UNIVERSIDADE DE SÃO PAULO

ESCOLA DE ENFERMAGEM

BARBARA RIBEIRO BUFFETTE SILVA

**PRÁTICAS DE ENFERMEIRAS DA USF JARDIM BOA
VISTA: EM PAUTA A PARTICIPAÇÃO SOCIAL**

VERSÃO CORRIGIDA

SÃO PAULO

2012

BARBARA RIBEIRO BUFFETTE SILVA

**PRÁTICAS DE ENFERMEIRAS DA USF JARDIM BOA
VISTA: EM PAUTA A PARTICIPAÇÃO SOCIAL**

**Dissertação de Mestrado apresentada ao
Programa de Pós-graduação em
Enfermagem (PPGE) da Escola de
Enfermagem da Universidade de São
Paulo para obtenção do título de Mestre
em Ciências.**

Área de concentração: Cuidado em saúde

Orientadora: Prof.^a Dr.^a Célia Maria Sivalli Campos

São Paulo

2012

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

Assinatura: _____ Data: ____/____/____

Catálogo na Publicação (CIP)
Biblioteca “Wanda de Aguiar Horta”
Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo

Silva, Barbara Ribeiro Buffette

Práticas de enfermeiras da USF Jardim Boa Vista: em pauta a participação social. / Barbara Ribeiro Buffette Silva. – São Paulo, 2012. 199 p.

Dissertação (Mestrado) – Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo.

Orientadora: Prof.^a Dr.^a Célia Maria Sivalli Campos

1. Participação Cidadã 2. Necessidades e demanda de serviços de saúde 3. Prática de Saúde Pública 4. Enfermeiras 5. Atenção Básica à Saúde I. Título

Nome: Silva, Barbara Ribeiro Buffette

Título: Práticas de enfermeiras da USF Jardim Boa Vista: em pauta a participação social.

Dissertação de Mestrado apresentada ao Programa de Pós-graduação em Enfermagem (PPGE) da Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo para obtenção do título de Mestre em Ciências.

Aprovado em: ____/____/____

Banca examinadora

Prof. Dr. _____

Instituição: _____

Julgamento: _____

Assinatura: _____

Prof. Dr. _____

Instituição: _____

Julgamento: _____

Assinatura: _____

Prof. Dr. _____

Instituição: _____

Julgamento: _____

Assinatura: _____

**Dedico este trabalho às minhas queridas Mães Vera(s) e meu pai Aluizio,
pois sem o incentivo desde sempre não teria conseguido.
Aos meus irmãos, Vitor e Diego, pelo apoio.**

**À Prof.^a Célia pela dedicação e esforço para despertar
minha reflexão de forma crítica.**

**Aos trabalhadores e trabalhadoras da USF Jardim Boa Vista,
pois sem eles esse trabalho não seria possível.**

AGRADECIMENTOS

Agradeço à minha orientadora, Profª Célia Sivalli, que me acompanha há anos e que sempre se empenhou em aprimorar minha capacidade crítica, pelas horas de dedicação e pela amizade durante todo o processo.

A todos trabalhadores e trabalhadoras da USF Jardim Boa Vista, em especial às enfermeiras que se propuseram a compartilhar suas experiências neste estudo.

Agradeço a todos os companheiros do grupo de pesquisa, em especial à Profª Cássia que fez contribuições valiosas ao trabalho.

A todos meus Professores, que me foram bons exemplos e contribuíram para essa conquista, dentre eles meus pais.

Ao Daniel, pelo companheirismo, pela força e estímulo para prosseguir. Além do auxílio imprescindível no momento crítico de finalização desse trabalho.

A todos os amigos pelo incentivo e compreensão da minha ausência, necessária para a finalização desse trabalho.

Ao CNPq por conceder a bolsa que me auxiliou financeiramente, o que possibilitou minha dedicação exclusiva a esse trabalho.

O MANIFESTO

“Planejamos nossas memórias e as guardaremos no memorial de nossa existência. As imagens serão nossas. Chegou a hora de limparmos novamente o barro vermelho das nossas botas. Atravessar a rodovia, esta linha divisória, esta estrada que possibilita acesso dos que simplesmente passam e que impede o caminhar dos que estão com os pés sujos de barro do passado.

Já passou! O asfalto nos leva a novos caminhos de possibilidades. Não permitiremos mais que nossos dejetos, dessa dignidade nossa, sigam na direção de um córrego sem margens arbóreas, sem nascente, sem passagem ou sem desembocadura. Queremos seguir nossa viagem, não queremos parar. Já caminhamos até aqui e voltar ao barro é impossível.

Vamos transbordar, vamos fazer como o córrego, vamos entrar em todas as casas e pedir socorro. Se for preciso, devolveremos os dejetos de nossa dignidade de volta e todo o lixo do esquecimento, porque não temos passagem.

Avisem às autoridades, vamos transbordar!

Não queremos mais levar a vida, de quem se lança para salvar um cachorro arrastado pela correnteza.

Vamos transbordar! Porque queremos devolver aos homens suas perdas.

Vamos transbordar! Porque precisamos passar, e nos impedem.

Não sabemos mais onde nascemos. Apagam nosso início como borracha que apaga um simples erro no papel.

Passam por nós como se não existíssemos, mostram imagens de São Paulo, ou será da Noruega? Se realmente forem da nossa cidade, por que nunca estamos nelas?

Avisem, vamos transbordar!

E não precisamos das águas de março e nem das de janeiro porque nossas enchentes serão de sonhos.

A intenção agora é de preservação da memória para que seja possível apresentar o córrego (como ele é hoje) para as gerações futuras (filhos, netos e bisnetos) como um símbolo de vida.

Símbolo de vida porque o Córrego poluído (aparentemente morto) foi capaz de despertar nas pessoas (de interesses e características tão diferentes) sentimentos, atitudes e desejos nobres como: solidariedade humana, qualidade de vida ambiental, equidade, união, paz e dignidade.

De: Córrego-desvalorização, Córrego-injustiça, Córrego-violência, Córrego-abandono, Córrego-descaso; Para: Córrego-Professor, Córrego-Escola, Córrego-Saúde, Córrego-Ser Humano, Córrego-Comunidade...

Revitalizado e transformado, por nós, em: Córrego-Símbolo de luta, pela humanização das pessoas, Córrego-união e Nosso Córrego-Sonho.

Lutar por ele é lutar pela vida que há em cada um de nós, às vezes adormecida. Vida que dorme, diante da injustiça social. Vida que acorda, com a indignação.”

Simone Lúcia Silvia Aguiar

(Coordenadora pedagógica da EMEF Solano Trindade – Jardim Boa Vista, São Paulo – SP)

Silva, BRB. Práticas de enfermeiras da USF Jardim Boa Vista: em pauta a participação social [dissertação]. São Paulo: Escola de Enfermagem, Universidade de São Paulo; 2012.

RESUMO

O objeto deste estudo são as práticas que favorecem a participação social, realizadas por enfermeiros na Atenção Básica, em Unidade de Saúde da Família (USF). As práticas dos enfermeiros na Atenção Básica têm sido orientadas pelas diretrizes das políticas públicas de saúde, por isso devem adotar a concepção do processo-saúde doença sancionada no Sistema de Saúde brasileiro, a de que esse processo tem determinantes e condicionantes associados às formas de vida dos indivíduos e grupos sociais. Portanto, as práticas devem ser planejadas para responder necessidades de saúde ampliadas. Contudo, os protocolos que orientam práticas de enfermeiros privilegiam o enfoque da clínica médica, limitando o objeto dessas práticas a agravos e doenças. A literatura registra a descrição de práticas preponderantemente ancoradas nos saberes da clínica médica, centradas em agravos, doenças, processos característicos de determinadas fases da vida; ou seja, práticas que respondem principalmente necessidades de preservação da vida. Defende-se que a inclusão da participação social como uma das finalidades das práticas de saúde permite respostas a necessidades de saúde ampliadas, considerando-se que essa participação está nas raízes das necessidades de saúde, na medida em que possibilita o aprimoramento das condições de reprodução social. **Referencial teórico:** necessidades de saúde são reconhecidas como necessidades de reprodução social, portanto, determinadas pela inserção social dos indivíduos e grupos sociais, e se conformarão de forma distinta nas diferentes classes sociais. Portanto, necessidades de saúde não são respondidas apenas em serviços de saúde. Para respondê-las é necessário que se considere as necessidades de reprodução social - originadas nas formas de trabalhar e de viver, que estão na base dos processos saúde-doença; a necessidade da presença do Estado, que garante direitos para viabilizar respostas a necessidades de reprodução social e as necessidades de participação social, que possibilitam colocar em jogo necessidades acima de interesses, possibilitando o aprimoramento das necessidades de reprodução social. Participação neste estudo é compreendida como processos de lutas sociais voltadas para a transformação de condições da realidade social, de carência econômica e/ou opressão sociopolítica e cultural. **Objetivo geral:** apreender características das práticas operacionalizadas por enfermeiros, na AB, que tenham como uma das finalidades o estímulo à participação social de usuários do serviço e de grupos sociais. **Objetivos específicos:** identificar as práticas realizadas por enfermeiros de uma USF; identificar e analisar as práticas realizadas por enfermeiros que favorecem

mobilização e participação social; analisar as práticas que efetivam a participação social, realizadas por enfermeiros. **Finalidade:** subsidiar as práticas de saúde na AB, com ênfase nas do enfermeiro, para que sejam operacionalizadas como respostas a necessidades de saúde ampliadas. **Procedimentos metodológicos:** estudo qualitativo, do tipo estudo de caso, realizado em uma USF da Supervisão de Saúde do Butantã com todos os enfermeiros que atuavam na Estratégia de Saúde da Família. Primeiro foram realizadas entrevistas e depois observação participante de práticas que favoreciam a participação social. Necessidades de saúde e participação social foram as categorias analíticas. O projeto foi aprovado por Comitês de Ética em Pesquisa e respeitou os preceitos éticos recomendados. **Resultados:** Foram identificadas, nos processos de trabalho de enfermeiras da USF, práticas pautadas na concepção dos determinantes sociais do processo saúde-doença; portanto, práticas ampliadas, tanto voltadas a atendimento individual ao usuário quanto ao coletivo, a grupos sociais. Essas práticas incorporavam a associação entre condições de reprodução social e processos saúde-doença; ou seja, respondiam a necessidades de saúde ampliadas, para além daquelas concretizadas no corpo bio-psíquico. Ao construir com os sujeitos do cuidado a compreensão desse nexo, essas práticas possibilitavam a mobilização, inerente à participação social, com vistas ao aprimoramento das condições de trabalho e vida e, conseqüentemente, de saúde. Portanto, os espaços de respostas a necessidades de saúde ampliadas não eram restritos ao cuidado individual e os de mobilização para a participação social não eram restritos, nem exclusivos do Conselho Gestor. Essas práticas participativas estavam incorporadas nos processos de trabalho das enfermeiras da USF; portanto, legitimadas pela gerente da USF, também enfermeira, em sintonia com características de gestão democrática dessa USF. **Considerações finais:** para que as práticas de saúde respondam a necessidades de saúde, a participação social deve ser incorporada às finalidades dos processos de trabalho de todos os trabalhadores de saúde. Acredita-se que essa é a forma de garantir que as necessidades de saúde dos moradores sejam reconhecidas e possam ser tomadas como objeto, não só dos processos de trabalho da USF, mas também dos processos de participação social, uma vez que essa participação possibilita a modificação da realidade concreta dos grupos sociais, pela via do aprimoramento das condições de reprodução social que estão, por sua vez, nas raízes das necessidades de saúde. No entanto, esse processo deve ser reconhecido pelos trabalhadores, a começar pela gerência dos serviços, para não serem esporádicos, eventuais. **Palavras-chave:** Participação Social, Participação Cidadã, Necessidades e demanda de serviços de saúde, Prática de Saúde Pública, Enfermeiras, Atenção Básica à Saúde.

Silva BRB. Nurses' Practices at the Jd. Boa Vista Family Health Unit: addressing social participation. [dissertation]. São Paulo (SP), Brasil: Escola de Enfermagem, Universidade de São Paulo; 2012.

ABSTRACT

The objects of the present study are the practices that favor social participation, performed by primary health care nurses working in Family Health Units (FHU). Primary health nurses' practices have been guided by public health policies, and should, therefore, adopt the concept of the health-diseases process as sanctioned by the national health system, which states that there are determining and conditioning factors associated with the life styles of individuals and social groups. For this reason, nurses must plan their practices aiming to meet broader health needs. However, the protocols guiding nurses' practices focus mainly on clinical medicine, thus limiting the objects of these practices to illness and disease. Literature records the description of practices based predominantly on clinical medicine knowledge, centered on illness, disease, and processes characteristic of specific life phases; i.e., practices that meet mainly the needs for the preservation of life. It is believed that including social participation as one of the goals of health care would allow achieving responses for the broader health needs, since that participation stands in the roots of health needs, as it permits to enhance the conditions of social reproduction. **Theoretical framework:** health needs are recognized as the needs of social reproduction, hence, they are determined by the social insertion of individuals and social groups, and will emerge in different ways in the different social classes. Therefore, health needs are not met exclusively at health services. In order to meet health needs, it is necessary to consider the needs of social reproduction – which originate in the different ways of working and living, and stand at the basis of health-diseases processes; the need for the presence of the State, which assures the rights to meeting the needs of social reproduction and of social participation, which permit to attend to needs before interests, thus allowing an enhancement of the social reproduction needs. Participating in this study is understood as the processes of social battles aimed at transforming the conditions of social reality, economic needs and/or sociopolitical and cultural oppression. **Overall objective:** to identify the characteristics of the practices conducted by primary health care nurses, which aim to encourage the social participations of patients and social groups. **Specific objectives:** to identify the practices conducted by the nurses of a FHU; identify and analyze the nurses' practices that benefit mobilization and social participation; analyze the nurses' practices that make social participation effective. **Purpose:** to support primary health care practices,

focused on nurses' practices, so they are conducted as responded to broader health needs.

Methodological procedures: qualitative case study, performed with all nurses working with Family Health Strategy at the FHU of the Butantã Health Division. First, interviews were conducted. After, were made the participant observation of practices that favor social participation. Health needs and social participation were the analytical categories. The project was approved by Research Ethics Committees and complied with all ethical principles. **Results:** It was identified, in the FHU nurses' working processes, practices based on the concept of the social determinants of the health-disease process; hence, broader practices, aiming at the health care to individuals as well as to social groups. Those practices incorporated the association between the conditions of social reproduction and health-disease processes; in other words, they answered broader health needs, beyond those of the bio-psyche-body. By achieving an understanding of that nexus with the subjects of care, those practices allowed for mobilization, inherent to social participation, with a view to improving one's work, life, and, thus, health conditions. Therefore, the spaces for answering broader health needs were not restricted to individual care, and those of mobilization for social participation were not restricted nor exclusive of the Administration Committee. These participative practices were incorporated in the working processes of FHU nurses; however, legitimated by the FHU manager, who was also a nurse, in harmony with the characteristics of the democratic administration of the referred FHU. **Final remarks:** in order for health practices to meet health needs, social participation must be incorporated to the purposes of the working processes of all health care workers. This is the way of assuring that the health needs of the local population will be recognized and made the object not only of the work at the FHU, but also of processes of social participation, as the latter allows making a change in the concrete reality of the social groups, by improving the conditions of social reproduction, which, on their hand, stand within the roots of the health needs. Nevertheless, workers, particularly and firstly the management, must acknowledge that process, so it does not become periodic, sporadic. **Keywords:** Social Participation, Citizen Participation, Health Services Needs and Demand, Public Health Practice, Nurses, Primary Health Care.

