saúde, as interações são mediadas por uma linguagem técnica e nas experiências cotidianas dos usuários está presente uma linguagem prática, o que faz emergir barreiras na comunicação e interação dos sujeitos.

Atualmente, de acordo com Habermas, as decisões práticas de ordem coletiva são transformadas em problemas técnicos, devendo ser resolvidos por uma minoria de *experts* que tem o *Know-how* necessário, o que leva a uma despolitização das massas. Essa, por sua vez, passa a ser consequência e requisito da dominação da racionalidade técnica. Assim a redução das decisões políticas uma minoria (tecnocrata) leva ao esvaziamento da atividade prática nas instâncias política, social e econômica (FREITAG; ROUANET, 1980).

E o usuário tem medo de falar algo “errado”, como nos revela o excerto:

Eu só falei uma vez uma coisa que eu nem sei o que que era. Só também, eu fico lá quieto escutando. É porque tem certas horas que é melhor a gente ouvir do que falar né. Às vezes a gente vai falar alguma coisa, fala errado, a pessoa pode te tirar o sarro, então eu fico quieto, é o meu medo e o medo de muitos, de falar alguma coisa e a pessoa dar uma resposta que não seja correta, a pessoa pega raiva e não participa mais. **Entrevista Pã (Usuário)**

De acordo com esse fragmento, o usuário não se manifesta verbalmente, na reunião, porque tem medo de “dar uma resposta que não seja correta” e ser exposto no grupo ou corrigido por um trabalhador. O que pode gerar um sentimento de raiva no usuário e sua ausência desse espaço. Essa fala nos evidencia como a comunicação, o relacionamento entre os sujeitos que integram esse fórum, influencia tanto na frequência do usuário como na sua vocalização, uso da linguagem na reunião. E o usuário exemplifica uma situação em que isso ocorreu:

Vamos supor, que nem a mulher ali, esses tempo atrás perguntou, perguntou um negócio lá, eu não sei o que foi que ela falou, aí uma mulher do posto respondeu pra ela assim “não isso daí a gente não tem nada a ver com isso daí a gente está cuidando de outro assunto, não é esse problema aí”. Aí a mulher, fazer igual o outro fala, enfiou a viola no saco e ficou quetinha, não falou mais nada. Quando foi na outra reunião a mulher não apareceu. Rsrtrs. Então quando foi na outra reunião ela não apareceu, inclusive eu falei pro meu colega “depois que aquela mulher falou aquilo lá do posto, aquela outra mulher não voltou mais”, ele falou “é mesmo né”. Eu acho que ela ficou com raiva, ou ela pegou para algum lado que não pegou bem pra ela, ela pegou e não voltou mais. Então esse é o medo de muitas pessoas que participa. **Entrevista Pã (Usuário)**

Aqui a noção de errado está associada ao que não é aceito pelos trabalhadores, o que não é acolhido por eles, o que vai além do entendimento de “certo e verdadeiro” difundido pela linguagem técnica. E essa atitude dos trabalhadores, de não dialogar, escutar, acolher o usuário e repreendê-lo, acaba prejudicando a interação entre trabalhadores e usuários e distancia o usuário da reunião. E assim, como diz o entrevistado, “a pessoa enfia a viola no saco e fica quieta”, não fala mais, não participa mais. Este é um fato que nos faz perceber a importância da comunicação na reunião, não apenas pelo fato ocorrido em si, mas também, por ele ser notado por outro usuário. Assim, o trabalhador não inibe apenas o usuário ao qual se dirigiu, mas também os demais.

Dessa forma, por vezes, os trabalhadores acabam ditando o que é permitido e o que não é permitido falar, limitando a comunicação, a relação entre os sujeitos, a

troca de subjetividades.

Frederico (2001) que estudou a participação em comissões locais de saúde nos evidencia a presença de uma “conversa de surdos e cegos”, na qual as interações autoritárias e violentas e posturas agressivas levam os sujeitos a ficarem isolados e restritos aos seus interesses específicos, sendo que não se abre para escutar o outro, estabelecendo um “monólogo”.

Ainda acerca das questões que têm contribuído para o silenciamento dos usuários neste fórum, percebemos que também está relacionado ao fato que eles não levam ou expõem os problemas da comunidade na reunião, o que é expresso por um trabalhador:

Mas mesmo assim, eles vão e não falam nada, você viu que a gente está pedindo pra eles trazerem problemas da comunidade já faz mais de três reuniões mais eles não trazem. **Entrevista Hemera (Trabalhadora)**

Os usuários, por sua vez, revelam que não têm problema para expor na reunião:

Astréia: Mas eu fico ali mais pra escutar que às vezes eles falam que tem que levar um problema, mas eu não tenho. Eu não tenho nenhum problema para apresentar, nem o que falar. [...] Eu escuto também, só que é como eu falei, às vezes eu não tenho o que apresentar e aí eles ficam “ah tem que falar alguma coisa”, mas eu não tenho o que falar, graças a deus a rua aqui eu não vejo problema aqui. Aí eu fico quieta! **Entrevista Família Astréia (Usuários)**

Esses atos de fala sugerem que os problemas discutidos têm sido de ordem coletiva, no entanto, a usuária refere ao problema apenas da sua rua, o que nos instiga a pensar a quem essas pessoas estão representando na reunião. Considerando que não há processo de eleição de representantes e que, muitas vezes, a frequência dos usuários está relacionada ao recebimento do Bolsa Família, essa situação se torna mais complexa, revelando que a participação é individual e não representativa.

Contudo, por meio das observações e entrevistas, percebemos que a questão não tem sido a ausência de problema, como fala a usuária no trecho acima, mas o que tem sido compreendido, considerado como problema, especialmente, problema coletivo.

Atenas: Mas quando a gente fala comunidade é uma coisa em geral, eu acho que a dona Deméter (Usuária) está cansada de escutar isso, mas eu acho que tem gente que não sabe pra que que essa reunião serve, não é só pro posto de saúde, é pra comunidade [...] Mas também você tem que ver no geral. Que nem da outra vez foi falado do asfalto... **Observação Participante N° 5**

Atenas: Mas é isso que eu quero que vocês falam se é o asfalto que está incomodando, que não tem, então vamos lá, olha se é o lixo, se é isso, se é aquilo. O que está mais incomodando a comunidade, eu não quero induzir vocês. Eu quero que vocês falem o que realmente vocês querem, que melhorem com a força da comunidade aqui entendeu? **Observação Participante N° 5**

Atenas: Mas a gente quer ver uma coisa maior pra comunidade toda, entendeu? **Observação Participante N° 2**

Dessa forma, como ilustram as falas do trabalhador, a exposição acerca do que vem a ser problema coletivo se mostra restrita, ou seja, são considerados como problemas da comunidade, a falta de pavimentação, irregularidade na coleta de lixo, dentre outros. No entanto, como apresentado, no item referente à caracterização dos sujeitos, podemos perceber que os usuários possuem muitos problemas em comum, como a exploração de sua força de trabalho, carências econômicas, baixa escolaridade, dentre outros. Assim, seria muito propício que realizassem a discussão desses temas na reunião.

Isso nos leva a pensar que o trabalhador está preocupado em pensar nos problemas estruturais da comunidade, o que parece fazer sentido para ele, podendo não responder às necessidades prioritárias do usuário.

Alem do mais, esses problemas, como pavimentação, falta de abastecimento de água, dentre outros, se configuram como direitos já garantidos nas demais

regiões da cidade, principalmente, na central, o que os coloca num cenário de exclusão social.

Notamos, também, que em alguns momentos, os trabalhadores restringem o tipo de problema a ser discutido na reunião, verbalizando que nesse espaço devem ser discutidos os problemas da comunidade e não da unidade de saúde.

Atenas (Trabalhadora): O maior problema que vocês consideram na comunidade [...]. Isso daqui não é uma coisa do posto de saúde, tá! Isso aqui é uma coisa da comunidade. **Observação Participante N° 2**

Afrodite (Trabalhadora): Então é isso mesmo de estar resolvendo os problemas básicos da comunidade, os problemas do posto não tem como a gente mudar. **Observação Participante N° 1**

Entendemos que os problemas que acometem a unidade de saúde também são questões da comunidade e poderiam ser abordados nesse espaço. No entanto, os trabalhadores restringem o tipo de problema a ser trazido para a reunião, revelando até que “os problemas do posto não podem mudar”, afinal, os trabalhadores não querem que os usuários falem algo negativo acerca do seu trabalho. Esse aspecto se corrobora com a revisão da literatura, em que, nos estudos de Arantes et al. (2007) e Crevelim e Peduzzi (2005), os trabalhadores de saúde veem a participação dos usuários nos fóruns da saúde, como forma de fiscalização, por meio de críticas e reclamações, o que gera sua indignação, pois eles esperam receber elogios e não críticas.

Dessa forma, a limitação da abordagem dos problemas relativos à unidade de saúde impede que eles sejam discutidos e conseqüentemente se atuam sobre os mesmos. E, geralmente, a rotina, a organização e funcionamento da unidade estudada são definidos pelos trabalhadores e gestores, e, conseqüentemente, se desconsideram as opiniões do usuário. Isso nos remete a pensar acerca da falta de comunicação dos trabalhadores com os usuários na construção das atividades

cotidianas da unidade, caracterizando uma prática antiparticipativa da elaboração do cuidado.

A exclusão do usuário no planejamento das atividades da USF é relatada por Crevelim e Peduzzi (2005) que referem que o trabalhador não inclui o usuário no planejamento das atividades cotidianas da equipe, pensando, planejando e decidindo pelo usuário ao invés de pensar, planejar e decidir com ele, o que foi levantado na pesquisa bibliográfica. No entanto, a organização do serviço de saúde, pensada na lógica do trabalhador, nos faz pensar para quem estão sendo realizadas as práticas de saúde.

Retomando a discussão acerca do silenciamento dos usuários na reunião, no tocante a sua atitude de não vocalização dos problemas coletivos, a fala do usuário revela que não desejam resolver os problemas só, por esse motivo não os leva à reunião.

Só que eu não participo, que eu não participo mesmo, eu sou só ouvinte. Por que aí ela (trabalhadora) fala que tem que ir lá em tal lugar, só que a gente que tem que ir, só que eu acho que o presidente do bairro precisa também participar, o presidente do bairro. [...] No caso também o que eu queria falar era do buracão (erosão), é esse buracão que me irrita, é o buracão no caso! Aí eu acho que eles (trabalhadores) vão falar que tem que ir lá na prefeitura, outro dia a moça ia me dando o telefone. Aí eu falei ah deixa quieto eu não vou ligar. **Entrevista Héstia (Usuária)**

Nesse fragmento, o usuário individualiza a resolução do problema e revela que não o expõe, pois os trabalhadores, provavelmente, dirão a ele que procure o órgão responsável para cobrar uma solução. Mas considera que o presidente do bairro deveria unir-se aos usuários para resolver os problemas que afetam os moradores. Dessa forma, percebemos que não está sendo estabelecida uma relação comunicacional, pautada na solidariedade, compromisso e cidadania entre os trabalhadores, usuários e representantes da comunidade e, assim, não são enfrentados os problemas locais.

Os trabalhadores de saúde, muitas vezes, também individualizam a resolução dos problemas e não desejam responsabilizar-se pela resolução dos mesmos, como revelam os ditos abaixo:

Eu vejo assim, a gente está vendo os problemas que acontecem no nosso bairro, na nossa área de abrangência e tentar estar resolvendo né! De uma forma que favoreça a própria comunidade, mas não ficar nas nossas costas pra gente estar indo atrás, delegar funções pra eles também, né. Eu vejo assim! **Entrevista Hera (Trabalhadora)**

Eles têm que trazer o problema e trazer a solução também. E a gente como trabalhadores do posto estar indo lá para fortalecer o grupo. Não pra resolver os problemas enquanto eles ficam lá de braços cruzados. **Entrevista Hermes (Trabalhadores)**

Hermes (trabalhador): Então mas foi até discutido assim, que levantar os problemas aqui, aqui mesmo ter uma solução, pra todos resolverem juntos, não simplesmente levantar o problema e a unidade resolve. Porque a população levanta os problemas e cria a solução, pra resolver com vocês, não sozinho. [...] Na verdade a unidade não tem tanta força assim, a força maior é a própria população. **Observação Participante Nº 4**

Tanto os usuários como os trabalhadores individualizam a resolução dos problemas e em um movimento contraditório, não querem se corresponsabilizar por sua resolução, afinal partem da premissa de que as pessoas são individualistas e não colaborarão na busca de alternativas e soluções. Assim, muitas vezes, a unidade de saúde se coloca fora das questões dos moradores da área de abrangência, e estes, geralmente, não contam com equipamentos sociais nos quais podem encaminhar os problemas e quando possuem, como, as associações de bairros, não têm suas demandas acolhidas pelos “representantes”. Dessa forma, o usuário restringe e é levado a restringir o problema para si.

O trecho abaixo mostra uma conversa durante a reunião no qual o trabalhador solicita aos usuários que resolvam um problema.

Atenas (trabalhadora): O que que a gente poderia conversar com a Emdurb (Empresa de Desenvolvimento Urbano)? (pausa) O que que a gente poderia fazer para melhorar isso? Tem algum representante que poderia marcar lá na Endurb para conversar sobre isso?

O grupo permanece calado.

Atenas (trabalhadora): Por que gente, se a gente começar a fazer as coisas só nós, isso daí não é do posto de saúde, é da comunidade. Quem tem que fazer é a comunidade, se o presidente não está aqui, nós precisamos fazer alguma coisa como cidadãos, vocês têm diretos.

Circe (usuária): Quando lá em casa deu enchente eu fui lá na prefeitura e resolveu.

Atenas (trabalhadora): Se uma pessoa foi lá sozinha e consegue, imagina com um monte de gente.

Circe (usuária): Então eles vieram lá e resolveram o problema.

Atenas (trabalhadora): Então quem poderia ir lá como representante, a gente faz um documento, vocês assinam... alguém mais poderia, você poderia levar (pergunta para Circe)?

Circe (usuária): Eu até poderia.

Atenas (trabalhadora): Por que não adianta assim ficar reclamando, reclamando e não fazer nada.

Circe (usuária): Quem levar o papel vai fazer como?

Atenas (trabalhadora): Eu acho que alguém poderia ser o representante da comunidade, já que o presidente do bairro não está aqui, poderia ser nós! Entendeu!? Quem poderia ajudar assim? Porque, assim todos nós vamos assinar o documento concordando, mas eu acho que deveria ir uma pessoa lá com ela dando uma força.

Circe (usuária): Então mas quando eu tenho que ir lá, eu nem sei o que vou falar!

Atenas (trabalhadora): Então gente não é ir lá e começar a gritar, não é isso! A gente vai lá e fala “oh essa comunidade está tendo um problema e o que que vocês poderiam fazer para gente, pra estar melhorando isso, a gente queria saber as propostas”. Pronto! Aí entrega o documento, é isso!.

Circe (usuária): Então a gente chega lá e fala “oh a gente está com problema lá do lixo”

Atenas (trabalhadora): Da comunidade do Monte Olimpo.

Circe (usuária): A gente poderia aproveitar que é ano eleitoral e trazer o prefeito aqui, ele vive por aí falando as coisas. Eu acho assim que tem que ser todos! Entendeu, se eu preciso eu vou atrás!

Atenas (trabalhadora): A senhora poderia ficar responsável por isso? A gente ajuda vocês a fazer o documento, você pode estar representando a comunidade?

Circe (usuária): Então eu não tenho tempo de ir que meu pai está acamado e eu cuido dele. Por mim eu fazia de coração, mas não adianta eu pegar uma coisa pra fazer e chegar aqui e não fez.

Atenas (trabalhadora): Então assim (fica meio desanimada)

Circe (usuária): Então não dá. Porque eu e minha irmã estamos revezando de cuidar de meu pai que é acamado né, minha irmã fica na parte da manhã e eu fico à tarde. (pausa)

Atenas (trabalhadora) (fala indignada): Ninguém vai no centro aqui? As pessoas permanecem caladas. **Observação Participante Nº 5**

Nessa conversa, a usuária, em primeiro lugar, se mostra interessada em realizar uma ação de enfrentamento do problema e exemplifica uma situação em que teve êxito, assim, questiona como procederia se levasse o abaixo-assinado, mas, após uma fala da trabalhadora, há um momento de ruptura da iniciativa do

sujeito, e a usuária revela que tem outros compromissos e que não pode ficar responsável por essa tarefa. Isso ocorre, quando nos atos de fala a trabalhadora destitui o sujeito de sua potencialidade de agir comunicacionalmente sobre o problema.

Essa ação comunicacional se distancia da Ação Comunicativa, em que os sujeitos são considerados linguisticamente competentes (Habermas, 1987), ou seja, capazes de ação e linguagem (comunicação). Assim, quando os sujeitos são considerados como destituídos dessa capacidade, se interrompe a ação, como ocorreu na situação abordada.

Outro aspecto que contribui para que o usuário permaneça calado durante a reunião é revelado por uma fala intrigante:

Astréia (Usuária): Às vezes, sabe o que eu acho, mais é por, como que fala, por antipatia, que não simpatiza com a pessoa e trata (trabalhadores) um de outro jeito, que eu observo, eu sou quieta, mas eu observo muito, por isso que eu vou na reunião, para observar! Trata uma pessoa de um jeito mais assim e de outros tratam assim. **Entrevista Família Astréia (Usuários)**

Assim, a usuária vai à reunião para observar como os trabalhadores se relacionam com as pessoas, devido às diferenças estabelecidas na comunicação com uns usuários e outros. Dessa forma, a usuária vai a este fórum, prioritariamente, para observar os trabalhadores e não para discutir seus problemas, o que revela que os problemas de relacionamento, entre trabalhadores e usuários, interferem negativamente em sua participação.

E uma trabalhadora ‘confessa’ que, realmente, há diferença na comunicação com alguns usuários, principalmente, aqueles que têm mais proximidade na relação com os trabalhadores:

Tem alguns pacientes que, entendeu que a gente acaba se apegando né, se afeiçoando, né! Não pode né, mas eu não sei a gente acaba se afeiçoando por aquela pessoa sabe, eu tenho várias pacientes que eu me afeiçoei, principalmente os pacientes de mais idade, assim os mais carentes que gostam assim de conversar, que

querem um pouquinho de atenção né, tenho, eu tenho assim uma lista de pacientes que eu me afeiçoei bastante, eu falo a gente faz errado, mas a gente é humano, se eles vêm pedir algum favor ou uma coisa, um favor assim “ai Artemis, eu tô com uma bolinha aqui, não sei o que”, “não vem aqui que eu vejo pra você, não eu vejo agora”, que não é certo entendeu, porque se fosse um outro paciente se queixando eu ia falar assim, tem horário de urgência e emergência tal hora. Então eu falo que tem vezes que a gente faz errado, mas, ah mais por outro lado eu olho para ele e eu falo “ah mais ele é tão bonzinho né, ele merece né!”. Ele merece né, que eu falo que esse lado humano fala mais alto, porque uma pessoa que te tratou bem que gosta de você, que sempre foi educada né, então, se ele te trata com educação, você também quer tratar ele com educação. É diferente daquele paciente que vem e dá bafão, que exige né. Eu vou fazer o que eu gosto mais desse! Né então tem vários pacientes que eu me afeiçoei [...] **Entrevista Artemis (Trabalhadora)**

Nesse fragmento, o trabalhador deixa explícito que sente afeição por alguns usuários, que ‘gosta mais’ de uns que dos outros e por isso lhes oferece uma atenção diferenciada. Considera que “faz errado”, mas justifica que é humana, no entanto, isso é uma questão problemática e delicada, pois teria de estabelecer as mesmas regras e critérios para o cuidado dos diferentes usuários, e não facilitar o acesso apenas de alguns. Isso gera dissonâncias na relação com os usuários que não são privilegiados e compromete o seu cuidado e até sua participação.

Neste nosso espaço de discussão, procuramos abordar, sumariamente, algumas questões que contribuem para o silenciamento do usuário, como o sentimento de vergonha que está ligado à inserção social do sujeito; o medo de falar algo errado, que se relaciona ao que é permitido falar na reunião, e a falta de domínio da linguagem técnica; a não exposição dos problemas comunitários, causada pela compreensão restrita de problema coletivo, individualização dos mesmos e consequentes falta de responsabilização no seu enfrentamento e o modo desigual como os trabalhadores se relacionam com os usuários nos evidenciam a relevância da comunicação, da conversa, das relações que se estabelecem entre esses sujeitos.

Assim, a “unilateralidade”, na comunicação, aponta para os nós e ruídos da prática na Saúde da Família, caracterizados pelo discurso unilateral e um cuidado prescritivo dos trabalhadores que controla e sufoca a autonomia dos usuários. Essa relação resulta no não sucesso ou fracasso das ações de saúde. Esse fracasso comunicacional mantém os trabalhadores imobilizados, ou quase, e na melhor das hipóteses repete as velhas estratégias “mobilizadoras”, sendo que muitas vezes desistem. O que deixam de fazer

[...] é lidar positivamente com a alteridade revelada no desencontro; deixamos de colocar em questão porque o grande e imperceptível diálogo que já vínhamos mantendo torna tão inoperante esse pequeno diálogo particular que quisemos operar, porque esse pequeno diálogo é tão ineficaz. O que aconteceria se mudássemos de perspectiva? Assumamos que o que importa para nossas aspirações médico-sanitárias é a intersubjetividade com que experimentamos esse campo de práticas. Esse giro irá exigir de nós, sem dúvida, um esforço nada pequeno de reconstrução. (AYRES, 2001, p. 68)

Assim, Ayres (2001) convida os trabalhadores de saúde a realizarem um “giro” para reconstruir suas práticas dialógicas, ultrapassando os desencontros de horizontes e avançando na relação com a alteridade do outro, com vista à reconstrução de um acordo intersubjetivo.

Esse autor nos aponta que, por meio dos planos de validação dos processos comunicacionais, sendo eles o da correção normativa, o da verdade proposicional e o da autenticidade expressiva, proposto por Habermas, há possibilidade de os sujeitos construírem um diálogo positivo.

Segundo Habermas, o sucesso de um discurso em realizar efetivo diálogo apóia-se em três níveis de validação intersubjetiva: a) na aceitação, por parte do interlocutor, de que o projeto de mundo e de vida que orienta esse discurso (ou o que temos chamamos de encontro desejante das circunstâncias) é correto desde um ponto de vista ético, moral, político; b) na proposição de enunciados aceitáveis intersubjetivamente como expressão da realidade, isto é, de que se trata de fatos que são tidos como verdadeiros por ambas as partes; e c) na sua capacidade de expressar autenticamente a perspectiva subjetiva daquele que profere o discurso. (AYRES, 2001, p. 69).

Dessa forma, abre caminho para reflexão e ação intersubjetiva dos trabalhadores de saúde, lançando um desafio para reconstrução da comunicação, especialmente, nos espaços de participação.

Essa explanação nos faz pensar também que o silenciamento do usuário está relacionado às suas condições sociais, afinal, como apresentado na caracterização dos sujeitos, desfrutam de precárias condições de vida e trabalho, tendo muitas vezes, seus direitos, em especial os sociais, distantes de sua realidade. Isso os remete a um cenário de exclusão de direitos, e essa exclusão se reflete em todos os aspectos de sua vida, especialmente, na privação do uso da linguagem. Assim, esses sujeitos não têm espaços para vocalização, sua voz não é ouvida, suas necessidades não são atendidas e permanecem à margem da sociedade. No entanto, a abertura no processo comunicativo pode significar uma “brecha” para sua inserção linguística, o que possivelmente contribuiria para ampliar sua luta por melhores condições de vida.

Num contexto mais geral, que nas relações no âmbito do Estado Ampliado, os trabalhadores se aproximam/identificam do papel do Estado coerção, o que corrobora com a afirmação de Gramsci, de que pela sociedade política, os grupos sociais exercem sempre uma ditadura, uma “dominação mediante a coerção” (COUTINHO, 2007). Dessa forma, os trabalhadores parecem representar o Estado (em seu sentido restrito), têm reprimido o usuário e não permitido sua fala, sendo hegemônico e dominante o seu discurso, como abordaremos em seguida.

5.2.2 O trabalhador fala e o usuário se cala

Neste momento, pretendemos discutir acerca do uso da linguagem na Reunião de Comunidade com Trabalhadores de Saúde da Família que, predominantemente, tem permanecido a cargo dos trabalhadores. Essa discussão se relaciona com o tópico anterior, em que falamos sobre o silenciamento dos usuários, afinal, quando a ação é unilateral, apenas alguns sujeitos, ou grupo, detêm o poder de fala, conseqüentemente, os outros se calam.

Acreditamos que os espaços linguísticos ocupados pelos sujeitos, num grupo de discussão, refletem sua inserção na ordem social, ou seja, suas condições de vida e trabalho, evidenciando assim que as diferenças presentes em nossa sociedade se reproduzem no grupo.

Vivemos em mundo estratificado, em todos os aspectos, sociais, econômicos, culturais, políticos e também linguísticos, ou seja, o acesso à linguagem, o poder de fala está restrito àqueles mais favorecidos socialmente. E essa reprodução ocorre, também, no colegiado estudado, em que os trabalhadores de saúde são os detentores da linguagem e do saber. E como entre os próprios trabalhadores há uma divisão social e técnica do trabalho, há também uma divisão técnica e social da linguagem, o que pode ser percebido em uma fala de trabalhadora com curso universitário (“nível superior”).

Eu percebia que quando eu estava na reunião, geralmente os funcionários que são da unidade, eles não falavam, né! Eu não sei se eu causava, se eu não deixava eles falarem, ou não deixavam a comunidade falar, ou eles se sentiam meio reprimidos porque eu estava lá. **Entrevista Atenas (Trabalhadora)**

Nesse trecho, a própria trabalhadora reconhece que inibe/reprime os atos de fala dos demais trabalhadores e também dos usuários, o que é causado por uma

assimetria na comunicação entre esses sujeitos. Se há uma estratificação da linguagem entre os trabalhadores, ela se intensifica em relação aos usuários, principalmente, na relação entre usuários e trabalhadores com curso universitário.

[...] ah é outra também, às vezes, foi o que aconteceu na nossa reunião quando não veio ninguém do nível superior, parece que a comunidade ficou mais à vontade, que não veio o nível superior e eles parecem que falaram mais, não sei se às vezes eles ficam com receio “ah se eu falar tal coisa ela não vai me atender mais”, né, não sei. **Entrevista Artemis (Trabalhadora)**

A trabalhadora refere que a fala do usuário, também, pode ser inibida pelo medo do usuário em não ser atendido o que nos leva a pensar acerca da representação do fazer e poder técnico, ligado ao poder de punição e controle. Assim, como nos revela Foucault, em sua obra *Vigiar e Punir* (2004), a punição e a vigilância são destinadas a ‘adestrar’ as pessoas para que essas obedeçam à vontade de quem detém o poder. Com a vigilância se pretende regular a vida das pessoas, e a punição é o meio de ‘correção’ daqueles que infringem as regras ditadas pelos detentores do poder, sendo também o meio de impedir que cometam condutas puníveis, afinal, pela punição as pessoas terão receio de cometer algo contrário às normas.

Dessa forma, na comunicação entre trabalhadores e usuários, está presente o controle dos atos de fala dos usuários que temem ser punidos pelos trabalhadores, especialmente, nas ações de cuidado. O que se distancia da Ação Comunicativa, em que se preza um acordo baseado em normas aceitas pelos sujeitos em interação, com vista ao entendimento e à ausência de coerção, pelo uso do poder.

Retomando a discussão acerca da detenção da ação de comunicação na reunião pelos trabalhadores, por meio das observações participantes, percebemos que o usuário tem espaço restrito para falar, e algumas vezes, quando o trabalhador realiza algum questionamento, ele mesmo responde.

Afrodite (trabalhadora): O que é a reunião de comunidade? Eu não sei se eu sou a pessoa mais indicada para falar, mas como é a minha vez de apresentar... Vocês sabem melhor do que eu o que é a reunião aqui! É uma reunião onde deveriam ser discutidos os problemas da comunidade. Vamos passar para a próxima questão.

Observação Participante Nº 1

Afrodite (trabalhadora): Bom, a comunidade entende quais os objetivos esperados da reunião de comunidade? Qual o objetivo esperado dessa reunião? Da parte de vocês, alguém tem alguma coisa a dizer? Você tem que falar pra nós!

As pessoas permaneciam quietas e atentas ao que ela falava.

Afrodite (trabalhadora): Porque a gente vai enriquecer a nossa discussão, aprender com vocês pra poder trazer solução. Os objetivos seriam quais então? A resolução dos problemas da comunidade. **Observação Participante Nº 1**

Hera (Trabalhadora): Tudo bem gente, ninguém tem dúvida do que é a reunião de comunidade, nem para que que serve. Então vamos lembrar o que que é reunião de comunidade? O que é reunião de comunidade? (pausa). Eu posso falar então... **Observação Participante Nº 3**

Nos trechos acima, os próprios trabalhadores perguntam e respondem às questões que fazem aos presentes na reunião, assim, limitam a participação dos usuários. E em seu discurso enfatiza que o objetivo da reunião é resolver os problemas da comunidade, no entanto, para que esse objetivo seja cumprido é necessário que o usuário tenha espaço para vocalizar seus problemas.

Ainda, nas observações participantes, podemos notar que, por vezes, quando os usuários participam de uma conversa, os trabalhadores bloqueiam/interrompem sua fala e procuram colocar obstáculos, empecilhos, condições quando o usuário se dispõe a falar.

Pesquisadora: Alguém já teve alguma experiência com o SAMU, assim?

Pomona (Usuária): Quando eu precisei, né... Eu chamei eles uma vez, a nenê começou a vomitar e fazer cocô sem parar, no instantinho chegou, e logo a gente estava no hospital lá..

Afrodite (Trabalhadora): Tem dia também que ele é muito chamado...

Pomona (Usuária): Eu chamei uma vez só e logo ele veio e rapidinho ele me levou pro hospital da criança.

Hera (Trabalhadora): A gente também não sabe naquele momento onde eles estão, tá bom?! Então agora o fisioterapeuta novo da unidade vai se apresentar para nos... **Observação Participante Nº 3**

Selene (trabalhadora): É, nos estávamos querendo, tipo assim organizando a reunião, porque a gente quer que a comunidade traga os problemas para que a gente a reunião, pra que um fala uma coisa, pra procurar o que tem que fazer, pra gente discutir né, agora ninguém nunca fala.

Héracles (usuário): Tem um problema (Fala meio baixo).

Selene (trabalhadora): Não só o meu problema...

Héracles (usuário): Pode falar qualquer coisa então?

Selene (trabalhadora): Que nem assim nós estávamos..., se a comunidade quer falar sobre aquele problema e se propõe a resolver.

Pesquisadora: O senhor Héracles quer falar.

Héracles (usuário): Mesmo que seja qualquer coisa, no caso, eu, por exemplo [...]. **Observação Participante Nº 4**

Desse modo, apesar de os trabalhadores sempre discursarem que os usuários devem falar, dar sua opinião, participar, observamos que, muitas vezes, isso permanece apenas no discurso, impedindo que os usuários exponham a sua opinião, sua expectativa acerca de determinado assunto e sua experiência. Dessa forma, há uma contradição, há pontos divergentes entre a fala/discurso e a ação prática dos trabalhadores, evidenciando o desencontro de horizontes, o que prejudica sua interação com os usuários.

E alguns questionamentos intimidam, pois o tom das perguntas não permite que os usuários exponham seus sentimentos em relação a determinado assunto, afinal, os trabalhadores direcionam os assuntos, demonstrando nos próprios questionamentos as respostas que não querem ouvir, como exposto abaixo:

Anfititre (Trabalhadora): Quem acha que isso é obrigação, perda de tempo?

Afrodite (Trabalhadora): A gente não vai criticar vocês! A gente quer saber o que a comunidade entende. O que ela acha de estar vindo uma vez por mês? Alguns reclamam do cansaço, acha que é perda de tempo,... “ai eu vou perder minha novela hoje”...

Anfititre (Trabalhadora): Que é uma obrigação...

Afrodite (Trabalhadora): Tem gente que fala: “de tanto o ACS convidar, falar na minha porta eu vou na reunião hoje”. **Observação Participante Nº 1**

E nesse contexto de supressão da fala dos usuários também notamos, em vários momentos de nossas observações e entrevistas, que os trabalhadores decidem o que vai ser falado em tais espaços, como mostram as transcrições

abaixo:

Hera (Trabalhadora): Eu tenho um tópico aqui pra falar o que é reunião de comunidade, e a gente tá seguindo ele. **Observação Participante Nº 3**

[...] mesmo assim eu ainda fui, porque eu tinha compromisso aquele mês de apresentar o assunto reunião de comunidade, eu falei “bem, eu não vou deixar de fazer agora porque eu vou ter que fazer no outro”. **Entrevista Afrodite (Trabalhadora)**

Nessas falas, os trabalhadores revelam que já tem um assunto previamente escolhido para ser apresentado na reunião, que no caso é um questionamento sobre o que vem a ser a Reunião de Comunidade, que é uma questão importante de ser discutida, no entanto, não partiu da necessidade, do questionamento dos usuários. Contudo, temos conhecimento que a escolha desse assunto a ser discutido é resultado de um planejamento estratégico, realizado pelos trabalhadores da unidade para enfrentarem o problema da baixa adesão da comunidade às reuniões. Consideramos muito importante que os trabalhadores identifiquem a baixa adesão da comunidade em tal fórum como um problema e busquem resolvê-lo de uma forma participativa entre eles, no entanto, os usuários também estão envolvidos nesse processo e não foram inclusos no planejamento, o que pode comprometer a sua resolubilidade, pois, nesse caso, considera apenas a visão dos trabalhadores e não dos usuários. Assim, mesmo que a escolha dos assuntos provenha de um planejamento da equipe, ela vai ser impositiva, pois, *a priori*, não se contemplaram as necessidades vocalizadas pelos usuários, apenas aquelas percebidas pelos trabalhadores.

Por enquanto podemos perceber que a reunião tem sido organizada e conduzida na ótica dos trabalhadores, na qual, por vezes, tem sido, desconsiderada, direcionada e não permitida a expressão dos usuários. Essa relação não se orienta pela ação comunicativa, afinal, nela não se busca a construção de um acordo

intersubjetivo entre os sujeitos, mas há a imposição e dominação de um grupo social sobre outro.

Assim não é elaborada, pelos sujeitos que compõem o grupo, uma agenda de discussões com vistas a abordar as necessidades de todos, pelo contrário, os trabalhadores detêm a hegemonia na decisão das pautas que contemplam, prioritariamente, os seus interesses.

E essas relações comunicacionais, marcadas pela dominação linguística exercida pelos trabalhadores, também nos chamam a atenção para o fato de que quando os usuários conseguem trazer um problema a ser discutido nesse fórum, muitas vezes, têm sua fala desqualificada, sua queixa não atendida, como revela a conversa abaixo.

Jasão (usuário): [...] esses dias atrás precisei de um remédio manipulado, eu deixo a receita no posto para manipular, aí dias depois eu fui buscar e tinha sido entregue para outra pessoa.

Hermes (trabalhador): Mas será que ele não estava pra vencer e foi devolvido, porque quando tá pra vencer devolve.

Jasão (usuário): Não, foi dia 4 de junho que eu peguei a receita, depois dia 15 eu fui lá pegar.

Hermes (trabalhador): Então, então assim como tem muitas pessoas, pode ter nomes iguais, pode ter havido um erro sim.

Jasão (usuário): É mas... (Parece meio descontente)

Hermes (trabalhador): Pode ter sido um erro sim.

Anfititre (trabalhadora): Ou alguém da família pegou.

Jasão (usuário): Minha família só é eu, minha mulher e meu filho e eles não pegaram.

Morfeu: São em três só!

Hermes (trabalhador): E o medicamento era de quem?

Jasão (usuário): Era meu.

Hermes (trabalhador): Então pode ter sido um erro da unidade, pode ter sido.

Jasão (usuário): Então se eu estou falando que ninguém da minha família não pegou é porque não pegou, eu não estou querendo fazer vocês de bobo.

Morfeu faz sinal que concorda.

Hermes (trabalhador): Mas está vendo é importante o senhor falar isso, se caso assim, tem duas pessoas com nomes iguais e a gente passa errado.

Anfititre (trabalhadora): E assim como a gente poderia solucionar isso, por exemplo, se for o problema de dois nomes iguais, como poderia consertar? Seria o caso de pedir o documento para retirar.

Hebe (usuária): É.

Selene (trabalhadora): É que a gente tem que dar baixa no computador, o computador tem o sistema dele que faz o controle, então não tem onde você pôr o nome.

Anfititre (trabalhadora): Por exemplo, no caso de uma pessoa que passa 2 meses e a pessoa vai lá e fala que veio buscar o medicamento de tal pessoa.

Jasão (usuário): Só que não é o meu caso, se ela fizer isso, vai estar fazendo vocês de bobo.

Anfititre (trabalhadora): Porque o certo seria a receita, mas a receita fica na farmácia.

Héstia (trabalhadora): Também poderia ser o caso de perguntar a data de nascimento, porque quem vai buscar o medicamento para a outra pessoa, sabe a data de nascimento dela, né. Então assim, a pessoa que vai pegar o remédio de uma pessoa que ela não conhece, não vai saber a data de nascimento.

Hebe (usuária): É uma boa ideia!

Circe (trabalhadora): É que às vezes, por exemplo, eu vou buscar remédio para o meu pai eu não sei a data de nascimento dele...

A maioria dos presentes contesta a resposta dela, fazendo brincadeiras.

Morfeu (usuário): Tem que perguntar pelo menos o sobrenome, por que nome igual tem bastante, agora o sobrenome é mais diferente.

Anfititre (trabalhadora): O que tem de nome igual, João da Silva...

Hermes (trabalhador): Maria Aparecida da Silva, José da Silva, talvez seja isso que aconteceu. Mas é importante o senhor trazer isso, pra gente trabalhar em cima disso.

Circe (trabalhadora): É tem que trabalhar em cima disso né! Resumindo, o senhor ficou sem remédio?

Jasão balança a cabeça com indignação e diz: Se eu tivesse tomado o remédio já teria feito efeito.

Morfeu (usuário): É, rsrsrs. Pegaram e ele não tomou, enquanto isso tem outro tomando, rsrsrs.

Selene (Trabalhadora): Na outra reunião a gente estava discutindo sobre os problemas da comunidade [...].

Observação Participante Nº 4

Com essa exposição podemos notar que houve uma desqualificação da queixa do usuário, não sendo estipulada nenhuma medida para atuar sobre o problema levantado, sendo que a conversa foi interrompida por um trabalhador que começou a falar sobre outro assunto. Isso revela o descaso com o problema trazido pelo usuário e a falta de resolubilidade da reunião.

Mesmo que os usuários e trabalhadores derem sugestões para o enfrentamento do problema da entrega de medicamento, algumas ideias só foram expostas, no entanto, não se realizou um acordo consensual, comunicativo para a adoção de alguma estratégia. O uso da linguagem nesse trecho nos faz perceber

que os trabalhadores têm uma certa dificuldade em reconhecer o erro no seu processo de trabalho e adotam uma postura defensiva, procurando culpabilizar o usuário.

E como a fala do usuário não é ouvida e não são solucionados ou ao menos enfrentados os problemas de âmbito mais locais, como da organização do trabalho na USF, provavelmente, esse espaço pode ser visto pelo usuário como pouco resolutivo. Assim, se torna pouco atrativo e sem sentido frequentar esse espaço.

Dessa forma, o “monólogo” dos trabalhadores na reunião e seu ensurdecimento quanto às falas dos usuários seguem caminho contrário à ação comunicativa e à proposta de trabalho na Saúde da Família. Afinal, de acordo com a teoria da ação comunicativa, os atos de fala dos sujeitos devem ser respeitados e levados em consideração, pois se pretende construir um acordo intersubjetivo, e a Saúde da Família caminha na mesma direção, primando pelo acolhimento, escuta, estabelecimento de vínculos e gestão participativa.

Nessa discussão, procuramos evidenciar elementos referentes à linguagem como pertencentes aos trabalhadores de saúde na reunião, presentes nas entrevistas como a revelação dos trabalhadores com curso universitário que causam inibição da fala dos demais trabalhadores e usuários; e nas observações participantes, em que se apresentam situações na qual os trabalhadores realizam questionamento aos usuários e eles mesmos respondem, bloqueiam e interrompem a conversa do mesmo (usuário), definem o que deve ser falado, colocam empecilhos para sua vocalização e desqualificam sua fala.

Contudo, como esse espaço é constituído por diversos sujeitos sociais, com visões de mundo e formações diferentes, alguns trabalhadores realizam com maior vigor a dominação linguística sobre os usuários, sendo que outros procuram

repensar sua prática comunicativa, e propiciar a inclusão de todos nas discussões, no entanto, o uso da linguagem é predominantemente excludente.

Eu vejo assim, como é que eu posso dizer, eu acho que eu participo (da reunião de comunidade) com muito, como eu posso dizer, às vezes eu monopolizo. Eu acho que isso eu estou melhorando, ao invés de *monopolizar* eu estou tentando *direcionar* (grifo nosso), é essa visão que estou tendo agora. Por que antes eu falava “olha é isso, isso e isso e então gente o que que vocês acham?” “ah então ninguém falou nada, há então tal, tal tal” e ficava falando nanam.

Entrevista Atenas (Trabalhadora)

No caso apresentado, é importante salientar que a trabalhadora reconhece que não tem permitido a vocalização dos usuários, revelando que tem buscado modificar sua comunicação nesse espaço. No entanto, evidencia a manutenção do poder do trabalhador na reunião, afinal passa do monopólio para direção, continuando, assim, no comando da linguagem, e nos questionamos qual a direção que busca seguir, será que dá indícios de maior abertura para a fala do usuário?

Esses espaços são marcados por situações de “pseudoparticipação”, na qual não se descentraliza o processo decisório e não se abre espaço para a construção de interações realmente democráticas, cristalizando a lógica tradicional verticalizada e autoritária e pouco permeável à participação e à ação comunicativa (FREDERICO, 2001).

Podemos dizer que as relações comunicacionais estabelecidas nesse espaço refletem a conduta ainda prevalente na área da saúde, caracterizada pela prescrição do modo de viver a vida, sendo que o discurso dos trabalhadores (institucional) é o único considerado válido. Oliveira (2004) discute que na saúde, em especial, nos fóruns de participação social, predomina o discurso competente, ou seja, aquele que é constituído por técnicas prescritivas e convocatórias.

É interessante destacar que esse discurso de caráter instrumental proveniente dos núcleos técnicos e especializados é incorporado pelos trabalhadores de saúde, inclusive por aqueles de nível médio e elementar, como

constatou Rezende (2007) ao estudar a gerência na ESF, no município de Marília. De acordo com essa autora, que também abordou as Reuniões de Comunidade com Trabalhadores da Saúde, na perspectiva da gestão do trabalho em saúde, os ACSs, num movimento contraditório, apesar de guardar semelhanças com o modo de ser e agir da comunidade em que vive, acatam o discurso 'competente' dos trabalhadores com curso universitário, no sentido de uma visão restrita que culpabiliza o usuário, desconsiderando seu contexto. E, por vezes, percebemos que essa premissa também é aceita/acatada pelos usuários, como sendo os responsáveis por sua condição social.

A condição de controle da linguagem exercida pelos trabalhadores de saúde, pautados no modelo prescritivo de saúde, resulta na ruptura de horizontes normativos, na sua relação com os usuários. De acordo com Ayres (2005, p. 550), o horizonte normativo dos sujeitos pode ser entendido "como uma inescapável referência ética e moral que orienta qualquer formação discursiva, e que, especialmente nos discursos que visam à regulação da vida social, é elevada a condição problemática", exigindo processos de validação intersubjetiva, ou seja, de acordo mútuo baseado no diálogo.

A construção de um plano de validação normativa desses discursos reclama aos trabalhadores a abertura de espaços para a escuta e acolhimento dos usuários, não bastando, apenas, fazer com que o outro fale sobre aquilo que o trabalhador considera relevante saber, é preciso ouvir a demanda do outro (AYRES, 2005).

A ação comunicativa funda-se no entendimento de democracia (deliberativa) como a participação sem coerções, e no exercício de uma cidadania ativa por meio de um discurso fundamentado. Habermas considera que:

A participação simétrica de todos os membros exige que os discursos conduzidos representativamente sejam porosos e

sensíveis aos estímulos, temas e contribuições, informações e argumentos fornecidos por uma esfera pública pluralista, próxima à base, estruturada discursivamente, portanto diluída pelo poder (HABERMAS, 2003, p. 227).

Numa dimensão macrosocial, o predomínio de uma linguagem impositiva, para o grupo dos trabalhadores, representa o poder instituído e cristalizado, como o do Estado em sentido restrito (Estado-coerção), manifestado pelas prescrições das regras. De acordo com Oliveira (2004), essa “política” comunicacional tem o objetivo de eliminar os ruídos, controlar a alteridade e manter ou reproduzir uma determinada ordem social ou de poder.

5.2.3 Ferindo as pretensões de validade: a ação para aumentar a adesão dos usuários na reunião

De acordo com a Teoria da Ação Comunicativa, os atos de fala de uma conversa devem respeitar as pretensões ou expectativas de validade, para que se construa um acordo intersubjetivo e livre de coerções. Essas pretensões de validade, como discutidas anteriormente no marco teórico, são constituídas pela pretensão de verdade da afirmação ou verdade proposicional, pela correção normativa ou retitude, pela veracidade ou autenticidade expressiva e pela inteligibilidade. Quando uma ou mais dessas pretensões ou expectativas são violadas, não há ação comunicativa, e a interação entre os sujeitos fica prejudicada. Uma situação em que ocorre esse fato é na ação estratégica que diferentemente da ação comunicativa, é orientação ao êxito, a um fim que tem de ser alcançado.

O propósito da ação estratégica é modelar/modificar/induzir o comportamento das pessoas com vistas a conquistar um determinado objetivo, mesmo que para isso seja necessário desconsiderar a visão dos demais sujeitos, sua subjetividade, as normas sociais e a própria relação afetiva na conversa. Nossa intenção não é polarizar os diversos tipos de ações, mesmo porque em muitos casos a ação instrumental e a estratégica se mostram necessárias, mas gostaríamos apenas de realizar alguns apontamentos nas situações em que há evidências muito explícitas de um tipo de ação.