LISTA DE ILUSTRAÇÕES

Figura 1	–	Etapas da revisão bibliográfica realizada no SciELO e na BVS	38
Figura 2	–	Mapa do Jardim Boa Vista (adaptado)	66

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

USF	Unidade Saúde da Família
AB	Atenção Básica à Saúde
DNSP	Departamento Nacional de Saúde Pública
EUA	Estados Unidos da América
RJ	Rio de Janeiro
SES-SP	Secretaria Estadual de Saúde de São Paulo
SUS	Sistema Único de Saúde
MS	Ministério da Saúde
ESF	Estratégia Saúde da Família
OMS	Organização Mundial da Saúde
WHO	World Health Organization
ACS	Agente Comunitário de Saúde
BVS	Biblioteca Virtual em Saúde
SIAB	Sistema de Informação da Atenção Básica
CE	Consulta de Enfermagem
SMS-SP	Secretaria Municipal de Saúde de São Paulo
UBS	Unidade Básica de Saúde
VE	Vigilância Epidemiológica
SNVE	Serviço Nacional de Vigilância Epidemiológica
VD	Visitas Domiciliares
EMEI	Escola Municipal de Ensino Infantil
CEI	Colégio de Educação Infantil
EMEF	Escola Municipal de Ensino Fundamental
USP	Universidade de São Paulo
IBGE	Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística
RAS	Rede de Atenção à Saúde
DST	Doenças Sexualmente Transmissíveis
AIDS	Síndrome da Imunodeficiência Adquirida
CAPS	Centro de Atenção Psicossocial
COHAB	Companhia de Habitação popular
PAS	Plano de Atendimento à Saúde
CIPA	Comissão Interna de Prevenção de Acidentes

GGA	Grupo Gerencial de Apoio
ETEC	Escola Técnica Estadual
CLT	Consolidação das Leis do Trabalho
ONG	Organização Não Governamental
LOAS	Lei Orgânica da Assistência Social
TB	Tuberculose
TO	Terapeuta Ocupacional
PA	Pressão Arterial
HC	Hospital das Clínicas
AME	Ambulatório Médico de Especialidades
PET	Programa de Educação pelo Trabalho para a Saúde
EEUSP	Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo
PROCON	Fundação de Proteção e Defesa do Consumidor

SUMÁRIO

1. INTRODUÇÃO.....	18
1.1 A CONJUNTURA ECONÔMICA E POLÍTICA DO BRASIL E A HISTORICIDADE DAS PRÁTICAS DE ENFERMAGEM	19
1.2 A CONSOLIDAÇÃO JURÍDICA DO SUS E A ADOÇÃO DA ESF NA AB.....	30
1.3 A ESF E O TRABALHO DO ENFERMEIRO.....	32
1.4 AS PRÁTICAS DOS ENFERMEIROS NA AB: UMA REVISÃO DE LITERATURA <i>VERSUS</i> AS ORIENTAÇÕES DO MS E DA SMS-SP	36
2. CONSIDERAÇÕES TEÓRICAS	51
2.1 TRABALHO E PROCESSO DE TRABALHO	52
2.2 PROCESSO DE TRABALHO EM SAÚDE E EM ENFERMAGEM.....	53
2.3 DETERMINAÇÃO SOCIAL DO PROCESSO SAÚDE-DOENÇA E REPRODUÇÃO SOCIAL	54
2.4 NECESSIDADES DE SAÚDE.....	56
2.5 PARTICIPAÇÃO SOCIAL	57
3. FINALIDADE E OBJETIVOS	61
3.1 FINALIDADE E OBJETIVO GERAL.....	62
3.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS	62
4. PROCEDIMENTOS METODOLÓGICOS	63
4.1 TIPO DE PESQUISA	64
4.2 LOCAL DE ESTUDO	64
4.2.1 O bairro Jardim Boa Vista	65
4.2.2 A USF Jardim Boa Vista	71
4.2.3 Fase exploratória: a USF Jardim Boa Vista e a escolha democrática de gerente.....	72
4.3 SUJEITOS DE PESQUISA	78
4.4 COLETA DE DADOS	79
4.5 ANÁLISE DOS DADOS	80
4.6 PROCEDIMENTOS ÉTICOS	81
5. RESULTADOS E ANÁLISE.....	82
6. DISCUSSÃO.....	143
CONSIDERAÇÕES FINAIS	162
REFERÊNCIAS	166
ANEXOS.....	174

APRESENTAÇÃO

Desenvolvo pesquisas na área de Saúde Coletiva desde a graduação, na especificidade do ensino de Saúde Coletiva a graduandos de enfermagem, nos moldes de pesquisa de Iniciação Científica.

Através de pesquisa de iniciação científica desenvolvida através do programa “Ensinar com pesquisa” da Universidade de São Paulo, originou-se o artigo “Articulação teoria-prática e processo ensino-aprendizagem em uma disciplina de Enfermagem em Saúde Coletiva” que discute o ensino de saúde coletiva a graduandos de enfermagem e o processo de práxis.

Desde a graduação desenvolvi práticas na USF Jardim Boa Vista, que foi o local de pesquisa deste estudo. Tais práticas me proporcionaram maior aproximação com a dinâmica da Unidade, funcionários, gestores, território, bem como o conhecimento da trajetória do bairro, dos profissionais que atuam nesse serviço e a trajetória da própria unidade.

Assim, através do meu interesse pela área de ensino e pesquisa, pelo ingresso no Mestrado e oportunidade de estudar de forma aprofundada questões que pudessem ser discutidas através dos fundamentos teóricos da área da Saúde Coletiva, que são os conhecimentos que vêm respondendo às minhas inquietações durante minha vivência estudantil e profissional, culminou-se no desenvolvimento desse estudo que deriva de pesquisa intitulada “Necessidades de saúde como objeto das políticas públicas: as práticas de enfermagem na Atenção Básica”, do grupo de pesquisa “Fortalecimento e desgaste no trabalho e na vida: bases para a intervenção em saúde coletiva”.

1. INTRODUÇÃO

1 INTRODUÇÃO

O objeto deste estudo são as práticas que favorecem a participação social, realizadas por enfermeiros na Atenção Básica, em Unidade de Saúde da Família (USF).

Partiu-se do pressuposto que as políticas públicas direcionam as práticas e por isso, na particularidade das práticas de saúde, deveriam ter como objeto do trabalho necessidades de saúde, com vistas ao cumprimento dos direitos à saúde, contemplados na atual Constituição Federal que, em especial ao que diz respeito ao setor saúde, contou com a mobilização da sociedade, num contexto de redemocratização do país.

Considerou-se que as políticas de saúde são intimamente relacionadas à conjuntura política e econômica do país, e como as diretrizes das práticas nos serviços de saúde são provenientes das políticas de saúde, optou-se por começar este estudo por uma breve contextualização histórica das práticas de saúde e de enfermagem, relacionando-as com o modelo econômico da época, até o contexto de redemocratização do país quando movimentos sociais mobilizaram-se para reivindicar um sistema de atenção à saúde justo, como direito de todos os cidadãos brasileiros, que constituiu a pauta de luta do Movimento da Reforma Sanitária brasileiro.

Buscou-se descrever tais aspectos fazendo uma aproximação com a situação do estado de São Paulo, especificamente, por se tratar do local em que se localiza a USF em estudo.

1.1 A CONJUNTURA ECONÔMICA E POLÍTICA DO BRASIL E A HISTORICIDADE DAS PRÁTICAS DE ENFERMAGEM

Estudo de Villa (1992), que buscou recuperar a história das práticas da enfermeira na saúde pública, considerando práticas como trabalho, do período denominado como “Programação”¹ ao “Médico-sanitário”, passando pelo da “era bacteriológica”, relatou que no início do século XX o primeiro grande modelo da saúde pública paulista era o bacteriológico, que se baseava na epidemiologia da “era bacteriológica”; portanto, realizava a associação causal entre agentes microbianos e doenças infecciosas. As práticas de saúde eram as ações sanitárias, que se aproximavam

---

¹ O período de “Programação” perpetuou de 1969 a 1983 (Villa, 1997).

das formas de polícia sanitária - campanhas e saneamento ambiental feito por meio de serviços de brigada contra vetores e o saneamento do ambiente. Essas ações campanhistas foram apontadas por Silva (1986) como soluções limitadas e imediatistas.

As ações de saúde pública neste modelo não incorporavam agentes de enfermagem, pois as ações de saúde não eram dirigidas à população, eram dirigidas ao meio ambiente, realizadas de forma coercitiva e fiscalizadora. Acreditava-se em promover a saúde por meio de ações voltadas ao espaço urbano, entendidas como questão de polícia (Villa, 1992).

Nesse projeto de saúde os trabalhadores eram: os médicos, os mata-mosquitos, os engenheiros sanitários e os guardas (Villa, Mishima, Rocha, 1997).

No Brasil, até os anos 1920 o trabalho de enfermagem, localizado nos hospitais, ficava a cargo de irmãs de caridade e de leigos recrutados entre ex-pacientes e serventes dos hospitais, ficando o trabalho à “mercê do empirismo de ambos, forjado no embate das exigências concretas das rotinas das Santas Casas de Misericórdia espalhadas pelo país” (Silva, 1986:30).

O processo de industrialização na sociedade brasileira, no início do século XX, determinou a necessidade de cursos preparatórios para profissionais de saúde, pois até então as práticas se configuravam como resposta às necessidades emergenciais (Silva, 1986). Por isso, foi na década de 1920 que se iniciou a formação de profissionais de enfermagem para atuarem na saúde pública (Villa, 1992). No ano de 1922 houve a criação do Departamento Nacional de Saúde Pública (DNSP) e, a partir da articulação entre o DNSP e o Serviço Internacional de Saúde da Fundação Rockefeller, foi criada a Escola de Enfermagem Anna Nery, projetada por enfermeiras americanas, que foi a primeira a introduzir no país a prática de enfermagem nos moldes da “enfermagem moderna”, a partir do modelo Nightingaleano (Silva, 1986).

O fato de a Escola Anna Nery ter sido projetada por enfermeiras dos EUA imprimiu traços do modelo daquele país, em que as Escolas de Enfermagem eram vinculadas a hospitais particulares, servindo a seus interesses imediatos de mão-de-obra e de diminuição de custos, o que resultava na hipertrofia das atividades práticas dos alunos (Silva, 1986).

É possível então concluir que a enfermagem profissional no Brasil nasceu marcada por paradoxos. Para efetivar o objetivo de atender problemas imediatos de saúde pública de país pobre, foi implantado um modelo de escolarização de país rico. Enquanto nos EUA a intenção desse modelo era o atendimento a baixo custo, utilizando mão-de-obra de instituições hospitalares privadas (que funcionavam como “hospitais escola”), no Brasil a finalidade básica do modelo foi responder a interesses governamentais (Silva, 1986), para evitar doenças ou recuperar corpos já doentes, para não prejudicar a produção industrial nascente.

A enfermeira passou a se constituir como agente importante para desempenhar, além das práticas já desenvolvidas, papel educativo junto à população. A profissão era então entendida como elemento de ligação entre o serviço de saúde pública e o lar das famílias. As práticas das enfermeiras tinham mais ênfase em atividades de caráter administrativo e educativo (Villa, 1992).

Assim foi que no Brasil, no contexto de industrialização e da necessidade de manter a mão de obra produtiva, o acesso à assistência à saúde foi descrito como direito reconhecido das classes assalariadas urbanas. Segundo Cohn (1997), a lei que garantia esse acesso a alguns trabalhadores, centrado no atendimento médico, foi vinculada à previdência social (Lei Elói Chaves) e é considerada o embrião do seguro social brasileiro. Era de caráter compulsório e seu financiamento foi vinculado à massa salarial².

A partir de 1925, após a reorganização da saúde pública no RJ com a transição do modelo bacteriológico para o médico-sanitário (Villa, 1992), houve a implantação do modelo “Médico-Sanitário” também em São Paulo, que durou até 1960 quando começou a reorganização da SES-SP. A educação sanitária era o instrumento de trabalho predominante nesse modelo, mas não substituiu as ações campanhistas e de polícia sanitária (Villa, Mishima, Rocha, 1997).

O trabalho de enfermagem nesse modelo era desenvolvido em órgãos isolados da SES-SP, com prestação de assistência em áreas especializadas, por agentes de

---

² Massa salarial é descrita por Cohn (1997) como sendo a contribuição do empregado e do empregador calculada como um percentual do salário, recebido e pago.

enfermagem, sem preparo formal e sem treinamento em serviço (Villa, Mishima, Rocha, 1997).

As práticas de saúde pública passaram a ser desenvolvidas também nos Centros de Saúde recém-construídos, sob influência da Fundação Rockefeller. Nos anos 1930, inicialmente em São Paulo, os Centros de Saúde foram institucionalizados e em seguida sofreram declínio pelo número insuficiente de enfermeiras. Foi por essa insuficiência que foi instituída a profissão de educadora sanitária, realizada por professoras primárias formadas nos saberes da higiene (Renovato, Bagnato, 2011).

Essas práticas eram principalmente as ações educativas – a educação sanitária, que tinham como objetivo moldar comportamentos, por meio do incentivo à adoção de hábitos saudáveis, como resultado da aquisição da consciência sanitária. Eram dirigidas principalmente a crianças e mulheres e desenvolvidas pelas educadoras sanitárias (Renovato, Bagnato, 2011).

Nessa época a participação da população se dava por meio da participação comunitária, que na saúde era compreendida como a sociedade completando o Estado, por meio do incentivo da colaboração da sociedade na execução das políticas sociais, do voluntariado e do apelo à solidariedade dos cidadãos (Bravo, Menezes, 2013).

Após a depressão econômica da década de 30 o Estado brasileiro passou a induzir políticas de industrialização, para estabelecer o modelo de substituição de importações (Cohn, 1997).

A industrialização, particularmente no estado de São Paulo, modificou as relações entre o Estado e as classes sociais urbanas, acentuando a tendência centralizadora do Estado brasileiro, diminuindo suas bases sociais e politizando questões como a da saúde.

No entanto, o proletariado industrial passou a exigir espaço de participação em tomada de decisão e como consequência os mecanismos de consenso foram ganhando espaço, sob a forma de deliberação (Villa, 1992).

Assim, a partir da década de 30, firmou-se a associação entre um processo de desenvolvimento econômico e um conjunto de políticas sociais, cujo eixo central era a

previdência social, com a extensão dos direitos de proteção social marcada pela “cidadania regulada” e a lógica da articulação da política de seguro social, comandada pela necessidade de investimento do Estado, em setores básicos da economia que dessem sustentação ao processo de industrialização. Portanto, a partir dessa conjuntura o sistema de proteção social era o meritocrático, obedecendo à lógica econômica, que se sobrepôs à sua dimensão de política social (Cohn, 1997).

As endemias que acometiam moradores das áreas rurais, onde residia a maior parte da população brasileira e era o local de produção para a economia nacional, determinaram o avanço da atenção à saúde para o interior do país, num contexto em que, segundo Cohn (1997), Silva (1986), Villa (1992), foi legitimada a cisão entre a saúde pública ou prática sanitária, e a assistência médica individual.

A saúde pública, a cargo do Ministério da Saúde, era o setor responsável pelas ações de caráter coletivo, dependendo da parcela do orçamento fiscal destinada a esse ministério, que tem decrescido a partir 1955 (Cohn, 1997). As ações de atenção à saúde de natureza preventiva dos Serviços Estaduais de Saúde Pública mantiveram-se em níveis secundários e marginais, restritas ao desenvolvimento de campanhas sanitárias e ao atendimento materno-infantil, de forma descontínua e desarticulada do atendimento hospitalar (Villa, 1992).

Já a assistência médica individual, destinada somente à parcela da população que tinha acesso ao sistema de proteção social, os trabalhadores assalariados, era comprada pelo Estado do setor privado de saúde, que acabou por transformar o Estado no maior comprador desses serviços, com recursos provenientes da previdência social. Com essa lógica de privatização dos serviços de saúde, ao setor privado da saúde foi estabelecido um mercado garantido, que “não exige dos produtores privados de serviços de assistência médica a obediência às regras de eficiência e competitividade clássicas do mercado” (Cohn, 1997:229).

Assim, na assistência médica individual, o hospital e o conhecimento clínico eram os instrumentos privilegiados na nova política de saúde pública. Já nas práticas médico-sanitárias, a educação sanitária continuou como o instrumento de trabalho predominante (Villa, 1992).