Infelizmente, em nossas observações de reuniões e entrevistas, nos deparamos com atos de fala orientados a alcançar um fim, desrespeitando as pretensões de validade, especialmente, a de veracidade ou autenticidade expressiva. Foi o que observamos em uma ação (predominantemente estratégica) desenvolvida pelos trabalhadores para que os usuários frequentassem a Reunião de Comunidade, como pode ser mostrado nesta fala:

Isso foi assim, eu não sou a favor disso (da população participar por causa do Bolsa Família), só que, foi uma maneira, a gente tentou de todas as maneiras. Essa população, eles falavam assim que eles não vinham, só que você tem que vir aqui pesar criança, tantantan, vir nos grupos né! Só que o que eles colocavam pra gente “a gente trabalha, a gente não pode vir”, “ah eu tenho criança em casa e pra deixar ela sozinha” “ah eu moro muito longe, eu moro numa chácara, eu não posso vir de dia”. Então o que a gente achou né, que ficando a noite pra elas virem na reunião de comunidade, seria uma atividade que elas estariam fazendo e de uma forma, de uma maneira que de início foi, foi muito, foi como eu posso dizer, *foi pensado, como eu posso dizer, foi de propósito “ó como não vem ninguém na reunião de comunidade, quem sabe se a gente falar para elas que é obrigatório, pra elas irem”* (grifo nosso), *eu acho isso horrível tá, eu estou te falando que foi uma estratégia de última, a última estratégia, não tinha mais, tá* (grifo nosso). Porque a gente chegou a fazer coisas horríveis, a gente já fez de sortear cesta básica, que eu acho muito feio isso, porque, porque não é o intuito, mas a gente não consegui chamar essa população para pelo menos começar alguma coisa e como Bolsa Família, o que a gente entendeu. Embora se seja uma coisa ruim, para começar com uma coisa obrigatória, o que a gente pensou, se elas começarem a ver que isso tem uma resolubilidade, tem um porquê que nem agora eu acho que a gente está começando a caminhar, eu acredito que eles vão começar a

gostar daquilo e que aquilo não vai ser mais obrigatório e que elas vão vir porque elas querem. Então foi assim, nessa boa intenção. Tem uma má intenção, mas tem uma boa intenção no sentido de fazer o bem ali e uma maneira de elas participarem à noite. Porque elas não poderiam vir de dia, por inúmeras desculpas que seriam né, não sei se era desculpa, e é muito real isso. Elas trabalham, eles têm um monte de problemas pra resolver, então eu acho que foi uma estratégia mesma, não que eu estou, que eu ache isso bonito, mas é uma estratégia, eu acho que até não causou mal, eu acho que assim foi mais pro bem do que pro mal, né! **Entrevista Atenas (Trabalhadora)**

Como expressa o trabalhador, com o intuito de atrair os usuários para a reunião, disseram a eles que é obrigatória a participação dos beneficiários do Programa Bolsa Família, o que não é verdade. O trabalhador justifica que esta foi a última estratégia encontrada para fazer com que as pessoas participassem da reunião, pois as pessoas sempre elencavam muitas desculpas ou motivos reais para não frequentar esse colegiado.

Em nossas observações participantes, notamos que os trabalhadores sempre falam aos usuários da “suposta” obrigatoriedade em participar da reunião. Como pode ser demonstrado na fala abaixo, em que a trabalhadora enfatiza essa questão.

Afrodite (Trabalhadora): [...] porque é um compromisso que é exigido pela secretaria, que o pessoal do Bolsa Família também participe da reunião de comunidade. É assim um compromisso da pessoa que recebe o benefício dela tá, participar pelo menos uma vez no mês. **Obs. Participante nº 3**

Afrodite (Trabalhadora): Porque vocês têm que vir na reunião do Bolsa Família? Porque vocês têm um interesse particular de cada um. E você que tem o Bolsa Família tem que comparecer na reunião de comunidade e assina a lista que vai lá para a secretaria, né. **Obs. Participante nº 1**

Nessa fala a trabalhadora diz que a participação é exigida pela Secretaria de Saúde, eximindo os trabalhadores da “carga” de obrigarem os usuários a frequentarem tal reunião. No entanto, essa fala também desrespeita o princípio de validade de veracidade, afinal, os coordenadores do programa Bolsa Família da Secretaria de Saúde, em alguns casos, até desconhecem essa estratégia dos trabalhadores. Sendo assim, nenhuma lista assinada pelos presentes na reunião é enviada à Secretaria de Saúde, já que eles enviam mensalmente a este órgão uma

planilha com as pautas resumidas da reunião e com o número, apenas, o número de participantes, sem assinaturas e sem muito menos referir se é beneficiário do Bolsa Família ou não.

Além de infringirem o princípio da veracidade, os trabalhadores desmoralizam os usuários referindo que os mesmos são “interesseiros”, participando da reunião, apenas pelo recebimento do Bolsa Família.

Essa reunião do Bolsa Família pra muitos é ruim, fala que é do Bolsa Família, só porque está recebendo o dinheiro se parar de receber o dinheiro não volta aqui mais. Então tá falando que a gente está vindo aqui só interessado, porque se parar de pagar o Bolsa Família não volta aqui mais. O meu colega pensou desse jeito, ele falou isso daí que ela falou foi à mesma coisa de falar assim “vocês estão vindo aqui só por causa de receber o Bolsa Família, se não tiver o Bolsa Família, aí não vem mais”. Bom tem umas pessoas que vão por causa do Bolsa Família, mas eu acho que a gente não vai lá só por causa disso [...]. **Entrevista Pã (Usuário)**

Então se falar assim “ah vem na reunião por causa do Bolsa Família” que tá indo só por causa do Bolsa Família. Não é a gente não está indo só por causa daquilo, tá indo pra participar, saber mais de alguma coisa de doenças dessas coisas pra ficar sabendo, não só por causa do... tem umas pessoas que pensa, que se acha ofendido falar “eu não vou vir mais que as pessoas estão achando que eu só estou vindo por causa do Bolsa Família e não sei o que, e quanto recebe”. É isso! **Entrevista Pã (Usuário)**

Entrevista: Ah... Voltando a conversa, e assim o jeito que eles (os trabalhadores) conduzem a reunião?

Héracles: É tirando as carcadadas, do Bolsa Família, tá tudo bem... Quando eles falam que a gente é interesseiro e só vai na reunião por causa do Bolsa Família. Porque eu mesmo não me sinto obrigado, porque sempre eu vou. **Entrevista Família Héracles (Usuários)**

E essas colocações acabam ofendendo os usuários que não participam da reunião apenas pelo recebimento do Bolsa Família. Nessa situação o distanciamento de horizontes normativos se mostra bastante evidente, afinal, os trabalhadores constroem juízos acerca de usuários que não coincidem com a sua visão. E esse desencontro de opiniões, de valores e de julgamentos, provenientes do discurso dos trabalhadores, sem a contrapartida argumentação do usuário, acaba gerando insatisfações que afastam os sujeitos desse espaço.

Essa é uma situação comunicacional complexa e contraditória, na qual os trabalhadores ditam as normas de condutas aos usuários (participação na reunião) e esperam que eles as adotem de bom grado, sem questionamentos. E percebendo que o usuário não aceita passivamente, o trabalhador procura puni-lo de alguma forma, com atos de fala que o desmoralizam, o que nos remete novamente a pensar na sociedade de controle, de acordo com Foucault.

Além do mais, a “dita” obrigatoriedade da participação se mostra como uma questão muito complicada, especialmente, no aspecto legal, afinal, a Constituição Federal de 1988 refere que nenhuma pessoa pode ser obrigada a realizar algo que não seja estipulado em lei, dessa forma, esse princípio constitucional estaria sendo desrespeitado, sendo que a participação na reunião não é uma condicionalidade/requisito para a manutenção do benefício.

As pessoas cadastradas no Programa Bolsa Família devem cumprir algumas condicionalidades (requisitos) para que o auxílio não seja bloqueado ou suspenso. De acordo com a legislação acerca do Bolsa Família: “As condicionalidades são os compromissos que a família assume, nas áreas de Educação e Saúde, ao entrar no Programa Bolsa Família. São destinadas às crianças e aos adolescentes, entre 0 e 15 anos, às grávidas e às mães em amamentação” (BRASIL, 2006b, p. 27). Destacaremos aqui as condicionalidades da saúde

Condicionalidades de Saúde

Para as grávidas e mulheres amamentando:

- a) fazer os exames antes do nascimento do bebê (pré-natal);
- b) ir às consultas no posto de saúde mais próximo de sua casa, com cartão da gestante, de acordo com o calendário estabelecido pelo Ministério da Saúde; e
- c) participar de atividades educativas oferecidas pelas equipes de saúde sobre aleitamento materno e promoção da alimentação saudável.

Para os responsáveis por crianças menores de 7 anos:

- a) levar as crianças aos locais de campanhas de vacinação;

- b) manter atualizado o calendário de vacinação, conforme instruções do Ministério da Saúde;
- c) levar as crianças ao posto de saúde, com o cartão de saúde da criança, para acompanhamento do seu desenvolvimento físico, entre outras ações, conforme o calendário estipulado pelo Ministério da Saúde (BRASIL, 2006b, p. 28).

Quanto ao acompanhamento do cumprimento desses requisitos, são registrados, no caso da saúde, por um técnico, a cada seis meses no Sistema de Vigilância Alimentar e Nutricional, que é um sistema do Ministério da Saúde, o acompanhamento do crescimento e o desenvolvimento das pessoas com baixa renda (BRASIL, 2006b).

Podemos notar que os usuários e beneficiários do Programa Bolsa Família desconhecem tais condicionalidades, o que contribuiu para a estratégia dos trabalhadores de tornar obrigatória a participação na Reunião de Comunidade. O sucesso da estratégia utilizada pelos trabalhadores também se deve ao fato de que os usuários, anteriormente, participavam de uma reunião com a assistente social, quando eram beneficiários dos Programas Bolsa Escola, Cartão Alimentação e Auxílio Gás, no qual sua frequência era compulsória e a equipe de saúde tinha o poder de bloquear benefícios. Com a unificação desses auxílios no Programa Bolsa Família e com a extinção da equipe matricial, da qual a assistente social fazia parte, a reunião com os cadastrados do Bolsa Família teve de ser realizada pelos outros trabalhadores da equipe, já que não podiam mais contar com a assistente social. A realização dessa reunião foi vista por muitas unidades de saúde como um encargo a mais para os trabalhadores, passaram a não realizá-las. A USF Monte Olimpo encontrou outra alternativa, uniu a antiga reunião do Bolsa Família com a Reunião de Comunidade, com a pretensão de que os beneficiários desse programa frequentassem a última reunião mencionada. Sendo assim, como demonstrado acima, a frequência nas Reuniões de Comunidade com Trabalhadores de Saúde da Família não é uma condicionalidade das pessoas cadastradas no programa Bolsa

Família.

A união da extinta reunião do Bolsa Família com a Reunião de Comunidade sempre está presente no discurso dos trabalhadores:

[...] porque foi conciliada a reunião de comunidade com a reunião Bolsa Família, mas isso foi feito mais pra que eles viessem na reunião de comunidade. **Entrevista Afrodite (Trabalhadora)**

Afrodite (Trabalhadora): Assim eu queria falar uma coisa, um assunto rapidinho, que normalmente o pessoal vai lá no posto e fala assim: “qual que é o dia da reunião da bolsa família?” e na verdade essa reunião não é a reunião da bolsa família é a reunião de comunidade, que a gente achou por bem pra evitar que vocês saiam e pra vocês estar vindo uma vez por mês pra estar participando. A reunião da bolsa família junto com a de comunidade para poder estar facilitando, que é um compromisso que ela tem também tá?! Prevenção, pesar as crianças... **Observação Participante Nº 3**

Os trabalhadores se incomodam quando os usuários denominam a Reunião de Comunidade como reunião do Bolsa Família ou Reunião do posto e enfatizam que uniram a reunião do Bolsa Família com a Reunião de Comunidade devido à baixa adesão dos usuários. Como apontam nas falas seguintes:

Anfititre (trabalhadora): Assim tem gente que pensa: ah é a reunião do posto! Ou do Bolsa Família!

Afrodite (Trabalhadora): Não é só isso, a gente só juntou as duas coisas porque, por falta de adesão da comunidade. Imagina se a gente tivesse fazendo separado a reunião de comunidade e a do Bolsa Família o que ia acontecer?! Na reunião de comunidade não ia ter ninguém e só ia estar aqui no Bolsa Família. **Obs. Participante nº 1**

Hermes (Trabalhador): É que hoje e ontem eu recebi bastante telefonema assim: “vai ter reunião do posto?” e “vai ter reunião do Bolsa?”. É seu caso né?! (aponta para Hebe). Então aqui não é reunião do posto nem do Bolsa Família!

Hebe (usuária): Não, eu liguei perguntando do Bolsa Família!

Hermes (trabalhador): Então talvez, você não é culpada disso de saber que a reunião...

Hebe (usuária): Mas você viu o que aconteceu, eu comecei vir, aí meu pai ficou acamado e eu acabei saindo muito tarde de lá. Aí eu parei de vir, só que a partir de hoje eu vou seguir!

Hermes (trabalhador): Não mas eu não estou tratando assim disso!

Hebe (usuária): Não eu sei, mas...

Hermes (trabalhador): De frequência sabe. É que as pessoas que frequentam a reunião, acham que é reunião do posto ou da Bolsa, menos reunião de comunidade, então assim eu não estou tratando da frequência. Então as pessoas acreditam que aqui é a reunião do posto...

Hebe (usuária): Aqui é a reunião do Bolsa, né?!

Hermes (trabalhador): Na verdade, não é do Bolsa também!

Hebe (usuária): Não é?!

Anfititre (trabalhadora): Na verdade assim, o que que a gente está querendo trazer para vocês é para que serve essas reuniões que a gente faz. A gente vinculou o pessoal do Bolsa Família pra ter uma frequência também...

Hebe (usuária): Mas a reunião do posto é diferente desta, não tem nada a ver.

Anfititre (trabalhadora): Na verdade a gente tenta assim, coordenar essa reunião, mas na verdade a reunião é da comunidade, pra serem discutidos os problemas da comunidade. E a gente tem a nossa reunião de equipe, né?! Que é toda terça-feira à tarde que é uma reunião da nossa equipe. Aí é a reunião do posto. Só os funcionários da unidade, onde a gente vai discutir, problemas da unidade, às vezes a gente discute caso que tem da comunidade, tenta organizar capacitações, atualizações para promover um trabalho melhor para vocês. Muita gente acha que a gente tá lá tomando café, mas a gente trabalha também até as 5 da tarde, rsrs. **Obs. Participante nº**

4

Assim, apesar dos trabalhadores enfatizarem é a reunião da comunidade, os usuários a compreendem como sendo do Bolsa-Família, devido à suposta obrigatoriedade da participação dos beneficiários do programa, e como reunião do posto, pois é conduzida pelos trabalhadores de saúde que abordam os assuntos de interesse desse grupo. Dessa forma, os usuários não têm identificado, sentido a reunião como sua, como de pertencimento da comunidade, fato que tem sido percebido pelos trabalhadores de saúde:

Hermes (Trabalhador): Então assim, o posto, a unidade na verdade teria que participar desta reunião pra favorecer o conjunto. Não assim que a gente não pode coordenar, ou que a gente não pode fazer alguma coisa. [...] Enquanto o posto participa para fortalecer o conjunto, mas isso não acontece. É totalmente diferente, o posto organiza e faz a maioria as coisas.

Anfititre (trabalhadora): Aí todo mundo fica pensando que é a reunião do posto, mas na verdade a gente tá aqui pra essa reunião não se perder. **Obs. Participante nº 4**

Costumeiramente identificamos algo como nosso, quando participamos do seu processo e isso tenha significado para nós, no entanto, no caso das reuniões, como o usuário tem, predominantemente, permanecido como ouvinte, com espaço restrito para vocalização, sendo desvalorizados os seus atos de fala, esse fórum não tem sido considerado como seu, como da comunidade.

Essa discussão dispara a necessidade de realizar apontamentos acerca do significado das diferentes reuniões para os sujeitos e consequente embate de horizontes. Quanto à “Reunião de Comunidade” podemos dizer que, para os trabalhadores de saúde, representa o espaço de discussão dos “problemas da comunidade”, sendo resultado da adição da Reunião de Comunidade com a do Bolsa Família, enquanto os usuários a veem como “Reunião do Posto ou do Bolsa Família”, pelos motivos já referidos.

Já a “Reunião de Equipe”, para os trabalhadores é o espaço de discussão dos “problemas da unidade” e “Reunião do Posto” propriamente dita, o que nos faz pensar em uma prática fragmentada, já que tais problemas só podem ser “solucionados” por esses sujeitos sem a participação dos usuários. Rezende (2007) comenta que a “Reunião de Equipe” para os trabalhadores é um espaço de organização do trabalho, afinal, nela se toma conhecimento dos comunicados da Secretaria de Saúde, eles discutem acerca de famílias em situação de risco clínico e/ou social e prioriza-se o agendamento para consulta de especialidades. Mas para os usuários, na visão dos trabalhadores, a Reunião de Equipe representa um “momento de não trabalho”, como apresentado em sua fala acima.

O desencontro de horizontes quanto ao significado de tais reuniões gera conflitos de práticas em tais espaços, sendo que, muitas vezes, os trabalhadores não se mostram abertos a dialogar com os usuários, buscando validar seus pontos de vista impositivamente.

E quando questionados a respeito do sentimento do usuário em relação à participação em tal fórum, muitos entrevistados revelaram o que sentem, sem violar nenhuma pretensão de validade dos atos de fala, pelo contrário, são bastante sinceros.

Entrevistadora: Eu estava falando com você das reuniões né, o que que você acha dessas reuniões?

Éris (Usuária): Ai sinceramente...

Entrevistadora: Sinceramente.

Éris (Usuária): Ah, eu vou mais nessas reuniões mais porque tem que ir, entendeu?! Ah eu vou mais porque eu tenho que ir se não eu não ia não! Por causa do [...], nesses 2 meses passado eu juro que eu esqueci. Então é isso! (pausa), [...] e vou porque eu pego o Bolsa Família, tem que ir. **Entrevista Éris (Usuária)**

Até pode ser legal, mas pra mim, eu não gosto das reuniões, eu não estou falando e tal, mas eu não gosto. É legal, mas tem gente que gosta, mas eu não gosto de ter que sair daqui pra ir lá. É cansativo, pode ser bom mais é que a gente já vai com a mente cansada, a gente quer que passa logo pra assinar aquela lista lá. **Entrevista Éris (Usuária)**

Ah, obrigação, obrigação, em ir à reunião, assim, por partes, porque tem o caso da Bolsa, né, que é dela e não é minha, né, mas eu vou. Tem vezes que eu fico brava “ah hoje eu não queria ir”, mas aí eu penso eu tenho que ir porque eu tenho que participar por causa da Bolsa. **Entrevista Héstia (Usuária).**

Assim, como revelam os atos de fala acima, o usuário tem ido à reunião apenas para cumprir uma formalidade, porque, de acordo com os trabalhadores, essa é uma condicionalidade do Programa Bolsa Família. Dessa forma, muitos usuários têm participado desse espaço, contra sua vontade, mesmo não gostando, tendo seus desejos e vontades desrespeitados. Dessa forma, sua participação não é voluntária é imposta, já que é vista como uma obrigação.

E isso revela uma barreira, um fosso, na comunicação entre os sujeitos, afinal, não tem sido considerada/respeitada a expectativa de validade de autenticidade expressiva dos falantes como condição para o diálogo, o que caracteriza essa ação como não comunicativa, ou seja, que não visa ao entendimento entre os sujeitos. Sendo que dessa forma há distanciamento de horizontes, afinal, não se consideram os sentimentos e visões do outro.

Os trabalhadores têm conhecimento de que muitos usuários não gostam de frequentar a reunião, como demonstram os excertos abaixo:

Eles não dão importância, a maioria pelo menos. E pra ele é assim “ai vou ter que ir lá na reunião hoje, ai que saco”. A gente percebe de

alguns, eles não vão porque se sentem interessados “não hoje eu vou lá porque tem um problema da comunidade, eu quero levar isso pra todo mundo estar participando, pra gente agilizar e conseguir uma melhoria e tal”, isso não acontece! **Entrevista Afrodite (Trabalhadora)**

A comunidade não é muito participativa, que você viu nas reuniões de comunidade, mas vão né, eles não participam assim ativamente lá, mas por causa da Bolsa Família. **Entrevista Artemis (Trabalhadora)**

Afrodite (Trabalhadora): Muitas vezes as pessoas falam pro agentes comunitários que vêm porque são obrigadas [...].
Observação Participante nº 1

Assim, parece que os trabalhadores não se importam com os sentimentos dos usuários em relação a sua participação nesse colegiado e, afinal, continuam impondo a participação, sem considerar a subjetividade dos sujeitos. Além do mais, por trás de visões negativas da comunidade como passividade, apatia, comodidade e ociosidade, e o discurso de “má utilização” dos serviços de saúde, se encontra a visão acerca da sua “má educação” e consequente necessidade da mesma (FREDERICO, 2001).

No entanto, não presenciamos questionamentos dos trabalhadores de saúde acerca da relação entre o processo de comunicação em tal espaço com a adesão e satisfação das pessoas que participam desse colegiado. Dessa forma, acabam “tapando os olhos” para não enxergar a realidade, apesar de alguns trabalhadores reconhecerem esse aspecto e culpabilizarem o usuário por sua falta de interesse na reunião.

Contudo, quando referimos que o usuário não deve ser culpabilizado por não considerar significativo tal espaço de participação, e o estudo vem apontando muitos desvios comunicacionais que provavelmente estão relacionados a esse sentimento, não queremos dizer que a “culpa” é dos trabalhadores. Pelo contrário, ambos, trabalhadores e usuários são “vítimas” e construtores de um sistema social, complexo e contraditório, construído historicamente e caracterizado pela dominação

de um grupo social sobre outro, coerção pelo poder e uso da força e não da comunicação. E muitas vezes, essa ordem social acaba sendo reproduzida sem se refletir sobre ela, assim, um dos principais propósitos deste estudo, que é evidenciar como têm se comunicado e interagido trabalhadores e usuários, a fim de que os sujeitos repensem acerca de suas práticas. Além do mais, os trabalhadores não tiveram nenhuma capacitação acerca da participação social e verbalizam que se sentem despreparados para conduzir tal espaço de discussão.

Frederico (2001), discutindo acerca de problema na interação, refere que as situações de atrito entre trabalhadores e usuários levam alguns sujeitos a culpabilizarem o outro pelos problemas vivenciados. Dessa forma, esses sujeitos oscilam de papéis, ora assumindo a posição de “vítima” ora se mostrando “culpado”, e independente de uma posição ou outra, sempre há uma tendência de desqualificar o outro na interação. A situação de ataque e defesa resulta no empobrecimento do diálogo e compreensão da realidade conturbada, “pensamos mais que “vítimas e culpados” são pessoas desgastadas” (FREDERICO, 2001, p. 210).

Retomando a discussão acerca da participação do usuário em tal fórum, em nossas entrevistas, quando questionamos os usuários sobre quais motivos que os levaram a frequentar tal espaço de discussão, as respostas apontaram para o recebimento do Bolsa Família, como revelam os trechos abaixo:

Astréia: E por causa do, antes eu não sabia que tinha que participar de reunião, né, quem tem Bolsa Família. Aí depois começaram a fazer as reuniões. Aí elas vieram me chamar para participar né, e eu estou participando até hoje. **Entrevista Família Astréia (Usuários)**

Desde de quando eu descobri que tinha a reunião, agora eu não lembro, eu não lembro não. Porque eu não guardo, não sabe!? Eu comecei a pegar a Bolsa, aí eu não sabia que tinha, aí depois que eu fiquei sabendo eu comecei a participar, a ir [...]. **Entrevista Héstia (Usuária)**

Assim, em muitos casos, o motivo de aproximação do usuário com a reunião e sua manutenção nesse espaço de discussão estão relacionados à participação no

programa Bolsa Família.

Eu acho que tem gente que vai por medo de perder, né? [...] Mas tem muito que falta e depois corta (pausa). Porque tem mulher que chegou lá e falou que ela não tava indo na reunião e o dinheiro dela diminuiu, sei lá se é por causa da reunião que perde. Porque eles levam o nome lá... Assistente social. É tem gente que vai porque tem medo de perder né. **Entrevista Hécate (Usuária)**

Agora até que vai mais gente, por causa do Bolsa Família, mas antes ia menos pessoas [...]. A população também vai por causa do Bolsa Família, vai por medo de perder a bolsa. **Entrevista Hemera (Trabalhadora)**

Desse modo, a frequência de usuários (e beneficiários do Bolsa Família) a Reuniões de Comunidade com Trabalhadores de Saúde da Família está ligada ao medo de interrupção/extinção do auxílio, apesar de os usuários desconfiarem da obrigatoriedade da participação, como revela o primeiro excerto. O auxílio, mesmo se constituindo de um baixo valor monetário (que não excede R\$200,00¹⁰), provavelmente, tem sido muito significativo para tais pessoas devido as suas condições de vida, o que gera a preocupação com a perda do benefício.

Isso nos leva a refletir, novamente, acerca da sociedade vigilante e punitiva denunciada por Foucault, assim, com o intuito de controlar o comportamento dos usuários, no caso, a frequência à reunião, os trabalhadores lançam mão de “ameaças” (mesmo que não verídicas) com o intuito de punição, para que suas normas sejam seguidas/obedecidas. Isso revela uma relação em que a comunicação está voltada para a subordinação de sujeitos e não para sua emancipação, como se espera que fosse construída nesse espaço.

---

¹⁰ Os tipos de benefícios do programa Bolsa Família são: Benefício Básico, no valor de R\$ 62,00 é concedido a cada família com renda por pessoa igual ou inferior a R\$ 60,00; Benefício Variável, no valor de R\$ 20,00 é concedido para cada criança ou adolescente de 0 a 15 anos de idade, até o limite de três crianças por família; Benefício Variável Vinculado ao Adolescente, no valor de R\$ 30,00 é concedido a todas as famílias que tenham adolescentes de 16 e 17 anos de idade que estejam frequentando a escola, até o limite de dois adolescentes por família; Benefício Variável de Caráter Extraordinário é concedido às famílias dos Programas Remanescentes: Auxílio-Gás, Bolsa Escola, Bolsa Alimentação e Cartão Alimentação, cuja migração para o Programa Bolsa Família houver perdas financeiras. O valor concedido é calculado caso a caso e tem prazo de prescrição, além do qual deixa de ser pago (MDSCF, 2008, p. 05).

A complexidade das relações que se estabelecem entre esses sujeitos, aliada ao contexto que os permeia, e o repetido discurso dos trabalhadores de saúde quanto à participação dos beneficiários do Bolsa Família passaram a ser interiorizados por muitos usuários como um dever, uma norma social, um horizonte normativo.

Entrevistadora: O que a senhora acha de ter que participar da reunião por causa do Bolsa- Família?

Métis (Usuária): Eu acho que é bom. **Entrevista Métis (Usuária)**

Então, eu acho... Tem tanta gente que pega o dinheiro, né, precisa ir mais gente né! Um mês vai o outro mês não vai mais, né! E não está nem aí pra reunião, pra saber. Acho que tem que participar mais né. É uma hora só (pausa) não vai... E assim, tem muita mulher que não trabalha não! Tem muitas que sai até cedo do serviço. **Entrevista Hécate (Usuária)**

Entrevistadora: E o que você acha das pessoas que recebem o Bolsa Família terem que participar das reuniões?

Éris (Usuária): É errado, né!

Entrevistadora: O que?

Éris (Usuária): Eu pensar dessa forma, ter que ir só por causa que eu recebo o Bolsa Família, isso é errado eu pensar assim, é uma coisa da comunidade, não é só porque eu recebo o Bolsa Família, mas fazer o que. É errado eu pensar assim eu deveria gostar mais.

Entrevista Éris (Usuária)

Assim, os usuários consideram que têm o dever de frequentar a reunião, devido ao recebimento do auxílio, e alguns se culpam por não gostar de participar desse grupo. Isso nos faz pensar que os usuários acatam a fala dos trabalhadores de saúde e mesmo contra sua vontade procuram seguir as suas prescrições. No entanto, muitos usuários não aceitam e contestam, de forma velada, a imposição dos trabalhadores, quando se recusam a participar de tal espaço, desconfiando da obrigatoriedade da participação, já que, das aproximadamente 200 famílias que recebem o benefício, apenas, 5% frequentam a reunião com assiduidade. Assim, o questionamento dos usuários permanece velado, pois não há como discutir com os trabalhadores, pois foi elaborado um aparato explicativo fechado, acerca da junção da extinta reunião do Bolsa Família com a Reunião de Comunidade que não permite

“brechas” para perguntas.

Nesse tópico procuramos discutir acerca da ação predominantemente estratégica dos trabalhadores de saúde para que os usuários frequentem tal fórum, no qual pincelamos atos de falas que corroboram com tal abordagem. Assim, apresentamos vários elementos que trazem à tona essa problemática, como o repetido discurso dos trabalhadores de que os beneficiários do Bolsa Família devem frequentar tal espaço, pois afirmam que unificaram a antiga reunião dos cadastrados nesse programa com a reunião com a comunidade, destacando que tal reunião tem por objetivo solucionar os problemas da comunidade, sendo portanto denominada como Reunião de Comunidade, no entanto, os usuários a identificam como reunião do Bolsa Família ou do posto de saúde. Também nos reportamos ao sentimento de usuários que participam desse espaço, sendo que muitos não gostam de frequentá-lo e o fazem por medo de perder o auxílio.

Por fim, gostaríamos de salientar que acreditamos que essa situação de “barganha” - ter o Bolsa Família significa o dever de frequentar a reunião - dificulta a interação entre trabalhadores e usuários e a constituição de um espaço de discussão acerca da cidadania, afinal, a participação nesse caso, visa a cumprir uma formalidade. E consideramos muito complicada/inoportuna a relação estabelecida com tal objeto de troca, com o Bolsa Família.

O Bolsa Família é um programa de transferência de renda, instituído em 2003, como integração de quatro programas de mesmo caráter, Auxílio-Gás, Bolsa Escola, Bolsa Alimentação e Cartão Alimentação. O Programa Bolsa Família, como os demais que os antecederam, surge num contexto, marcado pelos aumentos das desigualdades sociais e baixa segurança de direitos sociais. Esse programa não pertence ao campo dos direitos sociais, se configurando como estratégias de

enfrentamento da pobreza, no entanto, funciona como meio de acesso à educação, à saúde e à alimentação (FONSECA; ROQUETE, 2005).

De acordo com o Ministério do Desenvolvimento Social e Combate à Fome (2008, p. 5), o programa Bolsa Família tem por objetivos:

aliviar a pobreza de forma imediata, por meio da transferência de renda diretamente às famílias; contribuir para a redução da pobreza entre gerações, por meio do acompanhamento das condicionalidades; e apoiar e desenvolver as famílias, por meio da articulação com programas complementares.

A implementação do Bolsa Família tem como desafio a sua integração à rede de proteção social, configurando-o como direito de cidadania, no entanto, surgem algumas questões que precisam ser repensadas, como os instrumentos para a identificação do público-alvo, no caso o Cadastro Único, e a “quantificação” da pobreza. Outra questão que ultrapassa o eixo programático dos programas trata da necessidade de avanço para além dos programas de natureza redistributiva, com sua inserção em programas e políticas que permitam aos beneficiários se emanciparem da complementação de renda, ou seja, sair da condição de pobreza (FONSECA; ROQUETE, 2005).

Assim, consideramos que os espaços de discussão da saúde potencialmente teriam a função de fomentar a autonomia dos usuários, em especial a financeira, já que guarda a possibilidade de modificar a inserção social desses sujeitos, com vistas à justiça social, além do mais, o contexto da Saúde da Família pode ser visto como facilitador já que nela se busca atuar sobre os determinantes do processo saúde-doença. No entanto, percebemos que os microprocessos não têm caminhado para a emancipação dos sujeitos, por via da construção de políticas que visem à melhoria da qualidade de suas vidas, o que corrobora com as constatações de Rezende (2007) acerca da gerência na Saúde da Família, que afirma que a gestão se aproxima do exercício dos poderes técnico e administrativo, mas ao mesmo tempo

não faz o movimento de exercício do poder político que visem à autonomia dos sujeitos, à equidade e à integralidade.

5.2.4 O “fardo” da participação

Em nossas entrevistas, quando questionamos os trabalhadores acerca de seu sentimento em participar da reunião, as falas não foram diferentes das dos usuários, sendo que, muitos referiram atributos negativos à reunião, como sendo chata, trabalhosa, cansativa, um fardo.

Pesquisadora: Agora eu quero perguntar das reuniões, como é para você participar das reuniões de comunidade?

Afrodite: É cansativo! **Entrevista Afrodite (Trabalhadora)**

Assim às vezes (as reuniões) tomam um pouco de tempo e assim é trabalhoso é chato! **Entrevista Hermes (Trabalhador)**

Mas por culpa da gente mesmo, né, porque, eu acho que falta a gente trabalhar isso né, com a gente mesmo, né, sair de casa, eu trabalho o dia inteiro, aí eu tenho que sair da minha casa para ir na reunião de comunidade, entendeu, então você pensa assim, a própria equipe pensa assim e a comunidade também, então a gente tinha que mudar isso, esse pensamento, que é um fardo. **Entrevista Artemis (Trabalhadora)**

No último fragmento de fala, a trabalhadora reconhece que tanto a comunidade como os trabalhadores consideram “um fardo” participar de tal espaço. Essa visão acerca da participação está permeada pelo distanciamento de horizontes e expectativas quanto à ontologia desse espaço e das relações estabelecidas entre seus componentes. Sendo que sua construção é permanente e o rumo a uma perspectiva comunicativa, pode potencializar a sujeitos em satisfação de participar desse fórum.

Afinal os desvios comunicacionais presentes, como o silenciamento do usuário, a fala sob o comando dos trabalhadores, aliada à obrigatoriedade da participação dos sujeitos, imprimem-lhes certa insatisfação em participar de tal espaço, pois tem se mostrado pouco interativo e resolutivo, cumprindo apenas uma formalidade. Tal fato corrobora com a fala de um trabalhador que reconhece que as pessoas não gostam de participar, pois “não veem resolubilidade [...] não ver motivo por estar ali” (Entrevista Atenas), ou seja, esse espaço não tem tido sentido para os sujeitos.

Dessa forma, muitas pessoas, especialmente trabalhadores, participam desse espaço para cumprir uma formalidade, uma pretensa exigência da Secretaria de Saúde. Em nossa revisão de literatura, autores discutem acerca da existência “protocolar” de muitos CSs, ou seja, para cumprir determinados requisitos legais associados a benefícios, sendo vista como “presente de grego” (Gonçalves; Almeida, 2002), e no caso das reuniões estudadas, o que tem determinado a frequência dos trabalhadores? As falas respondem.

Eu não vou porque eu gosto, se eu falar isso eu tô mentindo. Eu vou porque a gente tem que ir. Eu vou porque sou obrigada, porque eu trabalho aqui no posto. **Entrevista Hemera (Trabalhadora)**

Assim, para falar pra você que eu vou obrigado porque eu trabalho aqui, tá certo! [...] Então da equipe eu acho que a participação, a vontade em geral, não é todas as pessoas da equipe, mas tem umas assim que tem má vontade, se pudesse não ir. Se não fosse obrigado. **Entrevista Hermes (Trabalhador)**

Hermes (trabalhador): Então os funcionários têm uma obrigação por que a gente trabalha no posto, né, pra gente conhecer a população que a gente [...]. **Observação Participante nº 4**

Essas falas deixam claro que muitos trabalhadores participam do tal fórum por obrigação, contudo parece que os trabalhadores por se verem obrigados a participar transferem, deslocam, num sentido freudiano, o mesmo sentimento aos usuários. O mecanismo de defesa de deslocamento relaciona-se à transferência de certo

atributo/sentimento não aceito pela pessoa que o recebeu a outros sujeitos. Esse pode ser um dos fatores que levaram os trabalhadores a instituírem a obrigação dos usuários, e que nesse caso está ligado a uma forma vertical de comunicação.

A verticalização da comunicação se inicia com a imposição da participação dos trabalhadores, pelos gestores municipais e, sequencialmente, com a imposição da participação dos usuários pelos trabalhadores. Na comunicação hierarquizada, não se respeitam as vontades dos sujeitos, as decisões são tomadas pelos dirigentes e repassadas aos “subordinados”, que muitas vezes, não as acatam, apenas desempenham as ordens formalmente. No entanto, fragmentos de fala nos revelam que quando havia uma interlocução entre os gestores e trabalhadores acerca da reunião, inclusive, com a participação dos primeiros nesse espaço, a participação dos usuários era mais significativa, o que também ocorria com o trabalhador.

Eu acho que a comunidade era mais participativa né, também porque era novo, e a doutora Terra (ex-coordenadora da atenção básica), eu acho que na primeira reunião que teve, ela veio entendeu, então não era só nós mesmo da unidade, vinha alguém da secretaria né. Ficava bem mais interessante né, “olha vem fulano de tal lá da secretaria para conversar, vamos pedir isso, vamos pedir aquilo”, eu acho que é isso. A reunião de comunidade ela não é muito valorizada, né.

Entrevista Artemis (Trabalhadora)

Retornando à discussão anterior, a ideia de obrigação da participação dos trabalhadores está ligada à de reunião como fazendo parte do seu trabalho, como podemos notar nas falas abaixo:

[...] não é né, faz parte do nosso trabalho. Então é aquilo, você já sabia que ia ser assim né! Você tem que desenvolver, você tem que participar, você sabia que era assim, que tinha que participar da reunião de comunidade e eu acho que a própria equipe tinha que ser mais participativa. **Entrevista Artemis (Trabalhadora)**

Também faz parte do nosso trabalho. Eu me propus a ir desde quando eu entrei, eu já sabia né. **Entrevista Afrodite (Trabalhadora)**

A reunião faz parte do serviço, enquanto eu tiver trabalhando e puder ir, eu vou estar lá. **Entrevista Hermes (Trabalhador)**

Assim, a reunião é vista como uma atividade laboral a ser cumprida, no entanto, dissociada do processo de trabalho como um todo, como uma atividade à parte, além do mais destituída do seu sentido/proposta, o que corrobora com as constatações de Frederico (2001), como sendo um trabalho penoso e estressante. Consideramos que essa situação se aproxima de um trabalho alienado, na visão de Marx, no qual o sujeito que o desempenha não tem preocupação com seu resultado, assim, o trabalho ao invés de promover sua satisfação, transforma-se em uma atividade de martírio e sacrifício, num trabalho forçado. No entanto, Marx se referia à relação entre o homem e o seu produto (físico) de trabalho, e nesse caso, a situação se torna mais complexa, pois o produto de trabalho do homem é o próprio homem. Assim, o trabalho alienado em saúde, em especial aquele desempenhado nos espaços de participação social, causa dupla alienação, pois não somente quem o desempenha se mantém alienado, mas também o homem que o recebe.

Essa situação é problemática, já que potencialmente o resultado do próprio trabalho alienado é a alienação, o que provoca o desvirtuamento do princípio da participação social no SUS e na Saúde da Família.

O sentimento de repúdio em relação à participação, tanto de usuários como de trabalhadores, está também relacionado ao cansaço, físico e mental, após um dia de trabalho, já que os encontros são noturnos, bem como ao aumento da carga de trabalho.

Eu acho que todo mundo aqui (a comunidade) pensa a mesma coisa, você chega cansada, tem que fazer janta, tem que lavar roupa, as crianças têm uniformes, é corrido. **Entrevista Éris (Usuária)**

A (participação) da equipe também é pequena, eu acho que eles não participam pelo mesmo motivo da comunidade [...] eles também têm muitos afazeres, eu acho que muitos têm filhos em casa, quase todos eles têm filho, marido, têm casa para cuidar [...]. **Entrevista Atenas (Trabalhadora)**

Então eu estou assim tentando ver um pouquinho do lado pessoal, do lado do cansaço. O que eu vejo que dá para eu, que não é uma obrigação, que nem o trabalho, que eu tenho que ir se não tem jeito, eu estou procurando não ir, eu estou priorizando as coisas e infelizmente isso não é a minha prioridade agora, deveria ser né.

Entrevista Atenas (Trabalhadora)

E como a maioria das pessoas que frequenta a reunião é mulher, que geralmente possui uma dupla jornada, ou seja, o trabalho fora de casa e o doméstico, aliado também ao cuidado dos filhos e parceiro, o que acaba desestimulando a sua participação.

Silva (2003) considera que o cenário político e econômico, na década de 1990, não foi favorável à participação social. Num contexto de grande desemprego, com um débil sistema de proteção social e sujeitas a uma jornada de trabalho exaustiva, as pessoas apresentavam-se pouco dispostas a participar de fóruns de discussão. E esse quadro parece ter se intensificado nesse novo século, principalmente, com o aumento do desemprego, das diferenças socioeconômicas e das múltiplas jornadas de trabalho que levam as pessoas apenas a reproduzirem a ordem social sem ter “tempo” para refletir sobre ela.

Neste subtema, discutimos acerca da visão, especialmente, dos trabalhadores, acerca de sua participação, em que foram revelados sentimentos negativos relacionados à frequência nesse espaço, como, a reunião sendo considerada chata, um fardo. O que por sua vez está relacionado à obrigatoriedade da participação, por ser norma, aos trabalhadores ligados à Secretaria de Saúde, a falta de sentido atribuída a esse espaço e pelo cansaço devido ao trabalho/excesso de trabalho.

5.3 A comunicação que guarda possibilidades de ampliar ou reduzir a participação dos sujeitos

5.3.1 A informação e orientação nos espaços de discussão: linguagem necessária, mas quando exclusiva/excessiva compromete a participação

Para analisar a informação nas Reuniões de Comunidade com Trabalhadores da Saúde da Família, nos apoiamos nas contribuições de Gabriel Cohn (2001) que refere que a informação precisa ser vista como um processo seletivo, orientado pela inclusão/exclusão, apontando que sua natureza é a redução das incertezas dos sujeitos sociais, mas não por um conjunto de opções interpretativas, e sim pela exclusão, “definindo o que é relevante ou não em um determinado sistema ou campo de escolhas” (OLIVEIRA, 2004, p. 61). Dessa forma, deve-se atentar para os interesses de quem informa, afinal, já que suas escolhas/seleção podem indicar o que pretende alcançar com sua informação.

Partindo desse entendimento, a informação inclusiva deve ser permeada por um processo de comunicação que vise ao compartilhamento de alteridade entre os sujeitos sociais, sendo excludente e obscura aquela que se distancia desses preceitos.

Em nossa comunicação com usuários e trabalhadores, nas observações participantes das reuniões e entrevistas, os assuntos mais falados referem-se à informação acerca da organização e funcionamento da USF, o que corrobora com a

natureza dos assuntos discutidos nas Reuniões das USFs, como apresentado na metodologia, no Quadro 4.

Assim, observamos muitos momentos em que os trabalhadores informavam aos presentes as rotinas da unidade, com destaque para o atendimento da demanda espontânea, encaminhamentos para urgência, horários de reuniões. Como mostram os fragmentos abaixo:

Afrodite (Trabalhadora): Até o horário de atendimento vocês precisam saber. Tem gente que acha que é dez horas. Chega lá e fala: “Olha eu quero passar porque eu tô sentindo tontura...” Claro você tem que buscar o posto primeiro! Mas tem que ver o que a gente tem para oferecer. No caso de ter trinta pessoas, ela não vai atender todo mundo! O que vai acontecer à doutora vai olhar quem está pior. Aquele que tem uma tossinha que não está muito mal, ela vai avaliar e pedir para você estar marcando uma consulta e às vezes nem é o caso... **Observação Participante Nº 1**

Afrodite (Trabalhadora): A gente tem também no posto um dia na semana que é fechado, a partir das 14 horas, muitas pessoas não sabem né?! A gente fecha toda terça-feira das 14 às 17 horas, é pra fazer uma reunião de equipe, essa reunião é fechada pra nós que trabalhamos aqui. Essa reunião de equipe é onde os profissionais, dentista, médico, enfermeiro, auxiliar, os agentes comunitários, o auxiliar de consultório dentário, de serviços gerais até a supervisora da dengue eles são convidados. [...] Então esse horário a gente não vai estar atendendo as pessoas lá no portão para estar fazendo prevenção, para estar marcando consulta em último caso vocês podem procurar o hospital se for urgência. A gente até entrega medicamento, mas a gente só abre no fim, e no caso de urgência. Mas normalmente, a gente é fechado das 14 às 17 horas e esse horário a gente não atende a comunidade, a gente coloca um bilhete na lá frente comunicando que está em reunião, né?! **Observação Participante Nº 1**

Afrodite (Trabalhadora): A gente tem que atender até mil famílias, né! A gente tá com aproximadamente 3.700 pessoas, a gente já passou, né, 900 famílias! Então o que acontece, você vai agendar consulta e a população fala só daqui a dois meses! A gente vai ver a necessidade, o problema, de acordo com o que a doutora falar para nós, porque se eu tô indo lá para entregar o papel é que ela já avaliou. Ela sabe que é uma coisa que dá para aguardar. “Mas porque demora dois meses?”. Porque a gente já tá chegando a 1.000 famílias.

Anfititre (Trabalhadora): Por isso que quando chega um paciente fora de hora e quer passar em consulta, a gente fala que não dá para atender naquela hora. Vejam se é justo deixar aquela pessoa que esperou de dois a três meses pela consulta e na hora eu falo que vou atender ele rapidinho para atender o outro que chegou agora. Então

fica complicado. Mandar embora um paciente agendado para atender um que chegou fora do horário. **Observação Participante Nº 3**

A forma de comunicação utilizada nesses casos tem sido a transmissão de informações verticalizadas, na qual os trabalhadores ocupam o polo ativo e os usuários são, passivamente, os receptores da mensagem. É interessante observar que, nos atos de fala apresentados, são justificados os motivos pelos quais não puderam ou podem atender as pessoas em determinados momentos, como no caso de reuniões de equipe, horário de atendimento das emergências e também acerca da demora no agendamento de consultas. Esses assuntos são bastante enfatizados pelos trabalhadores nas reuniões, no intuito de “educar” os usuários acerca da organização da unidade, para que ele não venha reclamar acerca dos mesmos, quando busca a unidade e não pode ser atendido instantaneamente.

Dessa forma, a reunião é utilizada pelos trabalhadores como espaço de informação acerca da rotina da USF, já que essa é uma questão que os incomoda, os angustia, especialmente quando a organização do serviço não lhes permite atender a uma necessidade do usuário e esse se mostra indignado, não aceitando/compreendendo a situação. Assim, a seletividade da informação está orientada para atender aos anseios dos trabalhadores, num movimento que não busca atender às demandas da comunidade, desconsiderando sua visão, seu saber e seus horizontes.

Essa comunicação tem se dado pela transmissão de informações, não permitindo a participação do usuário na discussão acerca da organização da unidade, o que reintegra a nossa discussão anteriormente realizada em que o usuário não está incluído no planejamento das atividades da USF.

E para “prevenir” os efeitos indesejados pela impossibilidade de atender às necessidades momentâneas reclamadas pelos usuários, os trabalhadores tornam

esse discurso repetitivo na reunião. E esse fato tem sido relatado tanto por trabalhadores como usuários:

Selene (Trabalhadora) (Fala enfaticamente) Eu acho assim, eu só queria falar um pouquinho sobre a reunião de comunidade, assim...eu vejo. Já que a gente está aqui fazendo a reunião de comunidade e sempre é o mesmo assunto, né! A gente acaba trazendo os problemas do posto, falando de encaminhamento, falando de urgência e emergência (do atendimento). **Observação Participante Nº 1**

Aí a gente chega lá é tem que ficar sempre repetindo a mesma coisa, explicando a mesma coisa. Às vezes é repetitivo, agora está bem diferente de quando começou, que antes tinha pessoa que ia só de vez em quando e agora tem pessoas que vão sempre, aí a gente não tem que ficar repetindo a mesma coisa. **Entrevista Hemera (Trabalhadora)**

Héstia (Usuária): Ah eu vou ser sincera, é sempre as mesmas coisas. [...] Assim, eu acho que agora que parece que está dando uma mudada, mas no começo assim, as reuniões eram sempre a mesma coisa. Tipo tem que fazer prevenção, tem que isso, tem que aquilo, era o tempo inteiro a mesmice, [...] antes era mais que você tinha que ir no posto, que você tinha que fazer prevenção, que você tinha que estar em dia com as consultas, essas coisinhas que a gente já sabe né! **Entrevista Héstia (Usuária)**

Com essas falas, os sujeitos revelam que os assuntos das reuniões têm sido repetitivos, sendo sempre abordadas e prescritas as mesmas coisas (como ressalta a último fragmento de fala).