Nessa época, as práticas de enfermagem eram direcionadas ao cuidado individual e de alta densidade tecnológica, coerentemente com as políticas de saúde do período. No entanto, com a modificação das relações entre Estado e classes sociais, as práticas sanitárias de enfermagem deixaram, em parte, suas características impositivas de polícia médica, incorporando a dimensão educativa em suas atividades (Villa, 1992), ainda que de caráter individualizante, implementadas para educar o indivíduo, a partir da concepção de higiene, “transferindo ao indivíduo a responsabilidade pelas suas mazelas e doenças” (Renovato, Bagnato, 2011:64).

A contrapartida dos convênios entre os governos dos EUA e Brasil era a prestação de assistência médico-sanitária às populações amazônicas, uma vez que a malária poderia comprometer o suprimento de borracha necessário ao esforço de guerra estadunidense. Portanto, denota-se uma vez mais, como Silva (1986) os estreitos vínculos existentes entre economia e saúde, ficando clara a coexistência de uma política previdenciária e de uma política sanitaria diretamente voltadas para as necessidades dos setores produtivos, em detrimento das necessidades do conjunto da população

Após 1956, devido à ocorrência de uma nova deterioração das relações internacionais de troca, dos países nomeados subdesenvolvidos, houve aumento da participação do governo na economia e a opção pelo ingresso maciço de capital estrangeiro, para financiar parcela considerável dos investimentos nos setores de bens de consumo duráveis. Nascia o modelo de desenvolvimento econômico conhecido por “capitalismo associado”, considerado pela professora Graciete Borges da Silva como o divisor de águas do modelo econômico anterior (Silva, 1986).

Já da década de 1960 até a de 1980, foi crescente o processo de exclusão de trabalhadores do mercado de trabalho e, conseqüentemente, para grande parcela da população ficou dificultado o acesso a bens, materiais e imateriais, como resultado da opção do regime militar autoritário por um modelo econômico de acumulação que privilegiou uma camada da população, a de maior possibilidade de acesso a bens. Cohn (1997:231) caracterizou esse modelo econômico como “excludente, de grande presença do capital financeiro e crescentes empréstimos internacionais”.

Essa intencionalidade foi concretizando com a opção do Estado por incentivar o processo acelerado de privatização nos setores de bens de consumo coletivo, como é o

caso da saúde e educação e por promover mudanças significativas no sistema de proteção social brasileiro, mantendo a lógica de financiamento desse sistema por meio da massa salarial (Cohn, 1997).

A lógica do modelo econômico de acumulação também passou a reger o setor saúde. Paim (2006) sinalizou nesse período o reconhecimento da saúde como setor de serviços; portanto, como parte do setor terciário da economia, com potencial de consumo de mercadorias industrializadas por meio da incorporação de equipamentos de alta densidade de capital nos serviços médico-hospitalares, acarretando custos crescentes da atenção à saúde, independentemente das necessidades de saúde dos usuários desses serviços.

Assim, os avanços científico-tecnológicos da indústria farmacêutica e da indústria de instrumentos e equipamentos médico-hospitalares da época, conjugados a uma política de saúde que se caracteriza pelo favorecimento crescente dos interesses capitalistas da área, contribuíram ao mesmo tempo para atender interesses econômicos da indústria farmacêutica e de equipamentos, a transformação do Estado brasileiro em monopolizador do mercado de assistência médica, a capitalização acelerada no interior da área da saúde e a biologização de problemas sociais, estratégia que encobria as desigualdades sociais (Silva, 1986).

Assim, ao longo desse período, as mudanças sociais, econômicas e políticas traduziram-se em uma série de reformas no campo da saúde, apresentadas como reformas administrativas para racionalizar os serviços e diminuir os gastos crescentes com a atenção médica. Essa estratégia favoreceu a produção privada dos serviços de saúde, pela perda de espaço da saúde pública para a medicina previdenciária, que vinha se acentuando desde a década de 50 (Silva, 1986) e pela compra de serviços privados de saúde pelo Estado (Cohn, 1997).

As referidas mudanças no âmbito da sociedade global e da assistência à saúde refletiram-se inevitavelmente na enfermagem. Villa (1992) descreveu, no âmbito do estado de São Paulo, a reforma administrativa da SES-SP e a influência do modelo político no modelo de saúde, e sua influência sobre o trabalho de enfermagem.

O aumento do número de enfermeiras na atenção à saúde deveu-se aos encaminhamentos da política de saúde da SES-SP, na direção do aumento de cobertura e do atendimento à saúde mais integral. A inserção do trabalho de enfermeiras na atenção à saúde ocorreu após a descentralização e normatização dos serviços, e a mudança do foco da assistência, até então centrada no trabalho de médicos, atendente, educador sanitário ou visitador do trabalho, determinadas pela SES-SP (Villa, 1992). Decorrente dessa necessidade de expansão de cobertura da atenção pelo setor saúde, Villa (1992) sinalizou importantes marcos para o estabelecimento das práticas de enfermagem como trabalho no setor saúde, que foram citados abaixo.

- Instituição rotineira da supervisão e controle do trabalho do atendente, educador sanitário ou visitador, que praticamente não existiam, e quando ocorriam eram realizadas pelo médico;
- Instalou-se a divisão do trabalho de enfermagem, cabendo à enfermeira as atividades de supervisão/treinamento, controle e coordenação, sem linha de mando, ou seja, sem ascendência administrativa sobre os demais elementos da equipe de enfermagem;
- Incorporação da assistência médica individual a um conjunto de outras atividades dirigidas a coletivos: visita domiciliar, vacinação, educação em saúde, compondo o atendimento à saúde de grupos populacionais priorizados pelo critério de risco.

Assim, foi determinada a necessidade de formação do profissional enfermeiro e, portanto, o reconhecimento do curso de enfermagem de nível superior o que acarretou, segundo Silva (1986), na expansão dos cursos de graduação e criação de um currículo mínimo, e posteriormente a implementação de cursos de pós-graduação. Assim, semelhante ao ocorrido com a categoria médica, com a criação dos cursos de pós-graduação, há uma tecnificação do trabalhador de enfermagem.

A racionalidade técnica impressa no trabalho produziu mecanismos burocráticos, que desencadearam a introdução da hierarquia mediando as relações entre os agentes do trabalho e o cumprimento da ordem e da norma de forma impessoal (Villa, 1992).

A enfermeira foi o agente eleito pelo modelo para desenvolver a noção de equipe de enfermagem; treinar o pessoal de nível médio e elementar a executar as atividades

previstas nos programas; participar da implantação das atividades técnicas e burocráticas dos programas; intermediar as relações de prestação da assistência médica individual realizada pelo médico e coordenar uma equipe de agentes, mediando esta assistência, por ascendência técnica sobre os agentes de enfermagem de nível médio ou elementar, mas sem linha de mando (Villa, 1992).

Ou seja, a enfermeira foi eleita como o profissional que iria supervisionar o trabalho da equipe de enfermagem a fim de racionalizar os custos de atenção à saúde, o que vem ao encontro da política vivida nesse período do regime autoritário de racionalização dos gastos com as políticas sociais.

Ainda nesse período, mais especificamente do final da década de 60 a 1983, foi adotado o modelo de Programação em saúde. Este modelo, caracterizado pela ampliação e diversificação da assistência médica individual prestada pela Secretaria da Saúde, compreendeu a primeira fase que sucede a reforma administrativa da SES-SP (1969 a meados de 1975). Procurou-se dar continuidade e aprimoramento à reforma, visando potencializar o instrumento desenvolvido que ainda apresentava limitações do ponto de vista da política de saúde (Villa, Mishima, Rocha, 1997).

A atenção à saúde, nesse período caracterizou-se pela subordinação a um sistema de serviços que se caracterizava pela insuficiência, descoordenação, má distribuição, ineficiência e ineficácia (Villa, Mishima, Rocha, 1997).

Distintas políticas nacionalizadoras foram empreendidas nesse período autoritário na tentativa de responder a crise do setor saúde, tais políticas, entretanto, não foram suficientes para responder aos problemas da atenção à saúde no Brasil (Paim, 2006).

Após, segundo Villa (1992) tratava-se de uma tendência do Estado moderno de alcançar o desenvolvimento econômico, requerendo um aparato administrativo adaptado às novas demandas sociais (demanda de bem estar social). Diante das exigências impostas pelo novo modelo político-econômico, aliadas às tendências de mudanças qualitativas das demandas sociais, o Estado se viu diante do desafio de superar as estruturas administrativas tradicionais e seus reflexos na capacidade gerencial de governo.

Ao mesmo tempo há, no período de 1964 a 1975, o que se poderia denominar de “desenvolvimentismo sem democracia”, quando então tem início o processo de transição democrática. A partir de meados da década de 70 o país assiste a um vigoroso movimento de setores da sociedade civil para a democratização da saúde, entendida como direito universal garantido pelo Estado e sob controle público (Cohn, 1997).

Com a democratização do país, novos sujeitos coletivos entram em cena, estabelecendo nova relação Estado-sociedade, qualificando o processo de participação. É nesse contexto que surge a “participação social” que tem como questões centrais a universalização dos direitos sociais, a ampliação do conceito de cidadania e a nova compreensão do papel do Estado (Bravo, Menezes, 2013).

Assim, movimentos sociais organizados, com seu núcleo inicial estabelecido em cursos da área da saúde de universidades públicas, passaram a propugnar a criação de um Sistema Único de Saúde e o desencadeamento da Reforma Sanitária Brasileira como integrantes do processo de democratização do Estado e da sociedade (Paim, 2002; 2006).

Segundo Silva Junior (1998), o marco desse movimento foi a 8ª Conferência Nacional de Saúde, que ocorreu em 1986, na qual foram lançadas as bases para a formulação e construção de uma nova política de saúde.

Os ideais desse Movimento da Reforma Sanitária consistiram, segundo Silva Junior (1998), na proposta de utilização do conceito ampliado de saúde, considerando seu determinante social; reconhecimento da saúde como direito da cidadania, cabendo ao Estado sua promoção; necessidade de controle, pela sociedade, das políticas sociais; constituição e ampliação do orçamento social; e ainda, segundo Cohn (1997), a necessidade de construção de um sistema de saúde único, fundamentalmente estatal, com o setor privado sendo suplementar àquele, sob controle público, e descentralizado.

Assim, “três caminhos foram buscados para tornar viável a reforma sanitária” (Silva Junior, 1998:23):

- 1) legislativo-parlamentar – possibilitou a elaboração e a promulgação da bases jurídicas necessárias (a Constituição Brasileira de 1988, a lei orgânica de saúde – 8.080, de 1990, Leis orgânicas estaduais e municipais).

2) Sociopolítico – procurou envolver a sociedade civil e suas organizações com as questões da saúde, com a necessidade de reorientação dos serviços e com o controle dessas políticas, por meio de órgãos colegiados; a Lei 8.142, de 1990, tenta garantir esse processo.

3) Institucional – concentrou-se na organização, na implantação e no desenvolvimento de um novo sistema de saúde, mais identificado com os ideais de universalidade, equidade, integralidade na atenção da saúde, e sob comando único. O Sistema unificado e descentralizado de saúde (SUDS) foi considerado “estratégia-ponte” para a construção do Sistema único de Saúde (SUS). No período de 1987 a 1990, este processo enfrentou sérios obstáculos, como o agravamento da crise econômica e a turbulência política provocada pela elaboração da constituição federal, eleições municipais, estaduais e presidenciais, o tumultuado processo de municipalização da saúde e os severos cortes orçamentários do setor social.

Para o professor Nildo Viana (2006) as razões para que as políticas sejam geradas, como são determinadas e a quem beneficiam, no que diz respeito a políticas estatais de assistência social são: 1) a necessidade das empresas capitalistas de terem garantida a reprodução da força de trabalho; 2) a pressão da classe trabalhadora e outros grupos sociais para terem suas demandas atendidas pelas políticas estatais de assistência social³; 3) as necessidades de amortecimento dos conflitos sociais para evitar uma crise de governabilidade ou então para evitar a transformação social.

Guardadas as devidas proporções, peculiares ao contexto histórico e social dos movimentos sociais no Brasil, as razões citadas por Viana (2006) podem ser, em alguma medida, observadas já nos primeiros movimentos sociais, em finais do séc. XVIII, como a Independência do país. Gohn (2011:19) assinala peculiaridades desse movimento, a começar pela sua promulgação, que não foi

pelos líderes que por ela lutaram, ou por um líder que tenha chefiado numerosas e gloriosas lutas populares, mas, ao contrário, por um príncipe

---

³ As políticas estatais de assistência social são aquelas que buscam promover a assistência a amplos setores da população, especialmente aos mais desfavorecidos e aos trabalhadores (Viana, 2006).

herdeiro de uma monarquia decadente, com o apoio da conservadora elite rural do país, que andava temerosa só de ouvir os ecos das lutas que eclodiam na Europa, e com medo de perder os privilégios que a vinda da Corte lhe havia concedido.

No caso do Sistema de Saúde brasileiro, a participação ativa da sociedade possibilitou a formulação de proposições políticas para a saúde, incorporadas no Movimento de Reforma Sanitária brasileira, que no embate com interesses de corporações que lucravam com o sistema anterior, conseguiu manter parte das reivindicações incorporadas na Constituição de 1988 (Paim, 2006), a que legitimou um Sistema Único de Saúde no país.

Pode-se pensar que a consolidação legal do SUS, num contexto de abertura democrática pós-ditadura militar deu-se, por um lado, a partir da pressão do Movimento da Reforma Sanitária para ter suas demandas atendidas pelo Estado, pelas políticas de assistência social. Por outro lado, o Estado atendeu a pressão da população, a fim de evitar conflitos e evitar uma crise de governabilidade.

1.2 A CONSOLIDAÇÃO JURÍDICA DO SUS E A ADOÇÃO DA ESF NA AB

O Sistema Único de Saúde (SUS) foi regulamentado nas leis orgânicas da saúde nº 8.080 - de 19 de setembro de 1990, e nº 8.142 - de 28 de dezembro de 1990, que dispõem sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes; e sobre a participação da comunidade na gestão do SUS e as transferências intergovernamentais de recursos financeiros na área de saúde (Brasil, 1990a; 1990b).

Assim, após a consolidação jurídica do SUS, segundo Silva Junior (1998) a luta do Movimento da Reforma Sanitária, saiu da dimensão jurídica para a construção de novos modelos de atenção à saúde e reorientação das práticas, visando maior impacto sanitário e legitimação pela sociedade. Várias foram as tentativas de implantação de modelos de atenção à saúde (organização do sistema de saúde) após o SUS, de forma localizada, não sendo eleitos como estratégia de organização nacional.

Os anos 1990 marcaram o redirecionamento do papel do Estado, já no contexto do avanço das teses neoliberais. A afirmação da hegemonia neoliberal no Brasil, com a

redução dos direitos sociais e trabalhistas, desemprego estrutural, precarização do trabalho, desmonte da previdência pública, sucateamento da saúde e educação tendeu a debilitar os espaços de representação coletiva e de controle social sobre o Estado, conquistas da Constituição de 1988 (Bravo, Menezes, 2013).

Para cumprir a proposição de responder a necessidades de saúde da população, o sistema de atenção à saúde brasileiro, o SUS, foi estruturado por meio de uma rede de serviços organizados segundo os princípios da descentralização, regionalização e hierarquização da complexidade tecnológica (Brasil, 1990a).

Porém, para que seja efetiva a proposição, não basta criar uma rede de serviços, o modelo de atenção deve estabelecer diretrizes que orientem práticas que garantam a atenção integral, que incorporem os determinantes sociais do processo saúde-doença, que é o que possibilita a atenção mais ampliada do que a voltada à doença, seja o cuidado dirigido à prevenção ou a doenças e agravos já estabelecidos.