E os trabalhadores de saúde, com sua prática informativa na reunião, ressaltam que esse é um propósito, uma função de tal espaço, Sendo que a seleção das informações que atendem impreterivelmente às necessidades dos trabalhadores.

A reunião também é um momento de você esclarecer como que é o funcionamento da unidade, quanto aos horários, quanto aos grupos. **Entrevista Hera (Trabalhadora)**

Afrodite (Trabalhadora): A gente quer estar aqui para falar para vocês como funciona o posto, porque não vem o exame no momento que você quer [...]. **Observação Participante Nº 1**

E a transmissão de informações nas reuniões é destacada pelos usuários, nas entrevistas, que consideram positivo ficarem informados acerca da organização do atendimento da unidade de saúde.

Astréia (Usuária): Mas eu fico lá prestando a atenção, pegando alguma coisa que serve pra me informar.

Morfeu (Usuário): É bom que ela fica por dentro! Fala da saúde né!

Astréia (Usuária): E é bom que eu fico sabendo das coisas do posto né. Como que pode fazer pra ir atrás de uma coisa assim na saúde [...]. **Entrevista Família Astréia (Usuários)**

É bom que a gente fica bem por dentro das questões do posto, né. Que nem eu que trabalho, eu tenho como ir no posto saber o dia que atende, o dia que não atende. Na reunião eu fico sabendo, fico por dentro das coisas, então eu gosto de participar sim. **Entrevista Deméter (Usuária)**

Consideramos essencial que as rotinas da USF sejam discutidas na reunião, mas esta não deve ser a característica predominante desse fórum, como tem ocorrido, afinal, esse não é o principal objetivo da constituição desses espaços de participação nas ESFs, que é o de construção da cidadania.

Além da informação, a orientação, entendida como uma direção, uma prática educativa, por meio de informações que auxiliam as pessoas no processo de tomada de decisão, tem tido espaço representativo nas reuniões.

Os trabalhadores, geralmente, orientam os usuários acerca de doenças, com ênfase no cuidado, detecção, principalmente de doenças transmissíveis. E, nas observações das reuniões, notamos que as orientações têm sido realizadas de diversas formas, como a simples transmissão de informação e presença de linguagem técnica/codificada, como se observa abaixo.

Hermes (Trabalhador): Então como eu ia falar de tuberculose, aqui fala (no folheto) que principais sintomas são tosse com ou sem catarro por mais 3 semanas, acompanhada ou não de sangue... Febre baixa no fim da tarde... É uma doença contagiosa causada pelo bacilo* de Kock* que ataca principalmente os pulmões. É transmitida de uma pessoa que tem para uma que não tem tuberculose, pelo ar quando a pessoa fala... As crianças, ao nascerem devem ser vacinadas com a vacina BCG*, ou maiores de 6 anos que tenham contato... Quem apresentar esses sintomas devem procurar o posto de saúde que o tratamento é oferecido gratuitamente...

Hermes começa a ler um trecho do folheto: a tosse é o principal sintoma, e em caso de tosse por mais de 3 semanas ou com catarro por mais de 5 dias, deve-se procurar a unidade de saúde mais próxima para fazer o exame de escarro. **Observação Participante Nº 2. (* códigos)**

As orientações e explicações algumas vezes têm partido de questionamentos dos usuários aos trabalhadores de saúde:

O sr. Jasão (Usuário) conversa com Hermes (Trabalhador) e ele diz para o grupo: o seu Jasão (Usuário) perguntou por que não passa veneno?

Réia (Trabalhadora): O veneno só é passado em caso de positivo, quando a pessoa está confirmada que está com dengue, aí é passado o veneno. Antigamente, que nem as pessoas falavam era nebulizado sempre que tivesse um caso suspeito... E eles pararam de fazer isso porque o mosquito ficou resistente ao veneno, por estar usando sempre o mesmo veneno! Então agora eles mudaram a fórmula do veneno e passa só em caso positivo que aí é certeza matar o mosquito. Então é a última alternativa!

Atenas (Trabalhadora): Então a primeira alternativa é tomar cuidado...

Afrodite (Trabalhadora): A primeira alternativa é tomar cuidado. Se perto da sua casa tem um terreno baldio com lixo, vai lá chama seu vizinho, pra ajudar você a pegar o lixo! Vamos lá pegar os vasilhames que estão com água e colocar numa sacolinha de supermercado e põe lá pro lixeiro levar. O catador que passa na rua vai adorar, né! Se todo mundo se mobilizar em relação a isso, pode ter certeza, que a gente vai extinguir o problema! E isso vai acabar com a dengue em Marília inteira, precisa começar. **Observação Participante Nº 1**

Jasão (Usuário): Mas eu tomei vacina e fiquei com gripe.

Atenas (Trabalhadora): Eu posso explicar pro senhor por que o senhor ficou com gripe?

Ele faz sinal de aprovação.

Atenas (Trabalhadora): Então assim (pausa) a vacina, na verdade é feita de dois tipos, né, de vírus que estão mais circulando aqui, né! Então a vacina é que nem o veneno da dengue, né! Só vai pegar os principais, na verdade, né! Não vai pegar os outros tipos! Se o senhor já tava gripado já, não vai adiantar... As pessoas acham que é a vacina que causa a gripe... Mas nesse tempo aqui todo mundo tem gripe! Entendeu? Então as pessoas tomam a vacina acha que a vacina que deu a gripe e não é!

Temis (Trabalhadora): Às vezes também a pessoa está com resfriado, não chega a ser a gripe, por que...

Atenas (Trabalhadora): Por que todo mundo fala que pega gripe, mas o que a vacina faz é deixar a pessoa imunizada...

Temis (Trabalhadora): E vai diminuir a chance de ter pneumonia, de ter outras doenças respiratórias mais grave que pode ser causada pelo vírus da gripe...

Atenas (Trabalhadora): E daí vocês sabendo disso, tem que passar para as pessoas que não sabem! Se ela não souber explica pra ela de uma maneira que ela pode entender! **Observação Participante Nº 2**

As orientações também são realizadas numa perspectiva construtivista, por meio da utilização de conhecimento prévio dos usuários e participação ativa na

construção do conhecimento, como mostrado abaixo.

Atenas (Trabalhadora): Você sabe quais são os sintomas da dengue?

Jasão (Usuário): Já me explicaram...

Atenas (Trabalhadora): O senhor lembra?!

Ele balança a cabeça em sinal de negação.

Atenas (Trabalhadora): Olha!!

Atenas se dirige às outras pessoas e pergunta: Vocês lembram?

Atenas (Trabalhadora): Falam de algum!

Jasão (Usuário): Vômito, diarreia, ...

Aquiles (Usuário): Dor de cabeça...

Jasão (Usuário): Então me deu dor de cabeça, mas não tinha diarreia.

Atenas (Trabalhadora): Dor de cabeça.

O senhor Pã (Usuário) faz sinal com a mão sobre a sobrancelha e ela continua:

Atenas (Trabalhadora): Dor no fundo do olho.

Atenas se dirige para a Hércules (Usuário) e diz: Ah falta o senhor agora!

Hércules faz gestos com a mão como se não soubesse.

Hemera (Trabalhadora) pergunta: E o principal?

Atenas (Trabalhadora): Qual é o principal?

Hemera (Trabalhadora): A febre!

Atenas (Trabalhadora): A febre né! **Observação Participante Nº 2**

Assim, como apresentado no Quadro 4, constituindo o item classificado como

educação em saúde, a orientação acerca de doenças tem sido frequente em tais fóruns de discussão. E o recorte das observações participantes apresentadas nos permite visualizar que tais orientações vêm sendo realizadas utilizando-se de várias metodologias que variam desde a transmissão de conhecimento até a problematização. As orientações realizadas por meio de linguagem técnica e codificada (constituída por códigos) dificultam o acesso dos usuários às informações e se tornam uma barreira para que o diálogo se estabeleça. Dessa forma, a linguagem codificada, empregada pelos técnicos (no caso, os trabalhadores de saúde), “pode representar uma pretensão de poder à medida que se transforma em códigos não acessíveis para todos, dificultando o estabelecimento de comunicação democrática entre os participantes da interação” (FREDERICO, 2001, p. 162). Nesse sentido, o uso da linguagem se torna um fator de distanciamento e exclusão que

dificulta o processo comunicacional, pois limita a compreensão do que o outro está falando.

Gostaríamos de destacar que as comunicações que emanaram de questionamento dos usuários, como no caso da explicação sobre o uso do veneno contra o mosquito da dengue e da vacina da gripe, guardam possibilidades de tornarem a aprendizagem significativa. O que se intensifica quando se utiliza método de aprendizagem ativo, como na conversa acerca dos sintomas da dengue, é que o conhecimento foi construído conjuntamente, na conversa entre trabalhadores e usuários. Essa última conversa (de orientação) possui muitos elementos que a aproximam de uma ação comunicativa, afinal, considera-se a fala de todos os sujeitos, respeitam-se as regras de validade dos atos de fala (sinceridade, objetividade e retitude) e espera-se que todos se entendam por meio do diálogo.

E esse espaço de discussão é constituído por diversos sujeitos que possuem projetos de vida e visões de mundo diferenciados (diferentes horizontes) que são construídos em suas experiências e formação, na interação com as pessoas e que vão se transformando constantemente. Assim, os sujeitos apresentam diferentes formas de agir nesse grupo, o que configura esse espaço como contraditório e dinâmico, sendo que alguns se mostram mais comprometidos com o estabelecimento de uma boa interação e construção da cidadania que outros. Dessa forma, a heterogeneidade dos sujeitos, em especial os que conduzem esse fórum, pode orientá-lo tanto para espaços que buscam o entendimento entre os pares, como para locais que visam à dominação e ao controle das pessoas.

Retomando a discussão acerca das orientações na reunião, notamos, por meio das observações participantes, que são predominantemente, de caráter

biologicista, no entanto, como nesse espaço deveria ser fomentada a participação, as conversas teriam de ultrapassar a dimensão biológica.

Quanto à percepção acerca da orientação, tanto os usuários como os trabalhadores consideram bom esse aspecto da reunião, como revelam as falas abaixo:

Nós que participa lá da reunião tamo aprendendo bastante coisa lá com vocês e com as meninas. Ah tá sendo bom né, porque a gente apreende várias coisas... Então a gente vai ficando por dentro das doenças que vai aparecendo, que o pessoal do posto vem falando. Quem não vai só perde, rsrs. Quem não vai só perde, porque não fica sabendo nada disso, que nem uma vez tinha um papel escrito lá no posto, olha lá e lê ah tudo bem eu tenho que tomar cuidado com tal coisa, mas não participa da reunião, mas não sabe o que que a médica vai falar, o que que a enfermeira vai falar. **Entrevista Pã (Usuário)**

O bom da reunião é poder ajudar né! É poder ajudar de outra forma (pausa), orientando. **Entrevista Hermes (Trabalhador)**

É interessante que o usuário destaca a orientação da médica e da enfermeira como significativa para seu conhecimento acerca de assuntos relacionados à saúde, o que nos traz indícios da importância dessas discussões nesse grupo. E, como abordado anteriormente, consideramos relevante que as orientações sejam realizadas por meio de metodologias ativas que visem à construção do conhecimento.

Um aspecto que percebemos, nos atos de fala dos usuários em relação às orientações e informações adquiridas nesse espaço, trata da visão individualista quanto aos benefícios provenientes das mesmas. Dessa forma, os usuários participantes desse espaço ressaltam a importância das orientações e informações apenas para si, sem a intenção de transmiti-las para os demais usuários.

Contudo, gostaríamos de salientar que a realização de orientações pelos trabalhadores de saúde não constitui o principal propósito da participação em saúde, bem como divulgação de informações. No entanto, tanto os dados secundários,

coletados nos relatórios de gestão relativos aos assuntos discutidos na reunião (Quadro 4), como as observações participantes e entrevistas nos evidenciaram que esse fórum tem desempenhado uma função predominantemente informativa. O que tem sido constatado pelos trabalhadores com a realização do planejamento estratégico:

Porque não tem mesmo assim né, tem uma tentativa, eu acho que algumas coisas a gente consegue, assim, mas você percebe, a gente percebeu no trabalho que a gente fez que é praticamente informativo o que a gente fez ali! É assim “gente vai ter vacinação, não sei do que” “gente vai ter, está acontecendo isso, isso e isso”. Não tem uma discussão é uma palestra, entre outras. Então agora que eu acho que a gente está caminhando para melhorar tudo isso. **Entrevista Atenas (Trabalhadora)**

Os atos de fala da trabalhadora revelam sua percepção acerca da linguagem, predominantemente informativa na reunião, com ausência de discussões, ou seja, a utilização da linguagem para transmissão de informações “tipo palestra”, na qual os usuários são apenas receptores passivos e apontam a pretensão em modificar essa situação. O reconhecimento de tal contexto revela a importância de revisão do processo de comunicação para a construção de novos caminhos comunicativos.

Consideramos relevante a constatação dos trabalhadores acerca da problemática quanto ao uso da linguagem em tais fóruns, e quando se pretende imprimir novos horizontes comunicativos, a linguagem vai se transformando aos poucos, no processo de interação entre os próprios trabalhadores e destes com os usuários.

Nesse espaço, buscamos fomentar a discussão acerca da informação e orientação na reunião, mostrando seu conteúdo, como vem sendo realizada e percebida por trabalhadores e usuários. Procuramos esclarecer que consideramos importantes essas formas de comunicação em tal espaço, mas para que se desenvolva a participação social, essa não deve ser sua principal característica.

Na sequência de nossas observações participantes, notamos uma melhora qualitativa de tal fórum, já que, nas primeiras reuniões observadas, a comunicação era predominantemente informativa, sendo que ao longo das observações houve modificações na sua dinâmica, especialmente, com introdução do planejamento estratégico para enfrentamento de problemas coletivos.

5.4 A comunicação que tem aproximado trabalhadores e usuários e estimulado a participação

Figura 5. Trabalhador e usuário se comunicam/interagem/participam*.

*Criado por Everson Valderamas Neres em 2009.

5.4.1 A interação entre os sujeitos

Como falamos, anteriormente, os espaços de discussão na saúde se configuram como dinâmicos e contraditórios, sendo que a comunicação estabelecida, ora propicia a participação dos sujeitos nas decisões, ora inibe esse processo, se configurando como excludente.

Já discutimos acerca dos momentos em que a interação entre os sujeitos estava prejudicada e influenciava negativamente sua participação. Nesse tópico procuraremos evidenciar elementos que têm contribuído/potencializado a participação dos usuários, por meio do processo comunicativo. E para essa discussão traremos evidências de falas dos dados coletados.

Em nossas entrevistas, trabalhadores apontaram para a importância da presença do ACS na reunião como potencializadora da participação do usuário e dos demais trabalhadores, como demonstram os recortes de fala abaixo:

Por que muitas vezes vai uma pessoa de uma área e ela não está vendo o agente comunitário dela ali, então ela fica que assim um pouco meio perdida. Aí se o agente dela está ali dá impressão que ela se solta mais, entendeu?! Ela vai perguntar diretamente para aquele agente “a por que que é assim? Por que que aconteceu tal coisa?” Eu acho que desenrola mais sabe! Flui mais a reunião, eu vejo por esse lado! **Entrevista Hera (Trabalhadora)**

Por que é bom pra gente, principalmente, os ACSs que têm a área deles, às vezes surge um problema lá e se ele estiver ali ele vai saber responder. E ele não estando muitas vezes a pessoa não abre, não traz. Eu acho que é importante sim! **Entrevista Hera (Trabalhadora)**

Não, eu me sinto mais segura quando eles (os ACSs) estão na reunião, entendeu, porque às vezes tem perguntas referentes ao trabalho deles que eu não saberia responder, assim como eles não saberiam responder alguma pergunta que eles fazem pro nível superior, assim de encaminhamento, dessas coisas, então eu adoro quando eles vêm e participam. E às vezes é o usuário da área dele então ele conhece o usuário então ele pode explicar melhor né, que ele já conhece o usuário e o usuário já conhece ele e ele fica mais à

vontade, então eu me sinto bastante confortável quando eles estão na reunião, né, eu gosto quando eles vêm participar. **Entrevista Ártemis (Trabalhadora)**

Dessa forma, muitos trabalhadores veem a presença dos ACSs como facilitadora para a participação do usuário, afinal, ele se sente mais à vontade, já que tem maior proximidade com o seu agente e acaba trazendo questões para a discussão. Assim, expõe os problemas para seu próprio ACS, que já conhece sua realidade e tem mais condição de ajudá-lo, auxiliá-lo, guiá-lo em seu enfrentamento, além da relação de proximidade, amizade e confiança que tem com ele. E, além de permitir maior interação com os usuários, gera segurança para os demais trabalhadores, que em alguns casos, não teriam elementos suficientes para responder às demandas dos usuários como faria seu agente comunitário.

E, a fala de uma ACS corrobora com as afirmações acima:

A parte boa é que a gente sempre vê o pessoal tem uns que a gente tem mais intimidade, a gente conversa com aquela pessoa que faz tempo que não vê, que tem mais amizade. É bom assim, você se interar, tem um ou outro que tem mais intimidade e acaba ajudando, porque eles conhecem todos nós, nos bloqueios nos arrastões eles acabam conhecendo todo mundo, então alguém se tornam mais assim. Às vezes ela acaba falando de um problema, que ela nem citou ali na reunião, mas que acaba sendo uma coisa que você traz para a equipe, ela fala “ai menina, eu tinha uma coisa pra falar e não falei”. **Entrevista ACS**

O agente corrobora com as falas anteriores ao considerar tal espaço como interativo, como local de encontro entre trabalhadores e usuários, e que contribui para a participação dos sujeitos, já que a proximidade favorece a vocalização dos usuários. Dessa forma, mesmo fora do contexto da reunião, os usuários podem revelar aos ACSs problemas que não foram apresentados nesse espaço, o que nos revela a relação de amizade, de alteridade entre eles, favorece sua vocalização e inserção nesse grupo. O ACS, por sua vez, nos evidencia que tem cumprido seu papel de intermediação entre usuários e equipe de saúde, pelo compartilhamento das questões trazidas pela comunidade, destacando a relevância do seu trabalho na

interação com os sujeitos (equipe e usuários), o que vai ao encontro das suas atribuições na Saúde da Família.

Mesmo que as revelações supracitadas partam da ótica de trabalhadores, usuários revelam que gostam quando encontram trabalhadores com os quais têm maior proximidade, na reunião, no entanto, nos casos relatados não se tratava de ACS.

Eu acho importante, eu acho legal a participação do pessoal do posto. E fazia tempo que eu não via a enfermeira, fazia tempo que ela não estava participando que eu não via ela lá, né. Aí eu fiquei contente de ver ela ali, eu gosto eu acho legal. [...] Ah eu gosto muito dela desde o começo que ela tá aqui, eu gosto muito dela então, não que eu não goste das outras, eu gosto também. Mas sei lá fazia tempo que ela não participava, então eu fico contente de vê-la ali [...].

Entrevista Héstia (Usuária)

Ah eu acho que ela é bem interessada porque sempre tem três, quatro indo né (na Reunião)! Às vezes tem a dentista, eu adoro a dentista ela me fez perder o medo de dentista, eu gosto quando ela tá lá. Eu gosto desse postinho de saúde [...].

Entrevista Méti (Usuária)

Nessas falas, as usuárias destacam que gostam da presença das trabalhadoras pelas quais sentem afetividade, no caso a enfermeira e a dentista e, ainda, no primeiro fragmento, a usuária se mostra atenta à frequência do trabalhador, referindo que há tempos não participava de tal fórum. E a dentista e a enfermeira que atuam nessa unidade de saúde desde sua fundação revelam que têm estabelecido uma boa interação com usuários, e têm contemplado as atribuições dos trabalhadores da Saúde da Família no tocante à construção do vínculo e valorização da relação de respeito, confiança e afetuosidade.

Assim, o vínculo/fusão de horizontes, construído nas atividades cotidianas do serviço de saúde, acaba por aproximar o usuário da reunião, afinal, sente satisfação em frequentar um espaço formado por pessoas de que gostam, com as quais sempre teve uma boa interação. E denota a importância de constituição de vínculos que favorecem tanto o cuidado como a participação dos sujeitos, o que vai de

encontro aos princípios da ESF.

Dessa forma, na reunião há “encontros” de usuários com trabalhadores, sejam eles os ACSs que potencializam sua participação ou com aqueles que possuem afinidades. Esses encontros seguem o caminho da ação comunicativa, afinal, estão permeados pelo entendimento entre os sujeitos em interação que se respeitam mutuamente e constroem laços de amizade e confiança.

Nesse caso podemos inferir que, por meio do diálogo, há o encontro de horizontes (proposicionais, subjetivos e normativos), o que Ayres (2007) denomina como **fusão de horizontes**, ou seja, “de produção de compartilhamentos, de familiarização e de apropriação mútua do que até então era desconhecido no outro, ou apenas supostamente conhecido” (AYRES, 2007, p. 58). Nesse sentido, o compromisso ético e político das tecnociências da saúde, em seus meios e fins, se aproxima da realização de valores relacionados à felicidade humana e validados como bem comum.

De acordo com esse autor, a felicidade se relaciona a uma racionalidade inteligível de orientação de formas de vida que nos satisfazem, em uma perspectiva pessoal e compartilhada. O racional se refere, nesse caso, a uma forma de regulação das nossas relações intersubjetivas, da nossa vida em sociedade. Dessa forma, a felicidade se refere ao sucesso prático dessa regulação, sendo que a vida em sociedade nos fornece as referências objetivas que orientam os nossos projetos de felicidade. Assim, a busca da felicidade nos remete;

[...] as interações, a dialética individual-coletivo, social-pessoal, público-privado. Não se vive sozinho. Estamos sempre com outros, dos quais dependemos e que dependem de nós, em variados graus e sentidos. Vivemos na polis. Por isso a felicidade é um ideal eminentemente político. A partir de nossas interações, reconstruímos o tempo todo, histórica e socialmente, os conteúdos concretos do que vamos a cada vez entendendo por felicidade. (AYRES, 2007, p. 56).

Como a reunião vem sendo permeada por encontros com trocas de

subjetividades/intersubjetividades, acaba se configurando num espaço de socialização entre as pessoas, em especial, para usuários, que em alguns casos, dispõem apenas desse local para interagir com as pessoas.

Astréia (Usuária): E é bom também, porque nós assim que vive aqui não tem muita amizade, aquela amizade que eu falei que dá para firmar. Então é uma maneira que aproximar das pessoas também (a reunião), tar no meio da sociedade, de se integrar socialmente. [...] E é bom que você está se socializando assim com o povo [...]. Mas eu também tenho receio de chegar perto das pessoas aqui. A gente está vivendo aqui muito só, dentro de casa, só naquela vidinha assim! (pausa). Mas foi bom, até que ajudou bastante, que eu passei a enxergar as coisas, porque quando a gente vive só aqui a gente enxerga de um jeito, mas se você começa a participar da sociedade, saber das coisas, aí você começa a enxergar de outro jeito.

Entrevista Família Astréia (Usuários)

Assim, como revela a usuária e podemos visualizar com este estudo, grande parte das pessoas dessa comunidade tem se mantido distante umas das outras, o que tem limitado sua comunicação e o estabelecimento de relações afetivas. No entanto, esse não é um fato limitado a essa comunidade, vivemos em uma sociedade marcada pelo individualismo, competição e valorização de bens materiais, em detrimento da interação entre os sujeitos. Dessa forma, esse fórum tem possibilitado maior integração e comunicação entre as pessoas que, muitas vezes, vivem “isoladas” em suas casas ou trabalho, contribuindo, assim, para a ampliação do seu olhar, do seu horizonte e para o compartilhamento de experiências de vida.

O fato de a reunião ser vista como um espaço de interação entre os sujeitos pode estar associado ao compromisso com a participação nesse espaço, que se revela pela frequência assídua tanto de trabalhadores como de usuários, como mostram os excertos abaixo.