Essa interpretação foi expressa pelo Ministério da Saúde (MS), no documento que afirma que

o modelo de atenção à saúde vigente fundamentado nas ações curativas, centrado no cuidado médico e estruturado com ações e serviços de saúde dimensionados a partir da oferta, tem se mostrado insuficiente para dar conta dos desafios sanitários atuais e, insustentável para os enfrentamentos futuros (Brasil, 2010).

Fundamentando-se na necessidade de reverter essa lógica, o Ministério da Saúde adotou a Estratégia de Saúde da Família (ESF) como modelo oficial para a reorganização da Atenção Básica no país. Segundo os documentos oficiais, essa estratégia deve substituir o modelo assistencial de AB centrado na doença e no cuidado médico individualizado. A proposição é que a ESF efetive os princípios da universalidade, equidade e integralidade da atenção, atuando em um território delimitado (Brasil, 2007; 2010).

Ainda, o termo Atenção Básica à Saúde (AB) passou a ser adotado a partir dos anos 1990, para caracterizar a primeira instância de uma rede hierarquizada de serviços de atenção à saúde. Essa terminologia vem sendo utilizada com a intenção de desfazer a

associação entre a concepção de atenção primária e seletividade das práticas à população que não tem acesso à assistência à saúde de caráter privado. No entanto, para além da terminologia, AB abrangente é aquela que orienta o sistema de saúde, articulado em rede para responder às necessidades de saúde da população (Giovannella, Escorel, Mendonça, 2009).

Segundo o Ministério da Saúde, a AB no Brasil caracteriza-se por um conjunto de ações de saúde, no âmbito individual e coletivo, que abrangem a promoção e a proteção da saúde, a prevenção de agravos, o diagnóstico, o tratamento, a reabilitação e a manutenção da saúde. Orienta-se pelos princípios da universalidade, da acessibilidade e da coordenação do cuidado, do vínculo e continuidade, da integralidade, da responsabilização, da humanização, da equidade e da participação social (Brasil, 2007).

Essa reorientação da AB no Brasil é reflexo da orientação da Organização Mundial da Saúde (OMS) a respeito desse nível de cuidado à saúde, divulgada em 2008 no relatório “The world health report 2008 - Primary health care: now more than ever”, que indica reformas necessárias para que a AB responda às necessidades e expectativas da população e ao desafio de efetivar princípios como equidade, solidariedade e justiça social (OMS, 2008).

As orientações do documento propõem, entre outras, “as reformas da liderança” – propondo que as lideranças sejam participativas e inclusivas e as “reformas da prestação de serviços” – reorganização dos serviços em torno das necessidades de saúde, buscando melhores resultados (OMS, 2008:16).

1.3 A ESF E O TRABALHO DO ENFERMEIRO

A ESF foi implementada no Brasil num contexto econômico em que, como em países latino-americanos, operou-se um processo seletivo de privatização dos benefícios sociais, incentivado por políticas estatais dirigidas à criação de um mercado disponível e garantido. Isso dependeu, por sua vez, fundamentalmente de três condições: que fossem criadas uma demanda para os benefícios ou serviços privados, o que só ocorre quando os serviços fornecidos pelo setor público são tidos como insuficientes ou de má qualidade; que fossem geradas formas estáveis de financiamento para cobrir os altos custos dos benefícios ou serviços privados; e que o setor privado tivesse a suficiente

maturidade para poder aproveitar o incentivo à sua expansão, representada pela retração estatal (Cohn, 1997).

Os avanços dessa estratégia eleita pelo MS em nome da ampliação da atenção não são unânimes. Embora tenha conseguido ampliar a cobertura da atenção, especialmente na AB, incluindo no SUS importante parcela da população até então excluída do acesso ao sistema de saúde, foi operacionalizada segundo as reformas neoliberais do Estado, que atingem diretamente as políticas sociais, dentre elas as do setor saúde (Calipo, 2002).

Para a prof^a Laura Tavares Soares (2005:2) a ESF é

(...) um programa vertical, que foi imposto de cima para baixo pelo Ministério da Saúde, totalmente normatizado no nível central, e bancado por “incentivos” financeiros no repasse de recursos aos municípios, obrigando, na prática, a sua adoção por parte dos governos municipais (...) desconsidera totalmente a enorme heterogeneidade entre os municípios na oferta de serviços de saúde – a maioria dos quais ainda não possui uma rede regionalizada e hierarquizada que garanta o acesso universal a todos os níveis de atenção o que limita o atendimento dado pelo PSF a uma simples “porta de entrada”, sem resolutividade e sem “porta de saída”. O estrangulamento dos encaminhamentos feitos pelas equipes do PSF para os níveis secundário e terciário de atenção [é um resultado verificado, decorrente de tais aspectos]. (...) Desconsidera, ainda, o também heterogêneo e complexo quadro epidemiológico brasileiro.

Parece que de fato a ESF não vem fazendo a superação do chamado modelo tradicional de atenção à saúde, já que as práticas desenvolvidas pelos trabalhadores, seguindo as diretrizes do modelo, continuam bastante voltadas aos fatores de risco de grupos prioritários (Elias et al., 2006; Facchini et al., 2006; Giovanella, Escorel, Mendonça, 2009; Szwarcwald et al., 2006), os chamados “carentes”, ou seja, a população pobre moradora das periferias das cidades.

Para desenvolver as práticas, os trabalhadores que compõem as equipes – forma como são organizados os trabalhadores de saúde na estratégia – são, no mínimo, um médico de família, um enfermeiro, um auxiliar de enfermagem e seis agentes

comunitários de saúde. Quando ampliada, ainda conta com um dentista, um auxiliar de consultório dentário e um técnico em higiene dental (Brasil, 2007).

Vários são os indícios de que as práticas desenvolvidas nas USF não têm, na sua maioria, ampliado o seu objeto de atenção, como se constatará na revisão bibliográfica a seguir, restringindo-se a abranger a prevenção e o tratamento de doenças, mesmo tendo sido propostas ferramentas capazes dessa ampliação, como é o caso da territorialização.

Para Santos e Rigotto (2010) a territorialização é potente para ampliar o reconhecimento das características dos processos saúde-doença da população, permitindo às equipes planejar e operacionalizar ações que respondam mais amplamente aos processos saúde-doença. No entanto, essa ferramenta do processo de trabalho em saúde vem sendo utilizada de forma parcial, limitando suas possibilidades ao mapeamento de agravos à saúde.

Não se trata de culpabilizar o trabalhador, que tem se desgastado para cumprir as diretrizes e metas propostas pela ESF, como descrevem Santos, Soares, Campos (2007) a respeito do trabalho do enfermeiro na ESF. E sim pela ESF direcionar a prática da AB centrada em procedimentos voltados à prevenção de agravamento de quadros que custam muito ao sistema, como é o caso do atendimento especializado, especialmente o hospitalar. Essa lógica está presente já nos cursos introdutórios ministrados aos trabalhadores.

Na especificidade do Agente Comunitário de Saúde (ACS) esse enfoque é introduzido a partir da sua formação como trabalhador da saúde. O referencial curricular nacional do Curso Técnico de ACS destaca a importância do conceito de risco como um dos componentes fundamentais do processo de trabalho, portanto o trabalho dos ACS visará “da prevenção de doenças, ao controle de sua transmissão e/ou ao seu agravamento, a fatores ambientais e aos chamados riscos sociais - pobreza, violência, migrações, entre outros” (Bornstein, David, Araújo, 2010:95).

Essa lógica, no entanto, contradiz o que era esperado do ACS, pois se acreditava que esse profissional não reproduzisse as práticas tradicionais fundamentadas no modelo biomédico hegemônico e sim que fizesse uma articulação entre a USF, os moradores, e as instituições sociais situadas na área de abrangência do serviço, e que

promovesse o fortalecimento da participação social e reconhecimento de necessidades ampliadas da população, visto que esse profissional é também morador do território e tem maior contato em seu cotidiano com as necessidades de saúde dos usuários da USF.

No que diz respeito ao preparo oferecido pelas Secretarias Municipais de Saúde aos enfermeiros para atuarem nos serviços de atenção básica, inclusive os organizados pela ESF, Martins et al. (2010:2284) destacam que “pelo menos a metade dos trabalhadores recebeu capacitação em saúde da mulher (55,1%), saúde da criança (57,7%) e manejo de doenças crônicas (58%)”, ou seja, nota-se uma capacitação no sentido de trabalhar com os denominados grupos de risco (hipertensos, diabéticos, entre outros) ou grupos prioritários (puericultura, crianças). Seguindo a mesma priorização da capacitação dos profissionais, os protocolos que funcionam como ferramentas de trabalho dos enfermeiros, seguem a estruturação da ESF, “visando estimular a adoção de práticas de promoção à saúde e de prevenção como estratégias de controle dos agravos à saúde”.

Essa lógica está refletida nas práticas de enfermagem, que continuam organizadas a partir da lógica programática e dirigidas a grupos prioritários (Elias et al., 2006; Facchini et al., 2006; Giovanella, Escorel, Mendonça, 2009; Szwarcwald et al., 2006).

São elas: realizar assistência integral às pessoas e famílias na USF ou no domicílio e/ou nos demais espaços comunitários; realizar consultas de enfermagem, solicitar exames complementares e prescrever medicações, observadas as disposições legais da profissão e protocolos ou outras normativas técnicas estabelecidas pelo MS; planejar, gerenciar, coordenar e avaliar as ações desenvolvidas pelos ACS; supervisionar, coordenar e realizar atividades de educação permanente dos ACS e da equipe de enfermagem; contribuir e participar das atividades de Educação Permanente do Auxiliar de Enfermagem; participar do gerenciamento dos insumos necessários para o adequado funcionamento da USF (Brasil, 2007).

Além disso, no âmbito dos usuários do serviço, apesar dos esforços dispensados para a mudança do modelo de atenção à saúde, há um desconhecimento da população em relação à ESF como sendo um novo modelo de atenção à saúde; e apesar do reconhecimento da população de que é feito um atendimento mais humanizado pela

equipe de saúde da família em comparação com as UBS tradicionais (Ogata, Machado, Catoia, 2009), não houve uma percepção dos usuários quanto à modificação das práticas dos profissionais de saúde, existindo ainda por parte da população uma valorização do atendimento clínico, individualizado, especializado (Ogata, Machado, Catoia, 2009; Rodrigues e Costa, 2010), uma vez que segundo Ogata, Machado, Catoia (2009) os usuários “procuram a unidade fundamentalmente para um atendimento ainda curativo, centrado no médico, em procedimentos de enfermagem e busca de medicação”.

Diante dessa contradição, entre a proposta da ESF de ser substitutiva do modelo de atenção básica tradicional e da sua prática estar ainda pautada no modelo de atenção hegemônico centrado na doença, na assistência médica individual e a fragmentação da assistência, não rompendo “propriamente com o modelo capitalista periférico de organização dos serviços de saúde fortemente identificado com a medicina curativa” (Heimann, Mendonça, 2005), a equipe de trabalhadores da ESF se encontra diante do desafio de, numa estratégia que parece ter potência para aumentar as desigualdades sociais em saúde, focalizando sua assistência aos denominados *SUS dependentes* e aos grupos de risco, definidos pela pobreza e pelas doenças de atendimento prioritário, ao desenvolver práticas de cuidado que respondam às necessidades de saúde dos diferentes grupos sociais que compõem a área de abrangência de uma USF.

Na atual conjuntura brasileira, considera-se fundamental envolver os diversos sujeitos sociais preocupados com as Políticas Públicas defendendo a ampliação dos direitos sociais e as conquistas obtidas na Constituição de 1988. Ressalta-se, como fundamental nesse processo, a efetiva participação social da sociedade civil, que tencione os interesses contraditórios na luta por melhores condições de trabalho, de vida e de saúde, que não se restrinjam apenas aos espaços - Conselhos e Conferências de saúde.

1.4 AS PRÁTICAS DOS ENFERMEIROS NA AB: UMA REVISÃO DE LITERATURA *VERSUS* AS ORIENTAÇÕES DO MS E DA SMS-SP

A partir das considerações anteriores, procuramos em revisão de literatura trabalhos científicos que mostrassem como as práticas efetuadas pelos enfermeiros estão sendo descritas em pesquisas científicas; pretendeu-se, a partir das descrições, observar quais são as práticas que reconhecem necessidades ampliadas de saúde e como essas práticas estão se expressando no cotidiano do trabalho do enfermeiro.

A revisão de literatura foi realizada no portal da Biblioteca Virtual em Saúde (BVS) e obteve-se textos através do SciELO, utilizando-se descritores e termos, respectivamente.

Nas primeiras buscas realizadas no portal SciELO foram utilizados os termos relacionados às *práticas*: prática de enfermeira, prática profissional, práticas de atenção à saúde, práticas de saúde e enfermagem, práticas de saúde na atenção primária, práticas de saúde pública, práticas em saúde, práticas profissionais, práticas sociais em saúde; termos referentes à *atenção à saúde*: atenção à saúde, atenção básica, atenção básica à saúde, atenção básica de saúde, atenção básica em saúde, atenção em saúde, atenção primária, atenção primária à saúde, atenção primária de saúde, atenção primária em saúde.

Em busca posterior realizada na BVS, foram utilizados os descritores: prática de saúde pública; atenção básica; enfermagem e PSF. Vale destacar que não há descritor com o nome atual da Estratégia Saúde da Família (ESF).

Utilizaram-se os seguintes critérios de exclusão:

- Trabalhos sem resumo;
- Trabalhos que descrevem as práticas de enfermagem em outros níveis de atenção e não na atenção básica à saúde;
- Trabalhos publicados antes de 1990, uma vez que esse foi o ano de implementação do SUS, que impactou fortemente as práticas em saúde;
- Trabalhos nos quais o objeto de estudo não sejam as práticas de saúde ou sem pertinência ao tema em estudo;
- Trabalhos indisponíveis, na íntegra, na internet ou já selecionados em outra busca.

Optou-se por não se restringir aos trabalhos que descrevessem práticas realizadas somente por enfermeiros, já que poderia haver descrição de práticas que eram realizadas por trabalhadores de outra profissão ou área de atuação em conjunto com os enfermeiros.

As etapas das buscas resultaram no quadro a seguir:

Buscas no SciELO			
	Resultados das buscas	Artigos selecionados por resumo para serem lidos na íntegra	Artigos utilizados na Revisão
Termos referentes à <i>atenção</i>	167	06	03
Termos referentes às <i>práticas</i>	19	07	02
Cruzamento de termos referentes à <i>atenção and práticas</i>	07	06	02
Buscas na BVS			
<i>Enfermagem and prática de saúde pública</i>	158	10	0
<i>Enfermagem and atenção básica</i>	406	13	02
<i>Enfermagem and PSF</i>	175	54	13

Figura 1 – Etapas da revisão bibliográfica realizada no SciELO e na BVS

Num segundo momento, foi incorporado 1 outro trabalho, que foi citado por estudos incorporados a essa revisão de literatura, que possuía pertinência com a revisão.

Após o refinamento das buscas chegou-se a alguns trabalhos, que serviram como norteadores para discutir as práticas que vem sendo realizadas pelos enfermeiros.

As práticas foram descritas na literatura nos âmbitos: assistencial – na dimensão individual ou grupal – e gerencial.

No âmbito assistencial, são atividades desenvolvidas por enfermeiros na ESF: procedimentos de enfermagem, encaminhamentos, atendimento de urgência ou emergência, realização de procedimentos de vigilância epidemiológica, visitas domiciliares, realização de grupos, reuniões e palestras (Nascimento, Nascimento, 2005; Silva et al., 2001), consultas de enfermagem, solicitação de exames complementares, prescrição e transcrição de medicamentos, conforme protocolos (Nascimento, Nascimento, 2005; Santos et al., 2008).

Já no âmbito gerencial realizam reuniões, supervisão e treinamento de auxiliares de enfermagem e ACS; previsão e provisão de material; elaboração de relatórios e boletins mensais para o Sistema de Informação em Atenção Básica – SIAB (Ermel, Fracolli, 2006; Rodrigues, 2008; Thumé, 2001).