Eu procuro não faltar nas reuniões na última eu não fui por causa que eu fui no médico à noite, geralmente é de quinta e terça, mais naquele dia foi marcado na quarta. **Entrevista Hemera (Usuária)**

Ah, eu quando chegava aqui de quarta às 6 horas, fazia a janta correndo e subia! Nossa! eu pegava dois ônibus pra chegar aqui e chegava 6 horas e fazia a janta e corria lá. Tomava banho a hora que eu chegava da reunião. **Entrevista Hécate (Usuária)**

Astréia (Usuária): Desde quando começou, né. Nesse tempo todo eu perdi só duas (reuniões)!

Morfeu (Usuário): Quando ela estava operada né! **Entrevista Família Astréia (Usuários)**

Não assim, nível superior, a gente dividiu e quem tem que vir a gente vem mesmo, entendeu, se não dá que nem eu que estava de férias, a médica veio no meu lugar, então agora eu vou cobrir ela esse mês, então sou eu que venho na reunião, então assim eu acho que nível superior a gente sempre tenta estar presente, a ACD também participa bastante da reunião. **Entrevista Artemis (Trabalhadora)**

Nesse item buscamos apresentar elementos que contribuam para discutir acerca da interação entre trabalhadores e usuários na reunião como potencializadora para a participação. E, para isso, expusemos atos de fala que revelam como os vínculos dos usuários com o ACS e outros trabalhadores, como a enfermeira e a dentista, contribuem para que eles vocalizem seus problemas e tenham satisfação em frequentar tal espaço.

Consideramos interessante destacar a importância da interação dos sujeitos, de sua intersubjetividade, na construção dos espaços de discussão, sendo que a fusão de horizontes potencializa a realização de projetos de felicidade, especialmente no âmbito coletivo. E transportando para uma dimensão mais macrossocial consideramos que a sociedade civil começa a se articular, para reivindicar os seus direitos.

5.4.2 Os espaços de participação como espaço de discussão dos problemas locais

Em nossas observações participantes de reuniões, presenciamos ações de planejamento em saúde, bem como as mesmas foram relatadas pelos sujeitos nas

entrevistas. O planejamento desenvolvido nesse fórum se pauta nos princípios do planejamento estratégico situacional.

Essa discussão, em primeiro lugar, suscita o entendimento acerca de planejamento que, de acordo com o cientista chileno Carlos Matus, é a reflexão que precede e preside a ação. A perspectiva estratégica da arte de planejar envolve a construção de maior governabilidade das nossas ações, sempre considerando as visões de todos os envolvidos no processo. Dessa forma, a partir do planejamento estratégico, são colocadas em prática de forma sistemática as visões de mundo dos sujeitos que entram em contato com projetos diferentes, até mesmo antagônicos, seja em seu conteúdo ou forma para alcançar os objetivos do plano.

As bases que sustentam a “visão” situacional do planejamento estratégico consideram a mediação entre o passado, presente e futuro, já que as decisões de hoje têm múltiplos efeitos sobre o devir, mesmo dependendo da evolução futura de processos que não controlamos, fatos que ainda não conhecemos. Assim, concebe, que na produção de fatos sociais que envolvem múltiplos sujeitos, a capacidade de previsão situacional e suas técnicas devem substituir a previsão determinística e tradicional que observa o futuro como mera consequência do passado. Por esse motivo não se descarta o surgimento de surpresas durante a execução do plano, sendo assim o planejamento não deve apenas preceder a ação, mas presidi-la (TONI, 2004).

O planejamento de problemas sociais é eminentemente voltado para problemas que não são estruturados, ou seja, não obedecem a uma lei natural determinista, não podendo ser abordados de forma única, sendo que sua explicação será sempre produto da visão social dos sujeitos que o vivenciam. Dessa forma, o planejamento estratégico situacional mostra possibilidade para atuar sobre esses

problemas.

Esse planejamento, na prática, é composto pelos momentos explicativo, operacional, estratégico e tático-operacional. O momento explicativo corresponde à explicação situacional, na qual são identificados os problemas e selecionado aquele que se deseja atuar primeiramente, em seguida, são eleitas as causas, consequências e realizada a escolha dos nós críticos (centros práticos de ação). No momento operacional, são desenhadas as ações sobre cada nó crítico, em que se procuram definir, para cada operação, os recursos necessários, os produtos esperados e os resultados previstos. Posteriormente, no momento estratégico, se busca construir a viabilidade do plano, considerando-se os interesses, motivações e poder dos sujeitos em cada uma das atividades previstas, a fim de definir a melhor estratégia possível. O último momento é o tático-operacional, no qual as ações são postas em prática e reavaliadas (TONI, 2004).

Dentre as várias modalidades de planejamento estratégico situacional, na Reunião de Comunidade com Trabalhadores de Saúde da Família, desenvolveram-se momentos do Método Altadir de Planejamento Popular (MAPP) que se caracteriza por ser participativo, pois considera a visão das pessoas acerca de seus problemas, estimulando o compromisso dos sujeitos com as ações para enfrentamento dos mesmos, pela promoção de descentralização, democratização e distribuição de poder. O MAPP envolve técnicas de discussão em grupos, sendo efetivo no enfrentamento de microproblemas locais.

Neste momento pretendemos discutir acerca do planejamento realizado nas reuniões observadas. Notamos que sua realização não seguia uma sequência de um encontro para outro, sendo, muitas vezes, interrompido e iniciado novamente em outra reunião, fato que também era percebido por trabalhadores que se mostravam

mais envolvidos com sua realização:

Ou se não, não tem aquela continuidade que eu estava falando do planejamento que eles estão fazendo do planejamento estratégico, tentando fazer com que a população elenque os problemas e aí quando chega para dar continuidade, como o outro profissional da unidade que a gente faz revezamento, né! A médica, a enfermeira, e a dentista cada mês na reunião de comunidade e não tem essa continuidade. Aí não tem a continuidade, aí desanima um pouco, porque vai indo e tem que começar tudo de novo. Né, é não é isso que a gente quer a gente quer que continue, eu sei que tudo isso é a longo prazo. Então é o que eu falei pra você é uma vez a cada três meses, só que assim, eu tento mesmo, tudo o que foi discutido a gente discute, eu peço “ó o que foi discutido na reunião de comunidade” pra falar na reunião de equipe, e aí o que foi discutido na reunião de comunidade, o que a gente vai fazer pra próxima. Eu tento participar dessa maneira pra ter continuidade, mas que eu percebo que não tem esse linque delas, assim nesse sentido “não vamos lá vai ter reunião de comunidade 7 horas”, não tem um planejamento antes. Porque se eu não puxo, pra ter continuidade, parece que não acontece isso. Não culpo, porque assim às vezes, eu esqueço e elas não têm esse conhecimento, de como deve ser pra planejar mesmo. **Entrevista Atenas (Trabalhadora)**

A trabalhadora revela que não tem existido uma continuidade quanto aos assuntos discutidos na reunião, especialmente, quanto ao planejamento estratégico realizado, tendo de muitas vezes reiniciá-lo, o que a entristece. Como há o rodízio dos trabalhadores nos encontros, aqueles que participaram do último encontro devem informar os demais acerca dos assuntos discutidos, durante a reunião de equipe, semanalmente, realizada pela equipe, no entanto, isso nem sempre acontece. Além do mais, nem todos têm conhecimento/capacitação suficiente para conduzir o planejamento, o que gera a centralização da sua condução nas mãos de alguns e interfere na sua continuidade. No entanto, os trabalhadores que dominam tal planejamento referem ter realizado capacitações na equipe.

A falta de continuidade, quanto à construção dos momentos do planejamento, foi notada no decorrer das observações, sendo que, na segunda e quinta reuniões observadas, foram conduzidos passos do momento explicativo, sem existir conexão entre eles. Na quarta reunião observada, houve uma tentativa, sem êxito, de retomar os problemas discutidos no encontro anterior.

No segundo encontro observado, seguindo-se o momento explicativo, com a sucinta exposição do trabalhador acerca do planejamento, os usuários elegem os problemas que consideram mais significantes. Os problemas levantados por eles se referem à falta de pessoal de saúde, especialmente, de médico, melhora da assistência e falta de pavimentação, sendo que os trabalhadores elencaram como problema a falta de pavimentação, como pode ser observado abaixo. E essa conversa se desenvolve dialogicamente, com inclusão de todos os usuários, também revelando que, quando é dado espaço ao usuário, ele é capaz de vocalizar.

Atenas (Trabalhadora): Oh gente, a gente veio hoje aqui também, mas a gente gostaria que tivesse mais gente, a gente vai terminar daqui a pouco, então eu gostaria da atenção de vocês, porque a gente tá fazendo o levantamento de problemas, pra gente poder planejar estratégias de alguma coisa que esteja incomodando vocês, né.

Héracles (Usuário): O problema maior pra mim é o asfalto.

Atenas (Trabalhadora): E aí a gente vai elencar, vai ver qual que tem mais, na opinião de você. O maior problema que vocês consideram na comunidade e aí a gente vai traçar estratégias, pra tentar resolver os problemas, mas todos juntos a comunidade.

Morfeu (Usuário): E como tem problemas né?

Atenas (Trabalhadora): É para o senhor, qual é o maior problema?

Morfeu (Usuário): [...] Se no posto de saúde tivesse vaga antes... Precisa também de mais gente trabalhando lá na farmácia, tem muito doente... Tem muito hipertenso... Precisa mais de enfermeira, de médico... [...] Tá faltando médico e assistência melhor...

Atenas (Trabalhadora): Assistência melhor da saúde, tá.

Jasão (Usuário): leu... Vou lá no posto de saúde lá. Minha mulher entortou a boca, foi no posto lá e eles mandaram fazer acupuntura. Vocês acham que resolve. Está melhorando porque ia melhorar sozinho mesmo. Então ela foi lá e pediu para passar no cardiologista, fizeram o pedido mais já faz 3 meses...

Atenas (Trabalhadora): O problema maior parece que é o encaminhamento que demora?! O encaminhamento que demora!?

Neste momento ela se dirige para o senhor Apolo, pois era o único usuário que ainda não havia falado um problema.

Atenas (Trabalhadora): Não assim, gente, não precisa ser do senhor, mas se o senhor tiver uma ideia do que o senhor falasse o que mais está incomodando na comunidade, o senhor tem uma ideia? O que está incomodando pro senhor e pra sua família?

Héracles (Usuário): Eu falei do asfalto, porque o prefeito já prometeu lá...

Atenas (Trabalhadora): É uma coisa que incomoda muito!

Atenas dirige-se novamente ao senhor Apolo, que se mostra bastante tímido: E o do senhor, o problema da comunidade, que está incomodando?

Apolo faz expressão de questionamento.

Atenas (Trabalhadora): Fala o que mais incomoda? Não tem problema, qualquer coisa... Alguma coisa importante dá uma opinião pra gente! Ele falou do asfalto, ele falou do encaminhamento, vai pensando aí!

Héracles (Usuário): Ele acha que tudo tá bom, rsrs.

Pesquisadora: Mas o senhor acha que algumas das coisas que eles falaram é importante também?

Atenas (Trabalhadora): Dos que eles falaram, qual deles é mais importante pro senhor?

Apolo (Usuário): O asfalto é importante, a saúde é importante.

Atenas (Trabalhadora): Mas qual deles é mais?

Apolo (Usuário): Saúde é mais importante.

Pesquisadora: E o que que o senhor acha que tá errado na saúde, o que o senhor mudaria se o senhor tivesse lá, se tivesse o poder de mudar alguma coisa?

Apolo (Usuário): Iria melhorar se pnhava mais médicos, mais pessoal, dava mais coisa pra população, porque tem muito que pede e demora, então se tivesse mais, ia mais rápido.

Atenas (Trabalhadora): Entendi. O Hermes você como da comunidade, o que você acha que precisava melhorar na comunidade?

Hermes (Trabalhador): [...] Quem nem, eles estão falando do asfalto, o pessoal. Há 2 meses atrás o prefeito veio aqui e falou que ia fazer na próxima semana. Então isso é uma coisa que eu estou incomodado. Cadê o asfalto, cadê o asfalto?

Atenas (Trabalhadora): Então o problema é o asfalto, né?! E para vocês meninas? Pergunta para as duas trabalhadoras. Elas respondem que é o asfalto.

Atenas (Trabalhadora): Oh gente, então a gente anotou todas as queixas que vocês têm pra da outra vez que a gente viera gente vai levantar juntos. Aí na próxima reunião a gente vai escolher que problema a gente vai escolher pra gente tentar resolver, tá bom?E aí não significa porque não foi escolhido o problema de vocês, por exemplo, que, na próxima vez é o próximo problema que a gente vai tentar resolver. Entendeu, só que todos juntos! Tá certo?!

Observação Participante nº 2

Como comentado acima, no quarto encontro observado houve uma tentativa de retomar os problemas elencados na reunião anterior, no entanto, essa estratégia se mostrou comprometida, afinal, foi comentada apenas na ótica do trabalhador e com interrupção da discussão, revelando fragilidades na condução do planejamento.

Selene (trabalhadora): Na outra reunião a gente estava discutindo sobre os problemas da comunidade, qual que era o problema que a comunidade mais falou.

Hermes (trabalhador): Acho que era o asfalto, né.

Héstia (trabalhadora): A enfermeira perguntou e a maioria das pessoas falou que era o asfalto, né, falaram sobre o asfalto e sobre a dengue, né Selene?

Selene (trabalhadora): É a maioria das pessoas falaram sobre o asfalto e também falaram sobre a demanda por especialidades, mas o que a gente não pode fazer nada em cima disso.

Hermes (trabalhador): É o agendamento que está demorando mesmo.

Morfeu (Usuário): Minha mulher tem uma consulta dia 7 marcada, ou melhor minto, do dia 7 marcaram para o dia 14, tava demorando demais e ainda marcaram pro dia 14... **Observação Participante nº 4**

No quinto encontro observado, realizou-se novamente a seleção dos problemas que se mostraram diferentes da segunda reunião, já que variavam os sujeitos presentes e contexto da interação. Assim, nesse encontro, os problemas levantados tratavam da pavimentação, coleta de lixo, segurança e representatividade.

Atenas (Trabalhadora): E hoje eu acho que tem bastante gente. Então a gente poderia andando, entendeu Então assim vocês vão escolher um problema que incomodem vocês na comunidade, que nem da outra vez foi falado do asfalto...

Hera (Trabalhadora): Agora o asfalto eu acho que não é um problema mais, né.

Hermes (Trabalhador): Ainda não começou.

Começa a perguntar para as pessoas iniciando pelas mais próximas a ela.

Atenas (Trabalhadora): Deméter, então qual o problema que você queria resolver na comunidade?

Deméter (Usuária) faz ar de interrogação [...].

Atenas (Trabalhadora): Vai pensando que todo mundo vai falar, assim como comunidade como representante.

Deméter (Usuária): O asfalto. É só lá embaixo né, agora quem mora aqui em cima.

Atenas (Trabalhadora): Então pra quem mora aqui em cima não é esse problema por isso que eu gostaria que todo mundo falasse.

Atenas se dirige para Pomona e pergunta: Tem alguma coisa que você gostaria de melhorar, ou mudar ou não?

Ela timidamente balança a cabeça em sinal negativo.[...]

Atenas (Trabalhadora): É vai pensando aí. (Dirige-se para a sra. Mégara, que está na sequência): E você?

Mégara (Usuária): Eu?! (Fala com espanto). Vou pensar!

Atenas (Trabalhadora): Vai pensando! Alguém já pensou em alguma coisa?(pausa). Pode falar gente aqui não tem problema nenhum, aqui é.

Neste momento Hera (Trabalhadora) olha para sra Hebe (Usuária) e fala baixinho: Qual é o problema lá da nossa rua?

Hebe (Usuária): Ai fala que eu não lembro.

Atenas (Trabalhadora): Então fala Hera.

Hera (Trabalhadora): Bom eu acho que o que mais incomoda a comunidade, na nossa rua é aquele monte de sacola de lixo, amontoado num lugar só, que fica horas e horas, os cachorros rasgam e espalham, depois ninguém limpa. Então tipo assim, pra

que que você coloca o lixo tudo certinho, tem a sua lixeira do lado, pra eles pegarem e fazer aquilo ali. Então isso incomoda, incomoda a mim, incomoda o Ares que comentou comigo. Por isso que eu estou comentando.

Hebe (Usuária): Deixa na frente de casa.

Hera (Trabalhadora): Cada dia eles colocam num lugar, então pra que tem a lixeira se eles fazem isso? Ou facilita pra eles então, mas não deixa tanto tempo aquilo lá. Às vezes eles passam ali por volta das 8 horas, quando assim meio-dia eles estão passando pra recolher. É uma coisa que eu acho que aqui em cima tá um problema muito sério. Pelo menos na nossa rua tá!

Atenas (Trabalhadora): E pra você? (pergunta para Gaia)

Gaia (Usuária): Na minha também!

Hera (Trabalhadora): Na sua também né, Hefestos?!

Hefestos (Usuário) Faz sinal afirmativo balançando a cabeça.

Atenas (Trabalhadora): Mas assim isso é prioridade pra você agora neste momento, o lixo? Ou tem outro problema que está incomodando? **Gaia (Usuária):** Acho que é só o lixo mesmo!

Hefestos (Usuário): O lixo incomoda todos.

Hera (Trabalhadora): Por que eu acho que em todo bairro, né, é assim!

Pomona (Usuária) conversa com Nix (Usuária) e Atenas pergunta: Você tem alguma coisa? Pode falar então? [...]

Nix (Usuária): O problema ali é que não tem policiamento, não passa polícia de jeito nenhum, é um roubo! Só vem quando você chama. Você não vê a cara de um polícia, se tiver alguém pra prender aí eles estão lá. Aí eles levam o pessoal algemado, aí acabou, aí some! Não volta mais! [...]

Atenas (Trabalhadora): Oh, a Deméter falou do asfalto, a Hera e o moço ali falou do lixo, você tá falando do policiamento.[...] Então assim, a gente pode colocar um problema também a falta de representatividade da comunidade, de reunir a comunidade e estar tentando ajudar vocês aqui.

Neste momento chegam mais pessoas que ficam em pé ao redor do grupo, Atenas pede que se sentem e eles se acomodam.

Atenas (Trabalhadora): A gente está conversando que a gente está fazendo uma votação aqui dos problemas que podem estar resolvendo na comunidade. Tem alguma coisa que está te incomodando que você queira resolver? O asfalto, lixo.

Selene (Usuária): Eu não tenho nada que reclamar não, o asfalto já está começando em frente da minha casa, semana que vem já acaba.

Atenas (Trabalhadora): O policiamento você acha que está bom também?

Selene (Usuária): Eu acho que tá, em casa eu moro sozinha e nunca sumiu nada, eu deixo até o portão aberto, não tenho o que reclamar não!

Atenas (Trabalhadora): E a senhora? (pergunta para a próxima que também havia acabado de chegar). Ela faz expressão que não tem problema. **Observação Participante nº 5**

Assim, apesar de não dar continuidade aos problemas já levantados, na

segunda reunião observada, no quinto encontro buscou-se estimular a participação

dos usuários na eleição dos problemas, considerando sua falas, num esforço inclusivo para que todos vocalizassem sua opinião. Esse aspecto segue a proposta do planejamento estratégico de incluir as visões de mundo de todos os sujeitos que vivenciam os problemas. No entanto, percebemos certa direcionalidade dos trabalhadores em relação aos problemas estruturais como pavimentação e coleta de lixo, enquanto os usuários, por vezes, se mostram interessados em atuar sobre questões da saúde, como demora no atendimento de especialidades e exames, dentre outros, como foram apontados no segundo encontro observado.

E na quinta reunião, após o levantamento dos problemas, deu-se continuidade ao momento explicativo do planejamento, sendo esclarecido aos usuários, em linguagem clara e compreensível, a realização de cada passo que compõe os momentos do planejamento.

Atenas (Trabalhadora): A gente vai fazer a votação, como funciona a gente vai fazer a votação dos problemas aí a gente vê qual foi mais votado e a gente trabalha com esse problema para gente ver como a gente consegue resolver ele. Não significa que o problema que você falou a gente não vai tentar, mais primeiro a gente vai resolver o que todo mundo está querendo, entendeu? O gente, agora, a gente escolheu quatro problemas aqui da comunidade (consulta o caderno que Hera anotou), agora todo mundo vai votar e eu acho que todos aqui são possíveis de resolver até rápido, rápido que eu falo assim, não tem muito, não é muito difícil, eu acho que todos estão na nossa governabilidade. Todos estão nas nossas mãos fazer e eu acho que é possível fazer. O primeiro que ficou foi o acúmulo de lixo. O primeiro não, eu estou falando os principais, tá. O acúmulo de lixo, é o asfalto, a segurança, a falta de representatividade no bairro. Agora eu gostaria que todo mundo votasse em um desses quatro.

Observação Participante nº 5

Sendo assim, se inicia a votação dos problemas, de forma democrática com a participação de todos os presentes, como se pode visualizar abaixo:

Atenas (Trabalhadora): Dona Deméter a senhora vota em qual?

Deméter (Usuária): Ah eu voto no que eu falei!

Atenas (Trabalhadora): O asfalto então!

Hera (Trabalhadora): Espera só um pouquinho deixa eu colocar aqui, asfalto, lixo, falta de representatividade, segurança. O asfalto um.

Atenas (Trabalhadora): E você? (pergunta para a próxima Mégara)

Mégara (Usuária): Segurança!

Atenas (Trabalhadora): Hebe, Hebe ! Qual que você escolhe?

Hebe (Usuária): O asfalto.

Atenas (Trabalhadora): O asfalto? E você?

Nix (Usuária): O asfalto!

Atenas (Trabalhadora): O asfalto também. Dos quatro problemas, você? (aponta para Gaia)

Gaia (Usuária): O asfalto, mas pra mim já resolveu.

Atenas (Trabalhadora): Na sua opinião qual problema, o lixo, o asfalto, a segurança ou a representatividade.

Gaia (Usuária): Eu acho que é o lixo!

Atenas (Trabalhadora): Esse planejamento é assim, a gente vai tentando resolver por prioridade. E você? (pergunta para a próxima)

Circe (Usuária): O lixo.

Atenas (Trabalhadora): Você?

Pomona (Usuária): Pra mim é o lixo.

Atenas (Trabalhadora): E o senhor?

Hefestos (Usuário): Lixo.

Atenas (Trabalhadora): Lixo. E a senhora?

Perséfone (Usuária): Segurança.

Atenas (Trabalhadora): E você? -(pergunta para Hera)

Hera (Trabalhadora): Lixo.

Atenas (Trabalhadora): Então vamos fazer a contagem! (se aproxima de Hera que está anotando os dados). Oh, o do lixo ganhou em primeiro lugar, lixo seis, asfalto cinco, segurança cinco e representante um. Eu, assim eu pertenço a essa comunidade de uma certa forma porque eu já estou há cinco anos nessa unidade de saúde e isso pra mim também é considerado um problema. Agora o que que a gente vai fazer, como o lixo é o primeiro, nada também vai impedir de a gente discutir os outros que a gente escolheu. Só que agora a gente vai nesse primeiro tentar resolver. **Observação**

Participante nº 5

E após a seleção do problema, seguindo os passos do momento explicativo, passou-se para a explicação das causas e consequências e identificação dos demais sujeitos envolvidos no problema. E criativamente, o trabalhador problematizou os usuários, para que falassem acerca das causas do problema e sua repercussão, revelando mais uma vez que o usuário permanece calado, quando não encontra espaço para falar, já que participaram ativamente desse processo.

Atenas (Trabalhadora): O lixo, porque, o que que está acontecendo? Qual que é causa desse lixo ficar aí jogado (pausa). Por que o lixo está lá jogado?

Nix (Usuária): A gente coloca o lixo lá na lixeira, aí passa em seguida, se eu acordo um pouquinho mais de 8, já pegou ou não pegou, aí ele tira e faz um monte na frente da casa dela e passa lá para meio-dia, meio-dia e meio.