O enfermeiro desempenha múltiplas funções que, além dos procedimentos acima, vão da supervisão da limpeza da unidade até a capacitação de trabalhadores (Rodrigues, 2008).

No entanto, há práticas que são reconhecidamente desenvolvidas pelo enfermeiro.

Uma delas é o acolhimento, que atende a demanda espontânea da USF (Rodrigues, 2008; Thumé, 2001). Para os demais trabalhadores da enfermagem, segundo Cardoso et al. (2011), o enfermeiro é fundamental para o desenvolvimento dessa prática.

Segundo o MS, no cotidiano da atenção na USF o acolhimento configura-se como espaço de atendimento da demanda espontânea, compreendido como a possibilidade de passar por consulta sem agendamento prévio, desde que apresente sinais ou sintomas que caracterizem necessidade de atendimento imediato. Segundo o MS (Brasil, 2011a), esses problemas, sem esse atendimento, chegariam ao Pronto Socorro, mesmo que não exigissem a complexidade de atendimento desse serviço, sendo assim, uma vez que a Atenção Básica pode solucionar alguns quadros agudos, o acolhimento foi organizado para atendimentos não agendados.

Há ainda a ideia do acolhimento na saúde, ser tradicionalmente associada à recepção administrativa na unidade de saúde e como procedimento de triagem, para atendimento interno ou encaminhamento externo à unidade (Brasil, 2006).

No entanto, segundo a literatura, no acolhimento são respondidas queixas clínicas do indivíduo, mas também é espaço para investigação de outros âmbitos do problema apresentado; é uma prática que possibilita estabelecimento e fortalecimento de vínculos do indivíduo com a ESF (Cardoso et al., 2011).

Essa proposta de utilização do acolhimento para o estabelecimento de vínculo vem ao encontro da política nacional de humanização da atenção e gestão (PNH), que vem sendo implantada no SUS.

Segundo caderno do MS que orienta a prática do acolhimento realizada por todos trabalhadores, dentre eles o enfermeiro; no espaço do acolhimento é possível fortalecer vínculos de confiança com o usuário, que pode procurar a USF por ser o recurso mais próximo de sua residência (Brasil, 2011a) ou o único serviço de atenção à saúde do bairro, sendo muitas vezes o acolhimento a porta de entrada à USF, sendo por ele que o morador passa a ser usuário do serviço

O Ministério da Saúde sinaliza que o acolhimento justifica-se por ser também o espaço para, junto com o usuário que traz a demanda, identificar suas necessidades de saúde, que demandarão do serviço práticas para respondê-las (Brasil, 2011a). Com essa finalidade, o acolhimento pode ser o ‘termômetro’ para a avaliação da suficiência das práticas para o atendimento de necessidades de saúde dos moradores da área de abrangência da USF, ou ainda é a partir desse atendimento que o usuário pode vincular-se ao serviço em atendimentos agendados.

Portanto, segundo o MS, o acolhimento tem duplo sentido: o de configurar-se como postura dos trabalhadores do serviço, não apenas no espaço reservado para o procedimento, na forma de relacionarem-se com os usuários e com as demandas que ele traz, no vínculo de confiança que todos os trabalhadores estabelecem com os usuários (Brasil, 2011a), devendo a atitude de acolhimento permear os encontros, pois “o acolhimento na porta de entrada só ganha sentido se o entendemos como uma passagem para o acolhimento nos processos de produção de saúde” (Brasil, 2006:16).

No outro sentido, o acolhimento se configura como instrumento da atenção à saúde, como procedimento utilizado para a organização e planejamento de práticas da USF. Portanto, não deve resumir-se somente ao atendimento nos moldes queixa-conduta, nem ser triagem para atendimento médico (Brasil, 2011a).

Noutra prática, a consulta de enfermagem (CE), que é guiada pelos protocolos das respectivas secretarias de saúde municipais (Rodrigues, 2008), o enfermeiro utiliza preponderantemente conhecimentos da clínica, voltados às determinadas fases e eventos

dos ciclos vitais, ou ao atendimento de doentes crônicos (Rodrigues, 2008; Shimizu, Rosales, 2009), principalmente para adesão ao tratamento medicamentoso (Ermel, Fracolli, 2006; Roecker, Marcon, 2011; Shimizu, Rosales, 2009), ou ainda como uma forma de aliviar a agenda do médico (Ermel, Fracolli, 2006).

A realização da CE centrada na clínica médica, com enfoque nos grupos de risco, vem ao encontro das orientações dos protocolos de enfermagem, da SMS-SP, que orienta o trabalho dos enfermeiros na AB. Esses protocolos são direcionados aos programas implementados na AB preconizados pelo MS, e encontram-se divididos em: protocolo de atenção à saúde da mulher, da criança, do adulto e do idoso. Portanto, conclui-se que o direcionamento das práticas das enfermeiras esta coerente com as orientações vindas dos órgãos mais centrais.

Ainda na literatura, a CE, quando utilizada como instrumento de educação em saúde, essa se pauta em moldes tradicionais de *passagem* de conhecimento do enfermeiro para o usuário do serviço, com a intenção de acompanhar mudanças de hábitos e de estilo de vida e estimular o autocuidado dos usuários, responsabilizando o indivíduo pela manutenção de sua saúde (Ermel, Fracolli, 2006; Roecker, Marcon, 2011).

A realização da CE nesses moldes também é reflexo dos protocolos de enfermagem, uma vez que orientam que na CE devem ser realizadas anamnese, orientações, controle das situações de risco à saúde, auxiliando na redução de exposição a fatores de risco e de agravos a saúde, atendimento às queixas, e tratamento cujo foco seja patologias, também pré-determinadas (São Paulo, 2003a, 2003b, 2004a 2004b). Ou seja, os protocolos direcionam as práticas no sentido de “controlar” o corpo biológico, não sugere a realização de uma educação em saúde que reconheça necessidades amplas de saúde, sugere apenas que sejam feitas orientações e acompanhamento da manutenção do corpo biológico, focando apenas na clínica médica. Dessa forma a realização de educação em saúde durante a prática da consulta, pelo enfermeiro, é direcionada para ser executada de forma limitada, não dando margem para a ampliação dessa prática.

Outros dificultadores relatados por Santos et al. (2008) para a realização da CE foram: a inadequação do espaço físico das UBS; as atribuições burocráticas, como o preenchimento dos vários formulários que comporão os relatórios do SIAB; a grande

demanda de consultas; a baixa resolutividade das práticas na UBS; a descrença da população na capacidade do enfermeiro para realizar a CE. Uma vez que a consulta de enfermagem tende a reproduzir a consulta médica, a fragilidade nos conhecimentos clínicos do enfermeiro se configura como dificuldade, expondo o enfermeiro perante o usuário e a equipe, reforçando a descrença do usuário.

Apesar de suas limitações, Santos et al. (2008) mostraram que a consulta de enfermagem é instrumento potente para estabelecer e fortalecer o vínculo entre enfermeiros e usuários.

Outra possibilidade da CE é a atenção voltada para a família, bem como o reconhecimento e a apreensão da dimensão social do adoecimento, enquanto determinante do processo saúde-doença da família (Ermel, Fracoli, 2006).

Já nas práticas realizadas pelo enfermeiro na vigilância epidemiológica (VE), trabalhos (Nascimento, Nascimento, 2005; Santos, Rigotto, 2010; Shimizu, Rosales, 2009; Silva et al., 2001; Teixeira, 2008; Thumé, 2001) descreveram que as ações são dirigidas às doenças e/ou à prevenção delas, devendo-se focar nos grupos prioritários (crianças até 2 anos, gestantes, recém-nascidos, mulheres) ou de risco (diabéticos, hipertensos, tuberculosos, por exemplo).

Assim, nessa tendência de focar nos grupos que podem ocasionar algum risco para a população, estudo (Shimizu, Rosales, 2009) realizado em USF verificou que as ações de VE eram bastante identificadas com mutirões - para vacinação e avaliação ou realização de exames para prevenção de doenças.

Deste modo, a descrição na literatura da prática da Vigilância Epidemiológica (VE), expressa as orientações do guia do MS, que divulga “as normas e procedimentos de vigilância e controle de doenças transmissíveis de interesse para o Serviço Nacional de Vigilância Epidemiológica (SNVE)” (Brasil, 2005:13). Para esse guia o SNVE deve fornecer orientação técnica para os trabalhadores de saúde, dentre eles os enfermeiros, e esses trabalhadores têm a responsabilidade de decidir sobre a execução de ações de “controle de doenças e agravos”, tornando disponíveis informações sobre a ocorrência de doenças e agravos, definidos pelo MS, bem como dos “fatores” que a condicionam (Brasil, 2005:20).

Segundo o guia do MS na vigilância epidemiológica deve-se realizar a coleta de dados; processamento dos dados coletados; análise e interpretação dos dados processados; recomendação das medidas de controle apropriadas; promoção das ações de controle indicadas; avaliação da eficácia e efetividade das medidas adotadas; divulgação de informações pertinentes. Esses dados coletados são: os dados demográficos, ambientais e socioeconômicos; de morbidade; de mortalidade e notificação de surtos e epidemias. Sendo que a análise feita, da situação de saúde no nível local, toma como referencia microrregiões “homogêneas” e considera as condições de vida da população na determinação do processo saúde-doença (Brasil, 2005).

Contudo, ainda em relação à VE, Oliveira, Ataíde, Silva (2004) sugeriram a ampliação dessa prática fazendo busca ativa de usuários com transtornos mentais subnotificados, geralmente sem acesso aos cuidados prestados na AB, uma vez que essa população não faz parte dos grupos considerados prioritários pelo MS.

Já na descrição das Visitas Domiciliares (VD), uma prática interna à VE, pôde-se verificar na literatura que estas ainda assumem um caráter controlador, nos moldes do modelo prussiano alemão, em que o poder que vem de esferas mais centrais do Estado extrapola a privacidade das famílias (Nascimento, Nascimento, 2005).

Há ainda o foco em casos específicos, como atendimento de pessoas acamadas, resistentes às vacinas, crônicos não aderentes a tratamento medicamentoso, faltosos de programas estabelecidos pelo ministério da saúde e ensino de hábitos de higiene (Nascimento, Nascimento, 2005; Shimizu, Rosales, 2009; Thumé, 2001). As ações são focadas em problemas pontuais e fundamentam-se, basicamente, nos conhecimentos da epidemiologia e fisiopatologia, que limita sobremaneira a compreensão do complexo fenômeno processo saúde-doença (Nascimento, Nascimento, 2005; Shimizu, Rosales, 2009; Oliveira, Marcon, 2007).

Nos documentos oficiais, assim como em outras práticas, a VD também é guiada pelos protocolos de enfermagem da SMS-SP; além do protocolo para o tratamento diretamente observado do MS, e o guia de apoio aos cuidados domiciliares da SMS-SP (São Paulo, 2003a, 2003b, 2004a, 2004b, 2007; Brasil, 2011b).

Portanto, pode-se afirmar que se os protocolos e guias que orientam as práticas dos enfermeiros são direcionados para grupos previamente determinados e, conseqüentemente, as práticas dos enfermeiros irão seguir essa orientação, o que é corroborado na descrição da VD em literatura.

Há ainda nesses documentos a sugestão que a VD inicie com uma reunião familiar e, posteriormente, passe a assumir o caráter de uma Consulta de Enfermagem no domicílio, com as mesmas características da CE anteriormente descrita (São Paulo, 2003b, 2004a); e ainda, quando sugere a observação do ambiente domiciliar limita-se a caracterização do cenário em que se encontra o indivíduo (observam-se características físicas da moradia); e reforça que se realize orientações de modo coercitivo visando acompanhamento de aspectos clínicos.

Ou seja, existe uma limitação das práticas desenvolvidas pelos enfermeiros, mas essas práticas estão novamente respondendo as orientações dos órgãos centrais, assim, ao se realizar a VD o enfermeiro se limitará ao indivíduo pertencente a esses grupos definidos, com a finalidade de atender essas sugestões, resultando no relato de pesquisas (Ermel, Fracolli, 2006; Oliveira, Marcon, 2007) de que embora as enfermeiras afirmem que a VD é planejada para toda a família, o enfoque recai no indivíduo que mobilizou o procedimento. A família é abordada apenas como contribuinte para a terapêutica

Sendo um achado de Oliveira, Marcon (2007), que apesar do propósito da ESF de focalizar a família em seu processo de trabalho, o discurso de vários enfermeiros era de que reconheciam que não desenvolviam atividades com famílias – pouco se toma em consideração a dinâmica familiar face ao problema de saúde de um membro. Ermel, Fracolli (2006) sinalizaram que aspectos identificados como do âmbito social e financeiro são considerados apenas como fatores que impedem a terapêutica e não como determinantes do processo saúde-doença.

No entanto, apreender as necessidades da família, ou seja, os determinantes sociais do processo saúde-doença, configura-se como possibilidade de aprimorar o projeto de atenção à saúde. Com esse objetivo Oliveira, Marcon (2007) defendem o desenvolvimento e utilização de instrumentos que tenham potência para esse reconhecimento.

Apesar das limitações apresentadas, Rocha et al. (2011) reconheceram que a VD realizada por enfermeiros propicia maior aproximação com a realidade das famílias, oportunizando o reconhecimento de necessidades de saúde, tanto da família em foco quanto de moradores do entorno.

Já em relação às práticas de educação em saúde, para David, Acioli (2010), estas se configuram como trabalho essencial na prática do enfermeiro, com destaque nas desenvolvidas na AB, embora consideradas como trabalho moroso, de resultados longínquos, como afirmaram Roecker, Marcon (2011).

Essas práticas educativas são desempenhadas tanto nos atendimentos grupais (grupos, reuniões e palestras), quanto nos individuais (consultas de enfermagem e visitas domiciliares) (Nascimento, Nascimento, 2005; Roecker, Marcon, 2011; Shimizu, Rosales, 2009; Silva, 2010;), permeando os atendimentos, sem necessariamente ocorrer um planejamento prévio (Silva, 2010).

Estudo de Martins et al. (2010), que envolveu enfermeiros de 148 equipes de Saúde da Família de sete estados brasileiros verificou que 61,6% dos enfermeiros entrevistados relataram que a educação em saúde é a prática mais realizada em atividades fora da UBS.

No entanto, David, Acioli (2010) verificaram que a prática educativa tende a ser tomada como mais uma tarefa no conjunto de atividades do enfermeiro e vista apenas na sua dimensão técnica, reproduzindo o modelo biomédico. Silva (2010) afirmou que as práticas educativas têm sido delegadas aos ACS, e os enfermeiros e médicos atuam no suporte da atividade, quando necessário.

Além disso, vem sendo desenvolvida de forma limitada, ancorada na prática pedagógica tradicional, que utiliza recursos pedagógicos precários, comunicação pouco interativa que resulta na pouca participação dos usuários (Nascimento, Nascimento, 2005; Oliveira, Marcon, 2007; Shimizu, Rosales, 2009; Teixeira, 2008), numa relação assimétrica entre o enfermeiro e o usuário, que é internalizada e naturalizada no cotidiano do trabalho de enfermagem. O enfermeiro não reconhece a responsabilidade e potencialidade pedagógica do seu trabalho (David, Acioli, 2010).

Já nas atividades em grupo, Rocha et al. (2011) relataram que a formação de grupos constitui um dos principais recursos terapêuticos utilizados nos diferentes contextos de assistência à saúde.

Os grupos desenvolvidos por enfermeiros na ESF são voltados aos grupos de risco estabelecidos pelo MS (Oliveira, Marcon, 2007; Rodrigues, 2008; Shimizu, Rosales, 2009; Thumé, 2001), ou abordam temas relacionados ao autocuidado, cuidados com a higiene e alimentação, visando ensinar comportamentos saudáveis (Jesus et al., 2008), para o controle e a prevenção de doenças (Shimizu, Rosales, 2009; Teixeira, 2008). Há também a citação de atividades grupais não previstas nos programas da ESF, como abordagem em sala de espera, grupo para asmáticos e oficinas terapêuticas (Thumé, 2001).

Embora o atendimento grupal seja previsto como prática a ser desenvolvida nas USF, Fernandes, Soares e Silva (2008:340) afirmaram que há limitações técnicas e teóricas do enfermeiro para coordenar grupo e acreditam de forma equivocada que “recursos e apoio logístico tornarão o grupo mais interessante e efetivo”, para o estabelecimento de vínculos, confiança e adesão ao tratamento.

Como essa é também uma prática de educação em saúde, foi apontado, assim como na descrição da prática de educação em saúde, que ocorre a delegação da realização dos grupos aos ACS ou auxiliares de enfermagem, sendo feita apenas a supervisão pelos enfermeiros (Rodrigues, 2008), limitando a potencialidade terapêutica dessa prática, já que nessa prática é imprescindível que o coordenador seja capacitado para realizá-la.

Contudo, foi apresentada a potencialidade dessa prática como espaço de reflexão e sociabilidade (Teixeira, 2008), desenvolvimento de ações lúdicas; utilização de ambientes externos à USF; desenvolvimento em conjunto das atividades em grupo entre os profissionais e os usuários, sendo que os últimos participem ativamente na escolha dos assuntos a serem desenvolvidos (Rocha et al. 2010); além da incorporação de uma concepção ampliada de educação em saúde, como a concepção da educação popular, o que possibilitaria a ampliação do objeto dessa prática (David, Acioli, 2010; Teixeira, 2008). Essa possibilidade vem ao encontro da afirmativa de que apenas com a

participação da população é possível assegurar sustentabilidade e efetividade das ações da saúde, especialmente as de cunho educativo (Roecker, Marcon, 2011).

Para aprimorar respostas às necessidades de saúde as práticas dos enfermeiros, especialmente na AB, devem incorporar a dimensão política, estimulando a participação dos moradores, usuários da USF ou não, articulando ações com outras instituições sociais do território. A participação de enfermeiros em práticas extramuros, realizando grupos e vinculando-se a instituições locais, segundo estudos (Martins et al., 2010; Shimizu, Rosales, 2009) permitem a identificação dos diferentes perfis epidemiológicos, permitem alcançar os determinantes sociais do processo saúde doença e tem potência para responder as necessidades de saúde diversos grupos sociais do território.

Martins et al. (2010) detectaram que o envolvimento dos trabalhadores de saúde com a participação social ainda é escasso. A enfermeira, em conjunto com os outros profissionais da ESF, vem procurando *timidamente* a participação social ao promoverem espaços de discussões junto das famílias e dos grupos comunitários (Nascimento, Nascimento, 2005), bem como no Conselho Gestor da USF, espaço instituído pelas diretrizes do SUS para participação da equipe e dos moradores nas decisões políticas de saúde (Silva, Motta, Zeitoune, 2010).

No entanto, é a participação que possibilita a transformação de sujeitos sociais em sujeitos políticos, para que participem ativamente do processo de tomada de decisões no planejamento das ações locais do serviço de saúde (Martins et al., 2010; Nascimento, Nascimento, 2005). Essa constatação contraria, portanto, o referencial normativo do SUS, que prevê a participação na gestão do SUS como uma ferramenta potente para a consolidação do sistema (Martins et al., 2010).

No âmbito do gerenciamento Jonas, Rodrigues, Resck (2011) afirmaram que a gerência está sempre presente no trabalho do enfermeiro porque permeia o processo de cuidar.

Há trabalhos (Martins et al., 2010; Nascimento, Nascimento, 2005; Santos et al., 2008; Shimizu, Rosales, 2009; Silva et al., 2011) afirmando serem as ações programáticas da ESF definidoras do modelo de gerenciamento dos serviços de AB e,

de acordo com Nascimento, Nascimento (2005), pautam-se nas ações programáticas em saúde.

Nascimento, Nascimento (2005) destacaram como principais atribuições da enfermeira no gerenciamento: a coordenação do serviço de saúde, supervisão dos auxiliares e técnicos de enfermagem e ACS, ações de vigilância epidemiológica, controle de materiais, medicamentos e pessoal, reunião de equipe, programação local e fornecimento de dados para o SIAB. O gerenciamento pode ser feito, segundo Jonas, Rodrigues, Resck (2011), para viabilizar as práticas assistenciais, nas dimensões: gerência do serviço de saúde e gerência da assistência ao usuário.

O gerenciamento da assistência de enfermagem é uma das principais habilidades e/ou competências do enfermeiro (Spagnuolo, Pereira, 2007).

No estudo de Jonas, Rodrigues, Resck (2011) a função gerencial do enfermeiro foi apreendida, tanto por médicos quanto pelos próprios enfermeiros, como estando voltada às atividades de natureza burocrática, tornando mecânica esta dimensão do processo de trabalho do enfermeiro e sobrecarregando esse profissional.

Na exemplaridade do SIAB, os dados obtidos cumprem mais a tarefa de informar níveis centrais da administração pública do que de instrumentalizar o planejamento de ações e projetos terapêuticos em resposta a necessidades de saúde da população (Shimizu, Rosales, 2009).

No entanto, a burocracia deveria servir para garantir a racionalidade da organização, viabilizando o projeto de atenção em saúde (Jonas, Rodrigues, Resck, 2011).

Na prática tem-se observado que o gerenciamento, inclusive aquele realizado por enfermeiros, tem se restringido a cumprir normas e regulamentos estabelecidos nos níveis administrativos centrais, dirigido a responder necessidades do serviço. Com essa lógica, o gerenciamento na ESF tem priorizado formas de estabelecer cumprimento de metas de atendimentos, privilegiando a produtividade e limitando recursos e participação dos profissionais nas tomadas de decisões. Essa lógica limita o gerenciamento centrado no cuidado das necessidades de saúde da população e gera

insatisfações na equipe de enfermagem (Jonas, Rodrigues, Resck, 2011; Spagnuolo, Pereira, 2007).

Outro problema é a extrapolação das atividades desempenhadas pela enfermeira na AB, assumindo, na ausência de um gerente/gestor local, as suas funções, o que faz ocorrer uma sobrecarga das tarefas do enfermeiro; o que tem gerado um distanciamento e dificuldade de articular o gerenciar e o cuidar no seu cotidiano de trabalho (Jonas, Rodrigues, Resck, 2011).

Assim, as competências gerenciais do enfermeiro, sugeridas na literatura para a implantação de uma prática gerencial mais ampliada foram: a adoção da gerência participativa, não havendo instituição apenas de ordens verticais, o que promove a descentralização e a participação (Jonas, Rodrigues, Resck, 2011; Spagnuolo, Pereira, 2007) a delegação de tarefas, que alivia a sobrecarga de atividades e incentiva a co-responsabilização de toda a equipe na produção do cuidado; a importância do trabalho em equipe interdisciplinar e liderança, sendo, talvez, a equipe de saúde o mais importante espaço no cotidiano de trabalho para a integração das diversas categorias que atuam na AB; e por fim, foi apontada a Comunicação, já que é o ponto de partida para a eficácia das relações interpessoais e interprofissionais (Jonas, Rodrigues, Resck, 2011).

Para viabilizar a gestão participativa Silva, Motta, Zeitoune (2010) enfatizaram a importância das reuniões da equipe, que devem constituir-se como espaços de reflexão, planejamento e constituição de propostas de ações da equipe interdisciplinar.

Por fim, pode-se perceber que as práticas descritas na literatura são as práticas protocolares, que ainda tomam um objeto de atenção à saúde limitado.

Pôde-se, portanto, aquilatar que apesar de haver a proposta de uma Política Nacional de Humanização no SUS, que propõe uma prática de saúde ampliada, a estratégia de organização da Atenção Básica que define as práticas a serem realizadas e os protocolos e manuais que orientam as práticas dos enfermeiros limitam essas práticas. Portanto, há um discurso de ampliação das práticas desenvolvidas na AB e Constituição Federal reconhece um conceito de saúde mais amplo e propõe a ampliação do objeto da atenção e, conseqüentemente, das práticas, mas no cotidiano do trabalho há uma limitação (poda) da ampliação das práticas dos trabalhadores.

Dessa forma, observou-se nessa revisão que as práticas que conseguem ser ampliadas, tanto da assistência como no gerenciamento, são as que incorporam a perspectiva da participação, tanto a participação dos trabalhadores da USF, no âmbito da gestão participativa, quanto dos usuários.

2. CONSIDERAÇÕES TEÓRICAS

2 CONSIDERAÇÕES TEÓRICAS

Neste estudo a prática de enfermagem, uma prática social, será compreendida como trabalho.

2.1 TRABALHO E PROCESSO DE TRABALHO

Na fala de Marx (1988:144), no processo de trabalho

a atividade do homem efetua mediante o meio de trabalho, é uma transformação do objeto de trabalho, pretendida e intencionalizada desde o princípio. O processo extingue-se no produto. Seu produto é um valor-de-uso, uma matéria natural adaptada às necessidades humanas mediante transformação da forma, o trabalho que se uniu com seu objetivo. Assim, o trabalho está objetivado e o objeto trabalhado.

Segundo Althusser (1999), processo trabalho é uma sequência de operações sistematicamente reguladas, efetuadas pelos agentes do processo de trabalho que trabalham um objeto de trabalho, empregando para tal fim instrumentos de trabalho (ferramentas) de maneira a transformar o objeto de trabalho, por um lado, em produtos próprios a satisfazerem as necessidades humanas diretas e, por outro, em instrumentos de trabalho destinados a garantir a prossecução ulterior do processo de trabalho.

Sendo o nível técnico dos agentes de um processo de trabalho, portanto, sempre determinado pela natureza dos instrumentos de trabalho e, de maneira geral, dos meios de produção existentes (Althusser, 1999).

Segundo o autor, pode-se retirar da natureza bens de subsistência ou fazer com que ela os produza, por meio de um conjunto de processos de trabalho, cujo sistema constitui o processo de produção do modo de produção considerado (Althusser, 1999).

Um modo de produção é um modo de produzir os bens materiais indispensáveis para a existência material dos indivíduos que vivem em determinada formação social. A forma de produzir é uma forma de combater a natureza, já que é da natureza que toda formação social extrai os produtos materiais necessários para sua subsistência, sua estagnação ou seu desenvolvimento (Althusser, 1999).

Desse modo, todo processo de produção de um modo de produção implica vários processos de trabalho que devem ser, então, combinados cuidadosamente de maneira que a mão-de-obra exigida segundo os trabalhos seja suficiente para garantir todos os processos de trabalho exigidos por determinado modo de produção (Althusser, 1999).

Segundo Althusser (1999:42) para Marx, para entendermos uma “formação social”⁴ é necessário compreender o modo de produção dominante que nela opera. No modo de produção há uma “unidade” entre forças produtivas e relações de produção, sendo as forças produtivas determinadas pelas relações de produção.

As relações de produção, nas sociedades de classes, existem entre os agentes da produção e outros personagens que intervêm na produção, que são detentores dos meios de produção e se apropriam de uma parte dos produtos do trabalho dos agentes da produção: uma parte do sobre trabalho excedente, do qual cedem uma parte aos agentes da produção para que esses possam viver e se reproduzir, guardando o resto (mais-valia) para si mesmo.

2.2 PROCESSO DE TRABALHO EM SAÚDE E EM ENFERMAGEM

As práticas de enfermagem se configuram como trabalho (Almeida, Rocha, 1997), uma prática social que se articula aos demais trabalhos em saúde (Peduzzi, 1999).

As práticas em saúde são práticas sociais, que são operacionalizadas em resposta a necessidades sociais (Mendes-Gonçalves, 1992), logo contextualizadas num tempo histórico e social, além do que, segundo Schraiber (1996) essas práticas não se fazem individualmente, complementam, são complementadas e delimitadas pelas demais práticas em saúde.

Dadas às peculiaridades do objeto de trabalho da saúde – as necessidades de saúde, sentidas e trazidas aos serviços pelos sujeitos/usuários e apreendidas e interpretadas pelos sujeitos/agentes do trabalho – o trabalho em saúde configura-se

---

⁴ Marx rejeitou a noção de “sociedade”, como não científica. De fato, esse termo está sobrecarregado de uma noção ideológica que deve ser substituída por um conceito científico: o conceito de formação social (Althusser, 1999:42).

como trabalho reflexivo, destinado à prevenção, manutenção ou restauração de “algo” (a saúde) que é imprescindível ao conjunto da sociedade (Peduzzi, 1999:42).

Pode-se afirmar, então, que existe uma circularidade entre processos de trabalho em saúde e necessidades de saúde. O trabalho em saúde responde necessidades, que por sua vez deveria ser a disparadora de processos de trabalho.

Portanto, os processos de trabalho em saúde devem tomar como finalidade o aprimoramento das necessidades de saúde dos diferentes grupos sociais que constituem um determinado território, tomando o conceito da determinação social do processo saúde-doença para instaurar ações que respondam a diferentes

necessidades de saúde no âmbito das raízes dos problemas, do determinante, e também no dos resultados, a doença propriamente dita, e encaminhar a política pública de saúde na direção do direito universal (Campos, Mishima, 2005:1261).

2.3 DETERMINAÇÃO SOCIAL DO PROCESSO SAÚDE-DOENÇA E REPRODUÇÃO SOCIAL

Nesse trabalho foram tomados os fundamentos da teoria da determinação social do processo saúde-doença. Compreende-se que o processo saúde-doença é socialmente determinado pelas formas de produzir e consumir. As formas de produzir estabelecerão as formas específicas de trabalhar, que por sua vez determinarão as formas específicas de viver, compreendida pelo acesso as diferentes condições materiais de existência (Salum, Queiroz, 1996).

Essas formas de viver e de trabalhar apresentam um determinado potencial de fortalecimento e potencial de desgaste à saúde, que se concretizam no corpo do indivíduo através de diferentes gradientes de saúde/doença; em que quanto mais potenciais de desgaste, mais próximo estará do gradiente da doença, e quanto mais potenciais de fortalecimento, mais próximo estará do gradiente de saúde (Salum, Queiroz, 1996). Conformando assim os diferentes perfis epidemiológicos da população, que irão influenciar diretamente na atenção à saúde (Paim, 2006).

Dessa forma, os integrantes de um grupo social, que apresentam condições semelhantes de trabalho e de vida, tenderão a apresentar problemas de saúde semelhantes, definidos pelo embate entre os potenciais de fortalecimento e os potenciais de desgaste que estão presentes nas condições de trabalho e de vida. Ou seja, os processos patológicos dos diferentes grupos sociais são distintos; e serão também distintos os problemas de saúde que acometerão os que possuem diferentes profissões e ocupações, já que estão submetidos a diferentes formas de trabalhar e de viver (Salum, Queiroz, 1996).

Portanto, para a saúde coletiva o objeto do trabalho em saúde não deve focar apenas no agravo já instalado, deve abranger também os determinantes do processo saúde-doença, que estão presentes nas diferentes formas de inserção na vida social, e integram uma rede em que se conectam complexamente as desigualdades em saúde às desigualdades sociais (Soares, 2009; Salum, Queiroz, 1996).

As diferentes formas de inserção social definirão a posição que cada grupo social ocupa na “reprodução da vida social”, ou seja, a realização cotidiana do trabalho e do seu modo de viver (Soares, 2009; Salum, Queiroz, 1996).

A reprodução social, segundo Samaja (2000), compreende a relação entre a reprodução biológica (bio-comunal), a reprodução psicológica (autoconsciência e da conduta ou comunal-cultural), a reprodução econômica (societal) e a reprodução ecológico-política (estatal). No entanto, essa relação não é do tipo multicausal porque no modo de produção capitalista todas essas reproduções estão subordinadas à reprodução econômica.

Na reprodução bio-comunal, seus membros devem reproduzir cotidianamente suas condições como organismos vivos sociais. Implicando na sua reprodução corporal e a reprodução da rede de inter-relações que constroem o meio comunal no qual eles se realizam como indivíduos (Samaja, 2000).

A reprodução comunal-cultural implica na produção de redes simbólicas de elaboração e transmissão de experiência e aprendizagem (cultura), com desenvolvimento de um sistema complexo de admissão de crenças transmitidas, por meio da socialização primária ou secundária (Samaja, 2000).