Atenas (Trabalhadora): Aí a senhora acha que demora?

Nix (Usuária): Aí cachorro não tem nenhum pouco né! Aí e rasga tudo e espalha.

Atenas (Trabalhadora): Essa é a consequência de o lixo estar lá!

Atenas (Trabalhadora): Tá lá jogado no chão!

Pesquisadora: Mas por que que eles tiram o lixo e passa para pegar depois?

Gaia (Usuária): Então aí eles fazem um monte lá no meio da rua.

Nix (Usuária): Aí só depois eles vêm pegar.

Hermes (trabalhador): O que acontece é o seguinte, não estou justificando, é que eles têm muita tarefas, eles trabalham em 4 bairros.

Nix (Usuária): Mas não precisa espalhar o lixo.

Hermes (trabalhador): Eu não estou defendendo eles, eles têm uma área que eles têm que fazer, e eles têm que fazer, não interessa o quanto eles fizerem. Então é por isso que eu acho que eles amontoam, agiliza trabalho deles é por isso, depois eles passam só pegando.

Gaia (Usuária): Só que ao invés de limpar está sujando mais! Fica lá aquele lixo e cachorro rasga...

Atenas (Trabalhadora): Isso é uma consequência que ela está falando. (As pessoas começam a falar ao mesmo tempo). O gente sabe que seria interessante cada um falar de uma vez, se cada um falar de uma vez vocês podem até erguer a mão. Ela estava falando que o cachorro pega e abre tudo e fica aquela sujeira. Qual que é outra consequência? Que pode ter?

Gaia (Usuária): Mosca, mal cheiro..

Atenas (Trabalhadora): O que que a mosca faz?

Gaia (Usuária): Doença...

Atenas (Trabalhadora): Doença, se traz doença o que que vai acontecer?

Gaia (Usuária): Eu já cheguei a limpar o meio do asfalto, de tanto lixo espalhado, aí a gente tem que limpar né, aí fica aquele mau cheiro, aí tem que limpar!

Atenas (Trabalhadora): E aí você tem que fazer um monte de outras coisas, tem que gastar tempo para limpar uma coisa que já estava limpa. E aí o Hermes colocou, eu acho também que assim, por que que eles fazem isso? Porque facilita para eles, o que que a gente pode fazer agora.

Atenas (Trabalhadora): Quem que é o responsável pelo recolhimento do lixo, é da prefeitura ou é terceirizado?

Hermes (trabalhador): Eu acho que deve ser a secretaria de serviços urbanos [...].

Atenas (Trabalhadora): O Hermes está falando aqui que é o secretário de obras...

Hermes (trabalhador): A secretaria de serviços urbanos. A Emdurb – Empresa Desenvolvimento Urbano. **Observação Participante nº 5**

Geralmente, os planejadores, no passo de identificação das causas e

consequências, a partir dos relatos dos sujeitos envolvidos no problema, esquematizam uma “árvore explicativa”, contendo as causas interligadas entre si, de um nível mais geral para um espaço micro, determinando as consequências que também são interligadas. A esquematização de tal árvore permite a clara visualização das razões do problema explicada pelos sujeitos e possibilita a

identificação dos nós críticos, ou seja, as causas das quais os sujeitos têm governabilidade e são impactantes na resolução do problema. Assim, a última etapa do momento explicativo corresponde à eleição dos nós críticos.

No entanto, os usuários expuseram causas do problema e essas não foram esquematizadas, de modo que permitissem sua clara visualização, como, por exemplo, sua exposição em uma árvore explicativa, o que possivelmente, pode ter comprometido o êxito na realização do momento subsequente. E assim, o trabalhador que atuava como facilitador desse planejamento, desvirtuando seus métodos, não se baseou nos nós críticos, já que os mesmos não haviam sido elencados, avançando para o momento operacional. Dessa forma, o desenho das operações baseou-se no problema como um todo, e além do mais, partiram da ótica do condutor, o que pode ter contribuído para que os usuários não visualizassem as ações como suas, como revelam as falas abaixo:

Atenas (Trabalhadora): O que vocês acham como população, o que que a gente pode fazer para tentar resolver esse problema?

Hebe (Usuária): Isso daí eu acho que era o presidente do bairro que tinha que ir atrás e não a gente né!

Atenas (Trabalhadora): Mas ele já tem tanta coisa pra fazer.

Hebe (Usuária): Então é a responsabilidade que ele tem!

Atenas (Trabalhadora): O que que a gente poderia conversar com a Emdurb? (pausa) O que que a gente poderia fazer para melhorar isso? Tem algum representante que poderia marcar lá na Endurb para conversar sobre isso?

O grupo permanece calado.

Atenas (Trabalhadora): Porque gente, se a gente começar a fazer as coisas só nós, isso daí não é do posto de saúde, é da comunidade. Quem tem que fazer é a comunidade, se o presidente não está aqui, nós precisamos fazer alguma coisa como cidadãos.

Observação Participante nº 5

Isso acaba por potencializar a emersão de outros problemas, como a falta de representatividade do presidente do bairro e também a desarticulação desse fórum com os representantes da comunidade e com os demais colegiados existentes, no nível local, como as reuniões de associações de bairro. O que o caracteriza como um espaço restrito à área da saúde, da unidade de saúde, como já discutido

anteriormente.

Sendo a quinta reunião observada, a última que participamos como pesquisadores, não foi possível acompanhar a continuidade do planejamento. Além do mais, outros motivos de ordem política também contribuíram para seu “freamento”. Como estávamos passando por um momento de eleições no âmbito da administração municipal, e como haviam sido convidados para o próximo encontro representantes da comunidade que estavam ligados a candidatos que concorriam a cargos municipais, os trabalhadores optaram por não darem sequência ao planejamento durante esse período, e reiniciá-lo após as eleições.

Contudo, mesmo observando a construção de praticamente um momento do planejamento, acreditamos que essa estratégia, da forma como vem sendo realizada, desconsiderando alguns desvios, tem se mostrado bastante válida para incluir o usuário na discussão, numa perspectiva comunicativa. Afinal, tem sido considerada a visão de mundo (objetiva, normativa e subjetiva) dos sujeitos, com vistas à elaboração de um projeto coletivo que vise à melhora da qualidade de suas vidas. Para que as ações do plano sejam efetivas, devem partir dos sujeitos inseridos no processo e respeitar sua subjetividade/intersubjetividade, na construção dos projetos de felicidade coletiva.

No entanto, Rivera (1995) aponta contrastes entre a lógica da racionalidade do planejamento estratégico e do agir comunicativo, sendo que os atores que planejam se distanciam comunicativamente daqueles que planejam. Critica as organizações que muitas vezes se orientam pelo ponto de vista cognitivo-instrumental, com vistas ao sucesso e pela objetualização das relações sociais que nelas se desenvolvem. O autor considera que o planejamento nas organizações pode ser visto pelo prisma do agir comunicativo habermasiano, que é permeado

pelos significados que os sujeitos organizacionais atribuem a sua práxis e pela negociação permeada pelo diálogo que contemple os múltiplos pontos de vista e se oriente ao entendimento entre os pares (FREDERICO, 2001).

Os trabalhadores acreditam que o planejamento pode potencializar a resolubilidade das ações desse espaço, imprimindo-lhe visibilidade.

Não tenho ideia, mas a gente vai procurar com esse trabalho né, do MAPP, pra ver o que a gente pode conseguir. Assim quem sabe surte um interesse da comunidade participar mais, quando eles virem assim resultados né, “ah eles querem resolver o problema do lixo”, eu acho que quando eles perceberem que eles reclamam e dá resultado, né! Então eu acho que eles querem ser escutados, só que eu acho que às vezes, foge da nossa governabilidade né, então não depende da gente, depende né, de cima, então, só que tem que esperar, vamos ver agora iniciando esse trabalho, né, se a gente consegue né, avançar um pouquinho né! **Entrevista Artemis (Trabalhadora)**

Essa fala revela, também, que os usuários “querem ser escutados”, querem ter sua voz ouvida e muitas vezes os trabalhadores não têm condições de atender a suas necessidades vocalizadas, o que acaba gerando insatisfação de ambos e acredita que o planejamento pode “escutar” e atender a alguns ruídos desses sujeitos.

Além de guardar a potencialidade de constituir um espaço resolutivo e atraente para a comunidade, a construção do planejamento tem sido um meio de reivindicação de direitos. Dessa forma, a reunião se configura como espaço de luta pelos direitos, o que se encontra na gênese do movimento de participação social, nesse caso, resultante da mobilização de forças da sociedade civil, na qual os trabalhadores de saúde são os agentes que impulsionam esse processo.

Mas eu acho o meu papel importante na comunidade, porque assim eu pelo menos procuro e tento mostrar a função da reunião de comunidade, né! Que são pessoas que são cidadãos que têm que lutar pelos seus direitos que têm que construir uma coisa coletiva, e que eu estou ali para apoiar eles [...]. **Entrevista Atenas (Trabalhadora)**

Astréia: Eu acho assim, que o pessoal do posto é um incentivo pra puxar as pessoas pra lutar né! Pra incentivar como incentivo.

Entrevista Família Astréia (Usuária)

E os trabalhadores estimulam os usuários a lutarem por seus direitos, ativamente, inclusive se articulando com outros fóruns em nível regional.

Selene (Trabalhadora): Eu acho assim a realidade de reunião de comunidade a gente precisava criar coragem! A gente precisava criar coragem. [...] Assim se tem uma coisa que está me incomodando, se estourou na frente da minha casa, tá incomodando meu vizinho. Então por que eu não chamo uns três quatro e venho aqui na reunião e falo!? Nesta reunião eu tenho que fazer alguma coisa eu tenho que tomar alguma atitude, porque, eu chego aqui falo, às vezes a gente fala, só que a gente não toma uma atitude. Esse papel vai para a secretaria ele vai ser lido, mas onde vocês já viram sair alguma coisa menos demorada ainda, se você não lutar por ela. Onde vocês já viram sair alguma coisa que vocês não vai lá reivindicar, não vai sair, se sair demora muito! Então a gente espera assim, a gente espera, a gente queria que acontecesse assim! Que isso mexesse com vocês, que a gente acordasse e que lutasse por alguma coisa. Nós estamos aí a todo o momento reclamando do asfalto no Atlântida II. Agora, por exemplo, assim, eu fico esperando pela Cláudia ir fazer alguma coisa, eu fico esperando o fulano fazer alguma coisa?! Então esse momento é um momento do que está me incomodando, vamos lá! Se é pra ajudar o outro vamos lá lutar! Como que a gente vai fazer isso. Vamos sair daqui umas quatro ou cinco pessoas e vamos lá no CONSUL. **Observação Participante nº 1**

No entanto, pudemos notar que um nó presente nas reuniões tem sido sua falta de articulação com o Conselho Regional e Municipal. Na fala apresentada, a trabalhadora chama os usuários a participarem das reuniões do Conselho de Saúde da Região Sul, no entanto, apenas trabalhadores têm frequentado esse conselho.

Num nível macrossocial, consideramos que a sociedade civil está se articulando para levar suas demandas à sociedade política, concretizando elementos da participação social pautados nos princípios de democracia e cidadania.

Nesse tópico procuramos abordar como vem sendo realizado o planejamento estratégico situacional, por meio da apresentação de seus momentos, na Reunião de Comunidade com Trabalhadores de Saúde da Família, buscando evidenciar suas potencialidades na inclusão do usuário na discussão, tornando-o sujeito desse processo e na construção da cidadania, pela reivindicação de direitos/ construção de projetos de felicidade coletiva.

6 Considerações

6.1 Comunicação dos resultados com a revisão de literatura

Neste espaço procuraremos realizar uma breve aproximação dos nossos resultados com os questionamentos realizados na pesquisa bibliográfica. Durante a análise, já foram realizadas conexões entre elementos presentes na revisão de literatura com os achados do estudo, no entanto, isso foi feito na medida em que surgiam questões que se relacionavam, sendo que, naquele momento não procuramos responder a todos os questionamentos sistematicamente.

As questões levantadas na pesquisa bibliográfica abordam o entendimento acerca de participação social, a visão dos trabalhadores acerca da participação dos usuários, as atividades de cunho participativo desenvolvidas pela USF estudada, os limites, as potencialidades e o modelo de comunicação presente nesse espaço.

Quanto ao entendimento de participação social dos sujeitos estudados, percebemos que o discurso dos trabalhadores, por vezes, se distancia da prática nos fóruns de discussão, afinal, concebem a participação como a atuação da comunidade sobre os problemas locais, no entanto, não propiciam ou limitam a fala do usuário acerca de seus problemas. Sendo que os trabalhadores percebem a sua participação de forma restrita, muitas vezes, se colocando fora das questões da comunidade, além de distanciar os usuários da elaboração do processo de trabalho da unidade, apesar da construção do planejamento estratégico situacional dos

sujeitos que compõem a reunião representar uma tentativa de se fomentar um espaço participativo.

A compreensão/entendimento dos usuários quanto à participação nos pareceu velada, em primeiro lugar, porque, em muitos casos, a frequência dos sujeitos à reunião está condicionada ao Bolsa Família e também devido a sua baixa vocalização nesse espaço, o que não nos permitiu visualizá-la com clareza. No entanto percebemos que consideram relevante a resolução dos problemas locais e também daqueles relacionados à área da saúde como demora no atendimento das especialidades e realização de exames, falta de medicamentos, entre outros. E associam a ideia de participação nos fóruns à informação acerca da saúde e funcionamento da USF, afinal, esse espaço até o momento predominantemente cumpriu essa função.

Em relação à visão dos trabalhadores acerca da participação dos usuários, podemos notar que os culpabilizam por sua falta de interesse, no entanto, percebem outros elementos que a dificultam, como o cansaço do trabalho e os afazeres domésticos. No entanto, não presenciamos a associação do desinteresse dos usuários à dinâmica da reunião por parte dos trabalhadores, sendo que predomina o discurso que melhorar tal espaço deve ter maior presença dos usuários, enfatizando apenas o caráter quantitativo. Além do mais, a participação do usuário é vista como movida por interesses, principalmente, relacionados ao recebimento do Bolsa Família.

Tratando-se das atividades voltadas à participação social, na USF estudada, como nos achados da revisão de literatura, os colegiados se constituem como único espaço para o desenvolvimento da participação, sendo que, no cotidiano do processo de trabalho da unidade, o usuário não está incluído no processo de

decisão. O que revela que esse espaço tem potencialidade para a construção da cidadania, no entanto, a participação fica restrita a ele, sendo que, de acordo com a Atenção Básica, todo o processo de trabalho deve ser permeado por práticas democráticas e participativas. E como abordamos em nossa análise a atuação dos trabalhadores ora se caracteriza por práticas que buscam enfrentar os problemas locais, ora por atividades marcadas pela dominação linguística, desrespeito e exclusão do usuário dos processos comunicativos.

Quanto aos limites relativos à participação no fórum estudado, encontramos especialmente aqueles ligados à comunicação, como a permanência do usuário calado, o que pode estar relacionado à sua inserção social e ação não inclusiva dos trabalhadores, sendo que a este grupo pertence a hegemonia do uso da linguagem. Aliado ao fato da predominância do caráter informativo na reunião, caracterizada pela transmissão de mensagens aos usuários, se configurando um espaço prescritivo, excludente e segmentado.

Outra questão que revelou fragilidades na construção da participação nesse espaço refere-se ao caráter compulsório da frequência dos beneficiários do Programa Bolsa Família e, como essa condição não é verdadeira, nos faz refletir acerca do desrespeito às pessoas e comprometimento da interação entre os sujeitos. Também nos foi revelada a insatisfação em participar desse colegiado, sendo que muitas vezes, tanto trabalhadores como usuários, consideraram a reunião como um “fardo”.

Quando relacionamos os limites encontrados na coleta de dados com aqueles levantados na revisão de literatura, notamos a semelhança de muitos problemas, a falta de representatividade, a pouca relevância designada a esse espaço pelos sujeitos que o compõem e pelos formuladores de políticas da saúde, já que, em

tese, se constitui como único espaço no qual se deve desenvolver a participação, revelando que esse princípio do SUS é visto como sendo de caráter “residual”, pouco relevante, apenas como um requisito a se cumprir.

Provavelmente, a pouca importância designada à participação se relaciona à falta de capacitação dos sujeitos, em especial, dos trabalhadores de saúde, para que repensem sua prática e o modelo de saúde e sociedade que estão construindo, o que nessa direção corrobora com a concepção biologicista e curativista da saúde e com a consolidação de uma sociedade marcada por iniquidades.

Consideramos que a interação entre os sujeitos e a atuação sobre os problemas locais se mostram como potencialidades desse espaço na construção da participação social. A comunicação, permeada pela alteridade, confiança, respeito e afeto, se revela como elemento importante para aproximar os usuários dos espaços de participação e dos próprios trabalhadores. Consideramos que há a realização do planejamento estratégico situacional na reunião, pautado, predominantemente, no acordo intersubjetivo, como possibilidade de ampliar a atuação dos sujeitos sobre os problemas da comunidade, ao passo que se orienta por projetos de felicidade coletiva.

Dessa forma, esse espaço tem apresentado “linhas de fugas” que potencializam a participação em saúde, e acreditamos que precisam ser concentrados esforços para expandi-las. Assim, se mostra necessário investir na principal “matéria-prima”, ou seja, na comunicação intersubjetiva, entre trabalhadores e usuários, pautada na fusão de horizontes e construção de projetos de felicidade coletiva.

6.2 Considerações provisórias

Para concluir, não concluindo, mas abrindo para a reflexão, gostaríamos de realizar algumas considerações, mesmo que provisórias acerca desta pesquisa. Mas por que provisórias? Possivelmente porque consideramos que, nas ciências, não há verdades definitivas e fechadas, mas que dependem dos olhares, do modo como o pesquisador cuida do seu objeto de estudo, que por sua vez, se relaciona ao momento histórico vivido.

Assim, podemos dizer que nossa pesquisa traz evidências válidas acerca da comunicação em espaços de discussão na Saúde da Família, quando visualizada sobre o prisma da ação comunicativa e nos contextos em que se desenvolveu o estudo.

A construção dos dados nos revela caminhos tortuosos do uso da linguagem que contribuem tanto para oprimir como para emancipar os sujeitos. Assim, a análise nos permite visualizar fóruns de Saúde da Família como espaços dinâmicos e contraditórios, constituídos tanto por momentos marcados pela interação, alteridade e confiança entre os sujeitos, visando a ampliar os horizontes participativos, permeado pela equidade e luta por direitos, ou seja, pela construção de projetos de felicidade coletiva, bem como por situações caracterizadas pela dominação e desrespeito que desvirtuam as relações e o princípio da participação no SUS.

As configurações desses espaços são perpassadas por diferentes concepções do processo saúde-doença que permeiam a organização do trabalho nos serviços de saúde. Na ESF, contrariamente a sua proposta, está presente a compreensão de saúde biologista e curativista, voltada para a cura das enfermidades dos sujeitos, desconsiderando-se o seu contexto, sendo que, de

acordo com esse modelo de saúde pouca ou nenhuma relevância é designada à participação dos usuários. No entanto, há trabalhadores que concebem a saúde como determinada pela inserção social dos sujeitos, no qual a participação dos usuários é vista como fundamental na luta por melhores condições de vida. Assim, coexistem diversas lógicas e práticas num mesmo espaço, sendo que na área da saúde tem predominado a compreensão restrita, acerca da saúde, que se pauta em uma comunicação hierarquizada e autoritária em que não há espaço para a participação dos usuários.

Dessa forma, as relações entre os trabalhadores e usuários podem tanto gerar aproximações intersubjetivas entre eles (fusão de horizontes), como os aproximar dos espaços de participação e de sua construção. Por outro lado, se mostra bastante frequente a comunicação utilizada para dominar, manipular e prescrever os modos de cuidar da saúde, em especial dos problemas da comunidade, sendo que sua definição e o modo de atuar sobre os mesmos são ditados pelos trabalhadores. Além do mais, muitas vezes desrespeitam a vontade dos usuários, ao impor a obrigatoriedade da participação aos beneficiários do Bolsa Família, sendo que trabalhadores revelam-se insatisfeitos em participar.

Se por um lado as diferentes concepções de saúde interferem na ação dos trabalhadores na reunião, a inserção social dos usuários influencia negativamente sua comunicação. Como esses sujeitos desfrutam de precárias condições de vida e trabalho, ficando praticamente isentos de proteção social, aliado ao aparato simbólico que os destituem e desvalorizam seus “saberes”, não encontram espaço para vocalização de suas necessidades. No entanto, quando lhes é proporcionado espaço, eles expõem com clareza e objetividade suas expectativas, anseios e opiniões.

Além disso, o modo de agir dos sujeitos, tanto de trabalhadores como dos usuários, é determinado pelos desejos, visões de mundo, experiências e projetos de vida e formação. No entanto, a difusão dos ideais burgueses busca homogeneizar os projetos de felicidade das pessoas e associá-los ao consumismo, levando inclusive a visão de saúde como mercadoria, o que por sua vez se relaciona ao entendimento acerca do processo saúde-doença. Gostaríamos aqui de destacar a importância da formação (inclusive de educação permanente) na prática dos sujeitos, em especial dos trabalhadores de saúde, já que eles podem atuar como “multiplicadores”.

Assim, consideramos a reflexão sobre a prática como uma via para redirecionar a comunicação predominante na área da saúde, marcada pelo discurso impositivo e que não permite a problematização de suas prescrições. Afinal, sua construção é humana, e o homem é um ser dotado de capacidade de repensar sobre suas ações e fazê-las de outra forma. Sendo que muitas vezes, os sujeitos repetem mecanicamente suas ações sem refletir sobre elas, instituindo e cristalizando o que já está dado.

No entanto, essa questão é muito complexa, afinal, o contexto político e social, atualmente orientado pelo neoliberalismo e pelos interesses de grandes empresas que visam ao lucro, busca difundir o modelo de saúde curativista e hospitalocêntrico como comprometido com a saúde e qualidade de vida das pessoas, sendo que o SUS é mostrado como precário e para os pobres.

Reconhecemos que o SUS enfrenta muitos problemas, de várias dimensões, tanto políticas, econômicas, estruturais, mas esse sistema, como fruto dos movimentos sociais (em especial o da Reforma Sanitária), continua dependendo da participação da sociedade para efetivação dos seus princípios.

Por um fim provisório, consideramos que os espaços de discussão da saúde carregam muitas potencialidades que precisam ser “potencializadas” e ampliadas para se reconstruir um modelo de comunicação que permita a participação dos sujeitos e sua participação nas políticas sociais, sendo necessário que a lógica inclusiva e participativa ultrapasse esses espaços e permeie todo o processo de trabalho nos serviços de saúde. Assim, embora apresente limites, este trabalho mostra “caminhos” que podem ser reveladores, afinal, há possibilidades de os sujeitos reconhecerem a si mesmos e reconhecerem o outro e de se estabelecer uma interação que democratize a participação.