Segundo Samaja (2000), na reprodução econômica, a atividade econômica⁵ não tem como objeto imediato a produção do próprio organismo, nem a produção de bens para este, mas a produção e o intercâmbio dos bens em todas as suas escalas de mediação que depois irão incorporar-se à reprodução bio-comunal e à comunal-cultural. Ainda, abarca o amplo espectro das atividades de trabalho humano, incluindo os momentos de produção, distribuição e intercâmbio.

A reprodução ecológico-política é um processo pelo qual os indivíduos e grupos humanos devem restabelecer as relações de interdependência entre as relações sociais, comunais-culturais, bio-comunais e as condições ambientais (Samaja, 2000).

Vale ressaltar que cada um desses “processos reprodutivos contém os outros como insumos ou condições de sua realização” e destaca que com o advento do capitalismo “a dimensão econômica passa a comandar o processo de reprodução social”. (Samaja, 2000:74-5).

Em suma, a reprodução social foi descrita por Campaña (1997:133) como sendo

o conjunto da vida social caracterizado pelas formas de trabalhar e consumir, pelas relações que os seres humanos estabelecem entre si para produzir a vida social, pela forma em que realizam a distribuição e o intercâmbio dos bens socialmente produzidos, pelas instituições que geram e pelo nível de consciência e organização que alcançam.

2.4 NECESSIDADES DE SAÚDE

Necessidades de saúde são definidas como sendo necessidades de reprodução das classes sociais sendo distintas nos diferentes grupos sociais, que se definem de acordo com sua inserção na divisão social do trabalho, que por sua vez irá determinar os diferentes modos de viver, ou seja, as necessidades de saúde serão compreendidas, portanto, como necessidades de reprodução social e não devem ser compreendidas como sinônimo de necessidade de serviços de saúde (Campos, 2004).

---

⁵ As culturas mediatizam as relações dos indivíduos com suas necessidades biológicas, exigindo uma elaboração e uma circulação que se denomina genericamente “atividade econômica” (Samaja, 2000).

Para Campos, Mishima (2005) e Campos (2009) as necessidades de saúde congregam as necessidades de reprodução social, necessidade da presença do Estado e necessidade de participação política.

As necessidades de reprodução social, para serem reconhecidas e respondidas na sua complexidade, demandam a necessidade da presença do Estado, que será mais efetiva quanto maior for a garantia da promoção do bem-estar social e de direitos universais e quanto mais consciente for a necessidade de participação política, “pois é a instância que possibilita a discussão e o embate das necessidades e dos interesses das classes/grupos sociais e dos grupos organizados da sociedade civil” (Campos, 2009:155).

Por fim, Campos (2004) concluiu que ao reconhecer as necessidades de saúde dos indivíduos ou coletivos, aos quais serão dirigidas ações de saúde, significa, portanto, que foram identificadas as características e as consequências das necessidades relacionadas ao âmbito da “reprodução social, da presença do Estado, e da participação política”.

2.5 PARTICIPAÇÃO SOCIAL

A partir da concepção de necessidades de saúde adotada, a participação social está na base das necessidades de saúde.

Estudo científico sobre participação remonta ao século XVIII, com as formulações de diversos autores, dentre eles Marx e Engels que deram origem a uma tradição analítica que gerou um paradigma (Gohn, 2003), que será observado neste estudo.

Na abordagem marxista, o conceito de participação não é encontrado de forma isolada, mas sim articulado a duas outras categorias de análise: lutas e movimentos sociais. A análise dos movimentos sociais sob o prisma do marxismo refere-se a processos de lutas sociais voltadas para a transformação das condições existentes na realidade social, de carência econômica e/ou opressão sociopolítica e cultural. Não se trata do estudo das revoluções em si, mas do processo de luta histórica das classes e camadas sociais em situação de subordinação. As revoluções são pontos desse processo, quando há ruptura da “ordem” dominante, quebra da hegemonia do poder das elites e

confrontação das forças sociopolíticas em luta, ofensivas e defensivas (Gohn, 2003:24).

Segundo Gohn (2003) a participação social pode ser analisada segundo três níveis básicos: o conceptual, o político e o da prática social. O primeiro apresenta alto grau de ambiguidade e varia segundo o paradigma teórico em que se fundamenta. O segundo usualmente é associado a processos de democratização (em curso ou lutas para sua obtenção), mas pode ser utilizado como um discurso que busca mera integração social de indivíduos, isolados em processos que objetivam reiterar os mecanismos de regulação e normatização da sociedade, resultando em políticas sociais de controle social. O terceiro relaciona-se aos processos sociais propriamente ditos; tratam-se das ações concretas engendradas nas lutas, movimentos e organizações, sendo a participação um meio viabilizador fundamental.

Ainda segundo a autora, existem concepções consideradas “clássicas” para se entender a participação, são elas:

- Concepção *liberal*: partindo dos pressupostos do liberalismo, a participação objetiva o fortalecimento da sociedade civil, não para que esta participe da vida do Estado, mas para fortalecê-la e evitar o controle, tirania e interferência do Estado na vida dos indivíduos. Essa concepção objetiva reformar a estrutura da democracia representativa e melhorar a qualidade de democracia nos marcos das relações capitalistas. Baseia-se no princípio da democracia de que todos os indivíduos são iguais, desconsiderando as diferenças – de classe, etnia ou outras (Gohn, 2003).

A partir dessa concepção deriva-se: a *participação corporativa*, em que a participação dos indivíduos não decorre de interesses pessoais e, normalmente, o processo participativo está articulado à existência de organizações na sociedade, supondo-se que as organizações existem somente quando há participação dos indivíduos. Outra derivação é a *participação comunitária*, que concebe o fortalecimento da sociedade civil a partir da integração de seus órgãos representativos aos órgãos deliberativos e administrativos do Estado, sendo portanto institucionalizada (Gohn, 2003).

- Concepção *autoritária*: é orientada para a integração e o controle social da sociedade e da política. Ocorre nos regimes autoritários de massa direita (fascismo), ou

de esquerda (demonstração de massa em comemorações nos regimes socialistas), ou ainda em regimes democráticos representativos, que é a participação cooptativa, expressa, por exemplo, através de estímulo que vem de instâncias superiores para a promoção de programas que apenas visam diluir os conflitos sociais (Gohn, 2003).

- Concepção *democrática*: tem como princípio regulador a soberania popular. A participação desenvolve-se tanto na sociedade civil (movimentos sociais e organizações autônomas), quanto no plano institucional (instituições formais políticas). Devido influência da concepção liberal, seu princípio básico é o da delegação de um poder de representação, não importando a forma como foi constituída essa representação, ainda defende-se o ideal liberal da competição no interior da sociedade civil e no interior do Estado as hierarquias devem ser respeitadas, a exemplo as competências e deliberativas impostas em alguns Conselhos (Gohn, 2003).

Deriva-se da concepção democrática a *participação revolucionária*, que estrutura-se em coletivos organizados para lutar contra as relações de dominação e pela divisão do poder político. Usualmente, a interpretação radical sobre a participação abarca questionamentos e busca a substituição da democracia representativa pela “democracia participativa” que, segundo Gohn ao ler Cori (1990), “implica uma redistribuição total do poder” (Gohn, 2003:38).

Outra derivação da concepção democrática é a concepção *democrático-radical*, que objetiva fortalecer a sociedade civil para a construção de caminhos que apontem para uma nova realidade social. O pluralismo é marca dessa concepção, e os agentes de organização da participação social são múltiplos. Os entes que compõem os processos participativos são vistos como “sujeitos sociais”, ou seja, não são indivíduos isolados ou membros de uma classe social. Como exemplo, temos os fóruns de participação popular (Gohn, 2003).

A partir dessas considerações pergunta-se:

- quais são as práticas de enfermeiros que possibilitam a mobilização e favorecem a participação social?

- como essas práticas se expressam no cotidiano do trabalho do enfermeiro?

- quais são as práticas que efetivam a participação social?
- como essas práticas contribuem para responder a necessidades ampliadas de saúde?

3.FINALIDADE E OBJETIVOS

3 FINALIDADE E OBJETIVOS

3.1 FINALIDADE E OBJETIVO GERAL

Este estudo tomou por finalidade subsidiar as práticas de saúde na AB, com ênfase nas do enfermeiro, para que sejam operacionalizadas como respostas a necessidades de saúde ampliadas. O objetivo geral do trabalho foi apreender características das práticas operacionalizadas na AB por enfermeiros que tenham a finalidade de promover a participação social.

3.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS

- identificar as práticas realizadas por enfermeiros de uma USF;
- identificar e analisar as práticas realizadas por enfermeiros que favorecem mobilização social;
- analisar as práticas de enfermeiros que efetivam a participação social.

4. PROCEDIMENTOS METODOLÓGICOS

4 PROCEDIMENTOS METODOLÓGICOS

4.1 TIPO DE PESQUISA

Tratou-se de pesquisa social de natureza qualitativa, do tipo estudo de caso.

Optou-se pela realização do estudo de caso, por tratar-se de um dos estudos qualitativos mais relevantes (Triviños, 1987), em que, segundo Gil (1991), o objeto de pesquisa é estudado em profundidade e exaustivamente, de maneira a permitir seu conhecimento amplo e detalhado. Conforme Triviños (1987) a complexidade do exame aumenta à medida que se aprofunda no assunto.

Esse tipo de estudo coaduna-se com os princípios metodológicos e referencial teórico utilizados, visto que Triviños (1987) ressalta a importância da articulação do tipo de estudo com seus suportes teóricos.

Houve ainda a seleção desse tipo de estudo, fundamentado na ideia de que a análise das práticas dos enfermeiros da USF escolhida para pesquisa possibilitarão, segundo Gil (1991), a compreensão da generalidade dessas práticas ou, pelo menos, o estabelecimento de bases para uma investigação posterior. No caso servirá como base à pesquisa matriz da qual deriva este estudo.

4.2 LOCAL DE ESTUDO

Este estudo foi desenvolvido em uma USF, da supervisão de Saúde do Butantã, da Coordenadoria de Saúde da região Centro-Oeste, do município de São Paulo.

A supervisão de Saúde do Butantã conta com 6 USF: USF Jardim D'Abril – com 4 equipes de Saúde da Família, USF Jardim São Jorge – com 6 equipes, USF Jardim Paulo VI – com 6 equipes, USF Vila Dalva – com 5 equipes, USF Jardim Boa Vista – com 6 equipes, USF Real Parque – 2 equipes.

Essa supervisão de saúde foi escolhida porque nela há uma articulação entre a Secretaria Municipal da Saúde de São Paulo – por meio dessas USF – e a Universidade de São Paulo (USP) – por meio das seguintes unidades de ensino: Escola de Enfermagem, Faculdade de Medicina, dos cursos de Fonoaudiologia, Fisioterapia, Terapia Ocupacional e da Faculdade de Odontologia.

Foi selecionada a USF Jardim Boa Vista, pois esta foi a primeira USF da Supervisão de Saúde Butantã a ser implantada com a totalidade das equipes da ESF e por ser sabidamente a USF que tem a proposta de gestão mais compartilhada do que as demais USF e por desenvolver um conjunto de ações e projetos inovadores, além dos previstos nos programas do MS.

4.2.1 O bairro Jardim Boa Vista

O Jardim Boa vista localiza-se na Zona Oeste da cidade de São Paulo, próximo ao Km 18 da Rodovia Raposo Tavares, fazendo divisa com a cidade de Osasco.

Abaixo pode ser observada a conformação do Território.

Figura 2 - Mapa do Jardim Boa Vista (adaptado)

Fonte: Secretaria Municipal de Educação, São Paulo. Disponível em: <http://portalsme.prefeitura.sp.gov.br/Escolas/092771/Documentos/PROJETO%20POLITICO%20PEDAGOGICO%20ANO%20LETIVO%202012/PROJETO%20PEDAGOGICO%202012%20-%20PDF.pdf>. Acesso em: 28 nov. 2012.

Em 1968, a área onde hoje é o atual bairro do Jardim Boa Vista, era uma chácara. Existia uma casa principal em que morava o dono da chácara, essa casa situava-se onde atualmente se localiza o Colégio Waldorf Micael. Todo o terreno foi vendido, a outro proprietário que o loteou e posteriormente os revendeu (São Paulo, 2012).

Por se tratar de um loteamento clandestino, não houve preocupação com a organização do bairro, nem com sua infraestrutura. Uma organização de moradores se reunia numa sala na Rua Sara Newton para discutir os problemas do bairro, e, com isso, uma equipe de trabalho com o nome de “União de Moradores do Jardim Boa Vista” conseguiu legalização jurídica do bairro em 29 de outubro de 1979 e buscou de forma mais ampla soluções para os problemas que afetavam o Jardim Boa Vista (São Paulo, 2012).

Posteriormente, por problemas de organização político e de ordem prática, a diretoria da União de Moradores se dividiu e foi criada outra entidade no bairro com o nome de “Sociedade dos Amigos de Bairro do Jardim Boa Vista”, e em 25 de outubro de 1987 a razão social foi alterada para “Sociedade Amigos de Bairro do Jardim Boa Vista” com novo Estatuto, existindo até a atualidade (São Paulo, 2012).

Além da sociedade acima, existe atualmente no bairro uma organização própria dos moradores da favela, cujo nome é “União de Moradores da Favela do Jardim Boa Vista” e também uma associação que luta pelos interesses da área do Mar Vermelho, que faz um trabalho integrado com a Sociedade Amigos de Bairro e com igrejas (São Paulo, 2012).

É importante ressaltar o estímulo que havia por parte da Igreja para que os moradores se unissem em favor de melhorias para o bairro, através de missas que eram realizadas no Convento das Irmãs Pias Discípulas e também através de Círculos Bíblicos (grupos de moradores que à luz do Evangelho discutem os problemas do bairro) (São Paulo, 2012).

As primeiras pautas de luta da população deste bairro foram: água, luz, ônibus e uma escola municipal. Todas as conquistas foram através de grande mobilização dos moradores (São Paulo, 2012).

Outras lutas tiveram grande destaque, como por exemplo, o fechamento de uma pedreira que havia na região, onde, posteriormente planejava-se a construção de um aterro sanitário, mas que teve seu projeto barrado através da resistência da população; além da solicitação da construção da creche do bairro, que foi inaugurada e seu funcionamento ficou parado por seis meses, pois a administração alegando falta de verbas queria uma administração indireta (conveniada), mas a população do bairro lutou e conquistou uma creche direta, financiada somente pela Prefeitura. Também houve mobilização popular para o asfaltamento das ruas que chegou em 97% de asfaltamento das ruas em 1988 (São Paulo, 2012).

De 1986 a 1992, os movimentos da Sociedade Amigos de Bairro reivindicaram a construção e ampliação da Sede da “Sociedade Amigos do Bairro do Jardim Boa Vista”; construção e posterior ampliação de escola de 1º e 2º graus e EMEI; canalização do córrego localizado ao lado de uma das escolas; construção de pontes sobre o córrego do Itaim, que ocasionava problemas de enchentes que impossibilitavam o trânsito; solicitação de linhas de ônibus; arborização das ruas; calçamento de vielas; legalização da entrada do bairro; conscientização da população em relação às questões referentes ao meio ambiente; e, por fim, a construção da Unidade Básica de Saúde, a partir de um movimento que ocorreu em 1991 (São Paulo, 2012).

O bairro atualmente comporta mais de 15 mil famílias. A área foi legalizada, todas as ruas foram asfaltadas, mas algumas necessidades ainda permanecem. Soma-se ao problema do transporte outros problemas existentes no bairro que são, por exemplo, a falta de segurança, iluminação pública, violência, consumo de drogas ilícitas, acidentes devido problemas com calçamento (São Paulo, 2012).