REFERÊNCIAS

- ALBORZ, A.; WILKIN, D.; SMITH, K. Are primary care groups and trusts consulting local communities? **Health & Social Care in the Community**, Oxford, v. 10, n. 1, p. 20-28, Jan. 2002
- ARANTES, C. I. S. et al. O controle social no Sistema Único de Saúde: concepções e ações de enfermeiras da atenção básica. **Texto & Contexto Enfermagem**, Florianópolis, v. 16, n. 3, p. 470-478, 2007.
- AYRES, J. R. C. M. et al. O conceito de vulnerabilidade e as práticas de saúde pública: perspectivas e desafios. In: CZERESINA, D.; FREITAS, C. M. **Promoção da saúde: conceitos, reflexões, tendências**. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2003. p. 117-139.
- AYRES, J. R. C. Sujeito, intersubjetividade e práticas de saúde. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 6, n. 1, p. 363-372, 2001.
- AYRES, J. R. C. Hermenêutica e humanização das práticas de saúde. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 10, n. 3, p. 549-560, 2005.
- BANDESHA, G.; LITVA, A. Perceptions of community participation and health gain in a community project for the South Asian population: a qualitative study. **Journal of Public Health**, Oxford, v. 27, n. 3, p. 241-245, sept. 2005
- GIOCOCHEA DE LOPEZ, L. O. J. **Uma aproximação à avaliação da participação comunitária em SILOS: Projeto-UNI Marília**. 1996. 174 f. Dissertação (Mestrado) - Faculdade de Saúde Pública, Universidade de São Paulo, São Paulo, 1996.
- BARDIN, L. **Análise de conteúdo**. Lisboa: Edições 70, 1979.
- BOAVENTURA, E. M. **Metodologia da pesquisa: monografia, dissertação e tese**. São Paulo: Atlas, 2004.
- BÓGUS, C. M. **Participação popular em saúde: formação política e desenvolvimento**. São Paulo: Annablume; FAPESP, 1998.
- BRASIL. Constituição (1988). **Constituição**: República Federativa do Brasil. Brasília, DF: Senado Federal, 1988.
- BRASIL. Lei nº 8.142, de 28 de Dezembro de 1990. Dispõe sobre a participação da comunidade na gestão do Sistema Único de Saúde - SUS e sobre as transferências intergovernamentais de recursos financeiros na área da saúde e dá outras providências. **Diário Oficial da União**, Brasília, DF, 31 de dez. 1990. Seção 1.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Agentes comunitários de saúde, equipes de saúde da família e equipes de saúde bucal, em atuação – competência junho/2007**. Disponível em:

<<http://dtr2004.saude.gov.br/dab/atençãobásica.p#p#histórico>>. Acesso em: 6 out. 2007.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Coordenação de Acompanhamento e Avaliação da Atenção Básica. **Documento final da comissão de avaliação da atenção básica**. Brasília, 2003.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Política nacional de atenção básica**. Brasília: Ministério da Saúde, 2006a (Série A: Normas e manuais técnicos; Pactos pela Saúde, 2006, v. 4).

BRASIL. Ministério do Desenvolvimento Social e Combate à Fome. Secretaria Nacional de Renda de Cidadania. **Guia de Atuação das Instâncias de Controle Social do Programa Bolsa Família**. 1. ed. Brasília, 2006b. Disponível em: www.mds.gov.br/bolsafamilia/menu_superior/manuais-e-publicacoes-1/guia-de-controle-social-atualizado-vesao-internet.pdf. Acesso em: 12 jan. 2009.

BRASIL. Ministério do Desenvolvimento Social e Combate à Fome Secretaria Nacional de Renda de Cidadania. **Manual de gestão de benefícios**. Brasília, 2. edição Julho de 2008. Disponível em: www.mds.gov.br/bolsafamilia/menu_superior/manuais-e-publicacoes-1/manual_de_gestao_de_beneficios_-_final.pdf. Acesso em: 12 jan. 2009.

BRASIL. Ministério da Saúde. Fundação Oswaldo Cruz. **Saúde da Família: avaliação da implementação em dez grandes centros urbanos: síntese dos principais resultados**. 2. ed. Brasília: Ministério da Saúde, 2005. (Série C. Projetos, Programas e Relatórios).

BROWN, I. Involving the public in general practice in an urban district: levels and type of activity and perceptions of obstacles. **Health & Social Care in the Community**, Oxford, v. 8, n. 4, p. 251-259, July 2000.

CALLAGHAN, G.; WISTOW, G. Governance and public involvement in the British National Health Service: understanding difficulties and developments. **Social Science & Medicine**, Oxford, v. 63, n. 9, p. 2289-2300, Nov. 2006.

CAMPOS, L.; WENDHAUSEN, A. Participação em saúde: concepções e práticas de trabalhadores de uma equipe de estratégia de Saúde da Família. **Texto & Contexto Enfermagem**, Florianópolis, v. 16, n. 2, p. 271-279, abr./maio 2007.

CARVALHO, A. I. **Conselhos de Saúde no Brasil: participação cidadã e controle social**. Rio de Janeiro: Fase/Ibam, 1995.

CASTIEL, L. D. Promoção de saúde e a sensibilidade epistemológica da categoria comunidade. **Revista de Saúde Pública**, São Paulo, v. 38, n. 5, p. 615-622, 2004.

COMISSÃO NACIONAL SOBRE DETERMINANTES SOCIAIS DA SAÚDE (CNDSS). **As causas das iniquidades em saúde no Brasil**. Relatório Final. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2008.

CORBO, A. A.; MOROSINI, M. V. G. C. Saúde da família: história recente da reorganização da atenção à saúde. In: ESCOLA POLITÉCNICA DE SAÚDE JOAQUIM VENÂNCIO (Org.). **Textos de apoio em políticas de saúde**. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2005. p. 157-181.

CORREIA, M. V. C. **Desafios para o controle social**: subsídios para capacitação de conselheiros de saúde. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2005.

COUTINHO, C. N. **Gramsci**. Um estudo sobre seu pensamento político. 3. ed. Rio de Janeiro: Civilização Brasileira, 2007.

CRACO, P. F. **Ação comunicativa no cuidado à saúde da família**: encontros e desencontros entre profissionais de saúde e usuários. 2006. 308 f. Tese (Doutorado em Enfermagem em Saúde Pública) - Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo, Ribeirão Preto, 2006.

CREVELIM, M. A.; PEDUZZI, M. Participação da comunidade na equipe de saúde da família: é possível estabelecer um projeto comum entre trabalhadores e usuários? **Ciências & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 10, n. 2, p. 323-331, abr./jun. 2005.

CRUZ NETO, O. O trabalho de campo como descoberta e criação. In: MINAYO, M. C. S. (Org.). **Pesquisa social**: teoria, método e criatividade. Petrópolis: Vozes, 1994, p. 51-66.

DESLANDES, S. F.; GOMES, R. A. **A pesquisa qualitativa nos serviços de saúde**: notas teóricas. In: BOSI, M. L. M.; MERCADO, F. J. (Org.). **A pesquisa qualitativa de serviços de saúde**. Petrópolis: Vozes, 2004. Cap. 3, p. 99-120.

DIMENSTEIN, Gilberto. **O cidadão de papel**: a infância, a adolescência e os direitos humanos no Brasil. 2. ed. São Paulo: Ática, 1993.

FOCAULT, M. **Vigiar e punir**. Petrópolis: Vozes, 2004

FONSECA, M. M.; ROQUETE, C. Proteção social e programas de transferência de renda: o programa Bolsa-Família. In: VIANA, A. L.; IBÁÑEZ, N.; ELIAS, P. (Org.). **Proteção social**: dilemas e perspectivas. São Paulo: Hucitec, 2005, p. 123-149.

FRANCO, T. B.; MERHY, E. E. Programa de Saúde da Família (PSF): contradições de um programa destinado à mudança do modelo tecnoassistencial. In: MERHY, E. E.; MAGALHÃES JÚNIOR, H. M.; RIMOLLI, J.; FRANCO, T. B. **Trabalho em saúde**: olhando e experienciando o SUS no cotidiano. 4. ed. São Paulo: Hucitec, 2003. Cap 3, p. 55-124.

FREITAG, B.; ROUANET, S. P. **Habermas**. 3. ed. São Paulo: Ática, 1980. (Coleção Grandes Cientistas Sociais).

FREDERICO, P. **A participação popular nas comissões locais de saúde**: mostrando vidas, contando lutas. 2001. 228 f. Dissertação (Mestrado em Enfermagem em Saúde Pública) - Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo, Ribeirão Preto, 2001.

GOMES, R. A análise de dados em pesquisa qualitativa. In: MINAYO, M. C. S. (Org.). **Pesquisa social: teoria, método e criatividade**. Petrópolis: Vozes, 1994, p. 67-79.

GONÇALVES, M. A.; THOMAZ JUNIOR, A. Informalidade e precarização do trabalho: Uma contribuição da geografia do trabalho. **Scripta Nova**, Barcelona, v. 5, n. 119, p. 31-40, ago. 2002.

GONÇALVES, M. L.; ALMEIDA, M. C. P. Construindo o controle social e a cidadania em uma experiência concreta: o Conselho Municipal de Saúde (CMS) de Ribeirão Preto (SP). **Saúde em Debate**, Rio de Janeiro, v. 26, n. 61, p. 167-175, maio/ago. 2002.

GOHN, M. G. Empoderamento e participação da comunidade em políticas sociais. **Saúde e Sociedade**, São Paulo, v. 13, n. 2, p. 20-31, maio/ago. 2004.

HABERMAS, J. **Teoria de la acción comunicativa**. Madrid: Taurus, 1987, v. I e II.

HABERMAS, J. **Direito e democracia: entre facticidade e validade**. 2. ed. Rio de Janeiro: Tempo Brasileiro, 2003, v. I e II.

LOPES, M. L. S.; ALMEIDA, M. J. Conselhos Locais de Saúde em Londrina (PR): realidades e desafios. **Saúde em Debate**, Rio de Janeiro, v. 25, n. 59, p. 16-28, set./dez. 2001.

McKENNA, H.; KEENEY, S. Community nursing: health professional and public perceptions. **Journal of Advanced Nursing**, Oxford, v. 48, n. 1, p. 17-25, Oct. 2004.

MARCONDES, D. **Filosofia, comunicação e linguagem**. 4. ed. São Paulo: Cortez, 2001.

MARÍLIA. Prefeitura Municipal de Marília. Secretaria Municipal de Higiene e Saúde. **Relatório de gestão 2005**. Marília, 2005.

MARÍLIA. Prefeitura Municipal de Marília. Secretaria Municipal de Higiene e Saúde. **Relatório de gestão 2006**. Marília, 2006.

MARÍLIA. Prefeitura Municipal de Marília. Secretaria Municipal de Higiene e Saúde. **Relatório de gestão 2007**. Marília, 2007.

MARTINS, U. **Hora extra e exploração do trabalho no Brasil**. Portal vermelho, colunas, 13 set. 2006. Disponível em <http://www.vermelho.org.br/base.asp?texto=6181>. Acesso em 13 mar. 2009.

MELO, E. M. **Fundamentos para uma proposta democrática de saúde: a teoria da ação comunicativa de Habermas**. 1999. 240 f. Tese (Doutorado em Medicina Comunitária) - Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo, Ribeirão Preto, 1999.

MENDES, E. V. **A atenção primária à saúde no SUS**. Fortaleza: Escola de Saúde Pública do Ceará, 2002

MINAYO, M. C. S. **O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde**. 9. ed. São Paulo: Hucitec, 2006 (Saúde em debate, 46).

OLIVEIRA, V. C. Comunicação, informação e participação popular nos conselhos de saúde. **Saúde e Sociedade**, São Paulo, v. 13, n. 2, p. 56-69, maio/ago. 2004.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE. Alma Ata 1978 – **Cuidados primários de saúde**. Relatório da Conferência Internacional sobre Cuidados Primários de Saúde. OMS/UNICEF. Brasil, 1979.

PAIM, J. S. Modelos de atenção e vigilância da saúde. In: ROUQUAYROL, M. Z.; ALMEIDA FILHO, N. (Org.). **Epidemiologia & saúde**. 6. ed. Rio de Janeiro: MEDSI, 2003. Cap. 19, p. 587-604.

PESSOTO, V. C.; NASCIMENTO, P. R.; HEIMANN, L. S. A gestão semiplena e a participação popular na administração da saúde. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v.17, n. 1, p. 89 -98, jan./fev. 2001.

REIS, R. **Habermas, a mudança da esfera pública e a teoria dos atos comunicativos**. TOPCOM, 9 abr. 2006. Disponível em: <http://topicom.blogspot.com/2006/04/habermas-mudana-da-esfera-pblica-e.html>. Acesso em: 10 jan. 2009.

REZENDE, K. T. A. O processo de gerência nas unidades de saúde da família: limites e possibilidades em sua construção. 2007. 206 f. Tese (Doutorado em Enfermagem em Saúde Pública) - Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo, Ribeirão Preto, 2007.

SANABRIA RAMOS, G. Participación social y comunitaria: reflexiones. **Revista Cubana de Salud Publica**, Habana, v. 27, n. 2, p. 89-95, jul./dic. 2001.

SANTOS, M. **O espaço do cidadão**. São Paulo, EDUSP, 2002.

SERAPIONI, M.; ROMANI, O. Potencialidades e desafios da participação em instâncias colegiadas do sistema de saúde: os casos de Itália, Inglaterra e Brasil. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 22, n.11, p. 2411-2421, nov. 2006.

SILVA, I. G. **Democracia e participação na 'reforma' do estado**. São Paulo: Cortez, 2003.

TONI, J. O que é planejamento estratégico situacional. **Revista Espaço Acadêmico**, n. 32, jan. 2004. Disponível em: <http://www.espacoacademico.com.br/032/32ctoni.htm>. Acesso em: 28 fev. 2009.

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

VANDERLEI, M. I. G.; WITT, R. R. Conselhos de saúde: espaços de participação social, constituição de sujeitos políticos e co-produção de sujeitos coletivos. **Saúde em Debate**, Rio de Janeiro, v. 27, n. 64, p. 131-137, maio/ago. 2003.

VÁZQUEZ, M. L. et al. Participação social nos serviços de saúde: concepções dos usuários e líderes comunitários em dois municípios do Nordeste do Brasil. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 19, n. 2, p. 579-591, mar./abr. 2003.

WENDHAUSEN, A. L. P.; BARBOSA, T. M.; BORBA, M. C. Empoderamento e recursos para a participação em conselhos gestores. **Saúde e Sociedade**, São Paulo, v. 15, n. 3, p. 131-144, set./dez. 2006.

WENDHAUSEN, A.; CAPONI, S. O diálogo e a participação em um conselho de saúde em Santa Catarina, Brasil. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 18, n. 6, p. 1621-1628, nov./dez. 2002.

WORLD HEALTH ORGANIZATION (WHO). **Bibliography on community involvement in health development**: 1987-1993. Geneva: WHO, 1993.

APÊNDICES

Apêndice 1

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO – OBSERVAÇÃO PARTICIPANTE NAS REUNIÕES

Eu _____, abaixo assinado, concordo em participar da pesquisa “Participação social: a comunicação que aproxima e distancia usuários e trabalhadores da Saúde da Família” (Dissertação de Mestrado), que está sendo realizada por Marcelen Palu Longhi, também abaixo assinado, estudante da Pós-Graduação do Programa de Enfermagem em Saúde Pública da Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo, sob a orientação da Profa. Dra. Maria Cecília Puntel de Almeida.

Este estudo tem o objetivo de conhecer o funcionamento das Reuniões de Comunidade com Equipes de Saúde da Família. Estas informações serão coletadas através da participação da pesquisadora como observadora nas Reuniões de Comunidade com Equipes de Saúde da Família, por período aproximado de seis meses.

Terei a garantia de receber qualquer esclarecimento sobre dúvidas relacionadas a esta pesquisa e liberdade de participar ou não do estudo e de retirar-me a qualquer momento sem que isso implique em prejuízos ou penalizações. Também, recebi o esclarecimento que não serei identificado e se os dados da pesquisa forem publicados o anonimato será mantido. E que terei conhecimento dos resultados da pesquisa.

Marília, _____ de _____ de 2008

_____
Assinatura do participante

_____
Marcelen Palu Longhi
RG 40 968643-8/ COREN Prot. nº 1340839
Fone (14) 91345583
e-mail marcelen@famema. Br

O endereço da pesquisadora e da orientadora é o seguinte:
Departamento de Enfermagem Materno-Infantil e Saúde Pública da Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto-USP
Avenida: Bandeirantes, 3900 - Ribeirão Preto - SP
Fone: (16) 36023949

Apêndice 3

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO – ENTREVISTA INDIVIDUAL

Eu _____, abaixo assinado, concordo em participar da pesquisa “Participação social: a comunicação que aproxima e distancia usuários e trabalhadores da Saúde da Família” (Dissertação de Mestrado), que está sendo realizada por Marcelen Palu Longhi, também abaixo assinado, estudante da Pós-Graduação do Programa de Enfermagem em Saúde Pública da Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo, sob a orientação da Profa. Dra. Maria Cecília Puntel de Almeida.

Este estudo tem o objetivo de conhecer o funcionamento das Reuniões de Comunidade com Equipes de Saúde da Família. Estas informações serão coletadas através de entrevista áudio-gravada com os participantes das Reuniões de Comunidade com Equipes de Saúde da Família.

Terei a garantia de receber qualquer esclarecimento sobre dúvidas relacionadas a esta pesquisa e liberdade de participar ou não do estudo e de retirar-me a qualquer momento sem que isso implique em prejuízos ou penalizações. Também, recebi o esclarecimento que não serei identificado e se os dados da pesquisa forem publicados o anonimato será mantido. E que terei conhecimento dos resultados da pesquisa.

Marília, _____ de _____ de 2008

_____
Assinatura do participante

_____
Marcelen Palu Longhi
RG 40 968643-8/ COREN Prot. nº 1340839
Fone (14) 91345583
e-mail marcelen@famema.br

O endereço da pesquisadora e da orientadora é o seguinte:
Departamento de Enfermagem Materno-Infantil e Saúde Pública da Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto-USP
Avenida: Bandeirantes, 3900 - Ribeirão Preto - SP
Fone: (16) 36023949

Apêndice 4

ROTEIRO PARA ENTREVISTA SEMI-ESTRUTURADA COM OS PARTICIPANTES DAS REUNIÕES DE COMUNIDADE COM TRABALHADORES DA SAÚDE DA FAMÍLIA

Para usuários da unidade de saúde:

Entrevista número:

Data:

Local:

Horário de início:

Horário de término:

Tempo de duração da entrevista:

A) Questões objetivas:

Sexo:

Idade:

Escolaridade:

Estado civil:

Profissão:

Condição de emprego:

Há quanto tempo frequenta esta USF:

Há quanto tempo participa das Reuniões com a Comunidade?

B) Questões ampliadas

1- Conte-me um pouco sobre sua vida.

O que tem acontecido de “bom” e “ruim”, ultimamente? O que você acha mais importante na sua vida?

Poderia me dar um exemplo.

2- O que você acha da sua família? Como é a convivência com sua família? Cite um exemplo de um momento “bom” e um “ruim” que você vivenciou na sua família.

3- O que você acha que é “bom” na comunidade? E o que é “ruim”? Você poderia me citar um exemplo.

Como a comunidade tem resolvido seus problemas?

4- Você gosta do seu trabalho, fale-me um pouco sobre ele.

5- O que você acha de participar das reuniões de comunidade? Como você começou a participar? Você participa de outras organizações? Você poderia me citar um exemplo marcante da sua participação.

O que você acha da participação dos trabalhadores de saúde nas reuniões de comunidade? E da comunidade?

6- Como tem sido sua conversa com os trabalhadores de saúde, tem sido “bom” ou “ruim” o seu relacionamento com eles? Você poderia me citar um exemplo

E com a comunidade, como tem sido sua conversa/relacionamento?

Para trabalhadores de saúde:

Entrevista número:

Data:

Local:

Horário de início:

Horário de término:

Tempo de duração da entrevista:

A) Questões objetivas:

Sexo: Idade:

Escolaridade: Estado civil:

Categoria profissional:

Tempo de trabalho na ESF:

Tempo de trabalho nesta USF:

Há quanto tempo participa das Reuniões com a Comunidade?

B) Questões ampliadas:

1- O que você considera que é bom e importante na sua vida, no momento. O que acha “ruim”? Você poderia citar um exemplo.

2- O que é importante para você na vida familiar? O que tem sido “bom” e “ruim” na sua família? Pode me dar um exemplo.

3- O que considera “bom” e “ruim” na comunidade? Você poderia me citar um exemplo.
Como a comunidade tem resolvido seus problemas?

4- O que você acha sobre o seu trabalho aqui na unidade de saúde? O que tem sido importante? Como têm sido o trabalho junto às famílias e comunidade? Cite-me um exemplo.

5- Como você vê sua participação nas reuniões de comunidade? O que tem sido importante e o que tem sido “ruim” nessas reuniões? Cite-me um exemplo.
O que você acha da participação dos usuários/comunidade?

6- Como tem sido sua conversa com as famílias? Como tem sido seu relacionamento com elas? O que você acha que deveria melhorar neste sentido? Ilustre com uma situação.

Apêndice 5- QUESTÕES NORTEADORAS PARA A ENTREVISTA

Pretensão de verdade proposicional	Perguntas aos usuários	Perguntas aos trabalhadores de saúde
Pretensão de verdade da afirmação/verdade proposicional: presente no mundo objetivo e considera os “atos de fala constatativos”, dos quais a expectativa é que sejam verdadeiros. Objetivo: Aproximar-nos do que os usuários e trabalhadores de saúde consideram como verdadeiro, importante, “bom” ou “ruim” relacionado: A vida, a família, a comunidade, ao trabalho, a participação e a comunicação.	1. Verdade sobre a vida: Conte-me um pouco sobre sua vida. O que tem acontecido de “bom” e “ruim”, ultimamente? O que você acha mais importante na sua vida? Poderia me dar um exemplo.	1. Verdade sobre a vida: O que você considera que é bom e importante na sua vida, no momento. O que acha “ruim”? Você poderia citar um exemplo.
	2. Verdade sobre a família: O que você acha da sua família? Como é a convivência com sua família? Cite um exemplo de um momento bom e um ruim que você vivenciou na sua família.	2. Verdade sobre a família: O que é importante para você na vida familiar? O que tem sido “bom” e “ruim” na sua família? Pode me dar um exemplo.
	3. Verdade sobre a comunidade: O que você acha que é “bom” na comunidade? E o que é “ruim”? Você poderia me citar um exemplo. Como a comunidade tem resolvido seus problemas?	3. Verdade sobre a comunidade: O que você considera “bom” e “ruim” na comunidade? Você poderia me citar um exemplo. Como a comunidade tem resolvido seus problemas?
	4. Verdade sobre o trabalho: Você gosta do seu trabalho, fale-me um pouco sobre ele.	4. Verdade sobre ao trabalho: O que você acha sobre o seu trabalho aqui na unidade de saúde? O que tem sido importante? Como têm sido o trabalho junto às famílias e comunidade? Cite-me um exemplo.
	5. Verdade sobre a participação: O que você acha de participar das reuniões de comunidade? Como você começou a participar? Você participa de outras organizações? Você poderia me citar um exemplo marcante da sua participação. O que você acha da participação dos trabalhadores de saúde nas reuniões de comunidade?	5. Verdade sobre a participação: Como você vê sua participação nas reuniões de comunidade? O que tem sido importante e o que tem sido “ruim” nessas reuniões? O que você acha da participação dos usuários/comunidade?
	6. Verdade sobre a comunicação: Como tem sido sua conversa com os trabalhadores de saúde, tem sido “bom” ou “ruim” o seu relacionamento com eles? E com a comunidade? Você poderia me citar um exemplo.	6. Verdade sobre a comunicação: Como tem sido sua conversa com as famílias? Como tem sido seu relacionamento com elas? O que você acha que deveria melhorar neste sentido?

ANEXO

FACULDADE DE MEDICINA DE MARÍLIA
Comitê de Ética em Pesquisa Envolvendo
Seres Humanos – CEP/FAMEMA

Marília, 27 de Março de 2007

Ilmo^(a) Sr.^(a)
Marcelen Palú Longhi
Marília/SP

O Comitê de Ética em Pesquisa Envolvendo Seres Humanos da Faculdade de Medicina de Marília, recebeu o protocolo de estudo nº 1348/07, intitulado: "Participação e Controle Social em Saúde no Município de Marília", foi considerado **APROVADO** em Reunião Ordinária – 26/03/2007, de acordo com a Resolução 196/96 e suas Resoluções do Conselho Nacional de Saúde, podendo ser iniciado.

Sendo só para o momento, reiteramos protestos de consideração e apreço.

Atenciosamente,

Prof. Dr. Rubens Augusto Brazil Silvado
Presidente do Comitê de Ética em Pesquisa
Envolvendo Seres Humanos