Além disso, o crescimento imobiliário ocupou uma área de várzea naturalmente utilizável em épocas de transbordamento do córrego e as construções imobiliárias dos bairros vizinhos acabaram interferindo no desvio do leito, passagem e desembocadura do córrego que passa na região. O problema da enchente neste bairro e o desmatamento da área arbórea são reveladores do processo de ocupação, organização e transformação do espaço sem a devida preocupação (São Paulo, 2012).

Se no passado a igreja e associações foram atuantes e comprometidas com a população em prol de melhorias para o bairro, hoje quem tem assumido este papel, junto aos moradores, são as escolas e a USF Jardim Boa Vista (São Paulo, 2012).

Mesmo desacreditados de suas associações, por conta das questões e divisões partidárias, os moradores ainda acreditam na educação e na saúde pública porque são para estas instituições e para seus profissionais que buscam ajuda, auxílio e até mesmo um trabalho de parceria (São Paulo, 2012).

Desde 2008 até os dias atuais tem havido articulação entre a população, as escolas e a USF, e mensalmente as instituições locais (CEI, EMEI, EMEF, USF, grêmios e associações) participam de reuniões da “Rede Boa Vista” com o objetivo de identificar limites e possibilidades existentes para melhoria do bairro Jardim Boa Vista (São Paulo, 2012).

De todos os problemas, o problema do córrego continua sendo o mais grave por colocar em risco a saúde e a vida dos moradores (São Paulo, 2012).

Em 2011, por conta das enchentes ocorridas em 2010, os moradores se reuniram novamente em busca de soluções e de ações de prevenção. Não queriam mais contar com o trabalho da "Cruz Vermelha" ou de ações sociais assistencialistas. Precisavam mobilizar novamente a população para que um trabalho fosse feito antes do problema se agravar. Decidiram então procurar a USF Jardim Boa Vista para que fosse possível criar um espaço de discussão e organização do movimento (independente das associações e de divisões partidárias) (São Paulo, 2012).

Participaram desses encontros todas as pessoas interessadas em ajudar a resolver os problemas mais urgentes e emergentes do bairro. As reuniões passaram a ocorrer semanalmente para tratar das seguintes questões: córrego, transporte e iluminação pública (São Paulo, 2012).

Destas reuniões surgiram documentos importantes que foram encaminhados para a Subprefeitura do Butantã e também a discussão e planejamento de ações ambientais conjuntas com as instituições escolares para mobilização da população e das autoridades (São Paulo, 2012).

Segundo o Projeto pedagógico da EMEF Solano Trindade (São Paulo, 2012), dentre as ações que foram desenvolvidas em parceria com a USF estão:

- **Grupo Referência** – grupo de alunos da escola que participavam das reuniões semanais e discutiam as melhorias necessárias ao bairro.

- **Corrida pelo Córrego** – ação que contou com a participação da EMEF Solano, USF Jardim Boa Vista em parceria com a Escola de Enfermagem da USP e moradores do bairro.

- **Manifesto da campanha “Córrego limpo, comunidade viva!”**⁶ – manifesto que visou chamar a atenção da população e das autoridades para os problemas do córrego e das enchentes, que contava a história do bairro e as ações que estavam acontecendo.

- **Xeque Mate pelo Córrego** – ação educativa ambiental em prol da construção de um Parque Linear às margens do córrego com a participação e envolvimento dos alunos do Programa Ampliar⁷.

A partir de tais mobilizações se conquistou a elaboração de um projeto de Parque Linear para o bairro e inclusão do projeto nas intenções da Secretaria do verde e do meio ambiente; apoio, reconhecimento e divulgação do projeto a nível nacional; plantio de mudas de árvores; atenção às vielas; colocação de lombadas, faixas de pedestres; melhoria e ampliação da iluminação pública; exoneração da taxa de iluminação pública para as residências localizadas em áreas sem iluminação pública ou com iluminação precária; instalação de rede de esgoto nas ruas ao redor ou próximas ao córrego; e, finalmente, limpeza periódica do córrego e margens (São Paulo, 2012).

---

⁶ Vide Epígrafe no início deste trabalho.

⁷ O Programa Ampliar é um projeto da Secretaria Municipal de Educação de São Paulo, implantado nas unidades da rede municipal de ensino, tem como objetivos ampliar o tempo de permanência do aluno na escola, por meio de ações sistematizadas de caráter educacional e potencializar o uso dos recursos e espaços disponíveis como ambientes de aprendizagem para alunos e professores. São oferecidos cursos presenciais e disponibilizados conteúdos formativos em ambientes virtuais, o Programa visa atender aspectos específicos do desenvolvimento dos projetos nas escolas, oferecendo atendimento local e assessoria técnico-pedagógica personalizada para identificar dificuldades e propor soluções no âmbito da gestão do projeto na unidade. Disponível em: <http://portalsme.prefeitura.sp.gov.br/Projetos/educom/AnonimoSistema/MenuTexto.aspx?MenuID=50&MenuIDAberto=49>

4.2.2 A USF Jardim Boa Vista

A USF Jardim Boa Vista pertence à subprefeitura do Butantã, que possui uma população de quase 430 mil pessoas, e está localizada no distrito Raposo Tavares, que possui pouco mais de 100 mil habitantes (IBGE, 2010).

O Distrito de Saúde Escola do Butantã conta em sua RAS com os seguintes serviços municipais: um ambulatório de especialidades; um hospital municipal; 13 Unidades Básicas de Saúde; um serviço especializado em DST/AIDS; um centro de convivência; um Centro de Atendimento Psicossocial (CAPS); um pronto socorro; um hospital universitário e um hospital público estadual especializado em pediatria (Rêgo, 2004).

A unidade do Jardim Boa Vista tinha sob responsabilidade, no ano 2000, cerca de 22.000 habitantes (Trapé, 2005).

A unidade funciona há 16 anos, e existem núcleos populacionais bastante distantes da unidade, como é o caso do conjunto habitacional COHAB Raposo Tavares e do Jardim Munk (Rêgo, 2004).

A unidade fez parte do PAS até junho de 2001, quando o PAS foi extinto, e o Distrito de Saúde Escola Butantã assumiu a gerência de todas as Unidades da sua área de abrangência. Neste período os planos para implantação do PSF já estavam prontos, sendo a USF Jardim. Boa Vista a primeira prioridade para o Distrito de Saúde Escola Butantã, pois preenchia a maioria dos requisitos necessários para iniciar a implantação do programa (Rêgo, 2004).

Foram implantadas cinco equipes de saúde da família. Previstas para atender toda a população com renda familiar de até cinco salários mínimos, residente no território definido da Unidade Básica (Rêgo, 2004). Atualmente, a USF é gerida por uma enfermeira e conta com seis enfermeiras das equipes de saúde da família, uma enfermeira da equipe de vigilância epidemiológica e, por fim, uma enfermeira funcionária da Secretaria Municipal de Saúde e uma enfermeira que foi alocada há pouco tempo na unidade para desenvolver atividades administrativas, essas duas últimas não fizeram parte do estudo por não atuarem segundo a ESF.

4.2.3 Fase exploratória: a USF Jardim Boa Vista e a escolha democrática de gerente

Abaixo, buscou-se através do relato do antigo gerente da USF Jardim Boa Vista, se ilustrar como se deu o processo de escolha democrática do gerente da Unidade.

Na USF Jardim Boa Vista, logo que a unidade foi fundada a gerente da unidade era funcionaria da Secretaria Municipal de Saúde de São Paulo e administrou o serviço por mais de uma década. Essa gerente administrava o serviço de forma participativa.

Com a entrada da Organização Social Fundação Faculdade de Medicina, essa gerente foi substituída por um funcionário da Fundação. Porém esse novo gestor apresentava características autoritárias em sua forma de administrar o serviço, causando um embate entre as características tanto dos funcionários da unidade como dos moradores do bairro.

Porém, assim como as conquistas do bairro se deram através da luta de moradores, esse gerente da USF acabou sendo deposto através da luta dos trabalhadores da Unidade.

Após, um trabalhador da USF Jardim Boa Vista, através de votação na unidade, foi eleito como gerente do serviço. Esse gerente reimplantou novamente a gestão democrática na Unidade e deu início a diversas práticas que são desenvolvidas na unidade até a atualidade.

Após a saída desse gerente, a atual gerente da unidade, uma enfermeira, foi eleita para realizar o gerenciamento da unidade, perpetuando o modelo de gestão participativa previamente implantada.

Esse processo foi narrado abaixo pelo antigo gerente eleito pelos trabalhadores. Além disso, o relato traz a descrição das características de alguns trabalhadores do serviço, que eram militantes e desde há muito tempo vinham desenvolvendo atividades participativas, mas de forma isolada ou sem o conhecimento e estímulo das primeiras gerências.

Formei-me, [e] para fazer residência não tinha por aqui ainda [fui para o Sul] e voltei no primeiro ano que começou a residência aqui. Então na época eu já entrei em uma equipe que veio um residente também, então estava aprendendo a trabalhar e sendo professor ao mesmo tempo, (...) aí acho que na época [que] eu já tinha 2 anos e meio quando teve (...) uma série de atividades na verdade que vinham acontecendo, que já vinham criando uma (...) outra perspectiva de relacionamento da equipe, tudo, e com os usuários também, né? (...) Mas assim... (...) eu acho que tem a ver com uma mudança de discurso mesmo que foi aparecendo e que ali tinha pessoas que compartilhavam e reverberavam muito isso, (...) por isso que chamei a atenção, porque eu acho que tinha uma terra arada ali pelo trabalho da [TO] (?), (...) porque ela já trabalhava em outra lógica diferente do que em geral se trabalhava no resto da unidade. Pouco dialogada ainda naquele momento, mas que (...) acho que a própria gerente anterior (...) era uma pessoa que dava muita liberdade para os funcionários, (...) não era ainda uma política da unidade... uma dinâmica da unidade, (...) mas ela fazia isso aí sozinha e (...) até aquele momento não tinha obstáculos. Era uma pessoa sozinha, solitária... fazendo esse trabalho (...). (...) Eu acho que tinha [outras] pessoas interessantes [também], (...) que tem a ver com (...) a virada e a possibilidade de participação, reconhecer certas capacidades, certas competências, que não são exatamente, imediatamente associadas a um certo referencial teórico (...). Tem uma coisa assim que logo que eu entrei, tipo 3 meses depois mais ou menos que eu entrei no Boa Vista, mudou a gerencia; (...) e essa mudança ela tinha totalmente relação com a forte influência da faculdade de medicina, via Fundação (...), que foi uma mudança que em um primeiro momento... como continua até hoje... a entrada da Fundação e das OSS, ela não consegue ser lisa, porque de fato há uma deliberada diferenciação dos regimes e das pessoas, (...) sem entrar no mérito das questões (...) administrativas, gerenciais específicas, do direito privado, do direito público... o que é avanço, o que é retrocesso nessas histórias... mas tem uma deliberada... o que eu nunca me conformei nesse processo todo foi com o fato da gente não conseguir entender, mesmo que, digamos, por hipóteses que fosse necessária uma mudança de organização, não

respeitar todas as pessoas que estão lá e não considerar tudo isso como um quadro... primeiro respeitar a trajetória de vida de cada um, quer dizer, você está há 10 anos trabalhando nesse lugar, então você não tira alguém desse lugar sem uma justificativa muito bem feita assim... O trabalho é um investimento da vida, né? Então, tudo isso que foi acontecendo de forma pior nos últimos tempos aqui na região... Então de alguma maneira a entrada [do novo gerente] (...) já foi alguma coisa nesse sentido. Eu tinha uma impressão positiva inicialmente [dele] (...). E o engraçado é que os dois [-nós-] entraram com uma relação forte com a faculdade de medicina, em uma perspectiva de dar conta do ensino de graduação que vinha chegando da residência que começava naquele momento. A gente entrou quase juntos, com 3 meses de diferença, e a unidade toda fazia uma identificação imensa minha com ele, era o mesmo grupo, tinha gente que achava que a gente era amigo até; e a minha referencia inicial era positiva dele, era uma pessoa com uma competência técnica, com um acúmulo de formação técnica grande, ele sabia muito a respeito de muita coisa, (...) e tinha um discurso a respeito de atenção primária e organização do sistema público que se você olhasse, fizesse uma análise racional, fazia sentido, batia de certa maneira com o que a gente acreditava, em um primeiro momento.

E, engraçado, instituiu certa organização com um monte de reunião, (...) a gente tinha duas reuniões na hora do almoço, (...) aberta para todo mundo na verdade, mas nessas duas participava mais o núcleo de formação superior assim... Tinha espaço e era uma briga que os agentes participassem. Aí eles fizeram representação. Lembro-me de uma reunião geral que eles chegaram e – ah, se vocês não querem participar não tem problema, mas a gente gostaria muito que vocês participassem, é um espaço que a gente decide sobre o trabalho de vocês -. (...) Então tinha várias reuniões, tinha reunião geral... Então tinha uma estrutura de muito espaço de conversa. E isso engraçado também de pensar como não é um decreto que resolve nada, né?

Mas o que aconteceu é que não tinha conversa, não tinha conversa, não tinha conversa. (...) Eu lembro que o emblemático desse processo foi uma discussão, na tentativa de mudar, (...) o problema da demanda espontânea, que é uma baita pressão... até hoje se discute qual é o melhor jeito de dar conta disso; e aí ele resolveu fazer um jeito que era o pior possível (...) que era o documento norteador da Prefeitura do Serra, que era paciente direto na porta do médico, né? Tudo que não se queria fazer, que era valorizar um certo saber (...). [Era] não conseguir dar conta de entender o que está acontecendo e achar que a resposta [era] o médico (...). Eu lembro que no primeiro ano, no segundo ano, (...) eu lembro de ter a sensação da geladeira da 'Família Dinossauros', (...) que abria a porta e – ah... ah... ah!!! -. Abrir aquela porta era um desespero, ter que passar correndo. (...) Então estava defendendo princípios de organização e me defendendo como trabalhador também, que estavam me explorando. Aí teve uma votação na reunião geral que (...) tinha 5 votos à favor e 21 abstenções e foi dado como aprovado. Porque ganhou 5 à favor. Esse foi o símbolo máximo... – não está tendo conversa -. Se 21 pessoas se abstém da decisão significa que as pessoas não estavam tendo conversa, não teve conversa. E aí, isso vira e mexe foi deflagrando... indícios... indisposições e às vezes vinham umas ações mais autoritárias para cima de alguns profissionais... e aí (...) no posto foi se criando uma indignação à forma como a coisa acontecia. Mas (...) enfrentar a autoridade é uma coisa que a gente não sabe fazer, não tem treino... é impressionante... precisamos andar muito para consolidar sociabilidades mais democráticas.

(...) Então estava isso assim, no final das contas era uma gestão super autoritária, não tinha espaço, sempre tentava enquadrar, sempre tentava cumprir... [não fazia] nenhuma crítica às metas absurdas que vinham da Prefeitura... Tinha a questão da demanda espontânea, que na época (...), eu lembro que, numa crise de implementação de algumas dessas metas assim... que a (...) coisa saturou. Aí ele estava de férias e em uma reunião que estava sem ele... [em] que na reunião o tema da discussão era “como estava ruim” (...). Aí eu lembro que falei – se está ruim a gente não tem que continuar, né? -. E aí, a partir daí saiu um

abaixo assinado que incrivelmente mais da metade dos funcionários assinaram, muitos com medo, muitos não assinaram por medo do enfrentamento e a gente (...) entregou para ele, depois na Supervisão. Quando entregou para ele, falou: – não concordo com o que vocês estão falando. Não concordo que eu seja autoritário, temos que ter uma conversa -. Eu lembro que ainda teve meio que uma ‘caça às bruxas’, ele queria saber se certas pessoas que tinha indicado para o conselho gestor da CIPA tinham assinado -. Aí foi indo (...) nessa... (...) e aí teve o rompimento. O rompimento aconteceu assim... acho que aí um fator importante era que diante dessa condição, desse grau de violência, principalmente, aí teve uma questão que foi importante aí acho que são os acasos no contexto... que na época ainda estava muito inicial, muito incipiente a estrutura da graduação e da residência da medicina na Atenção Primária, e no Boa Vista tinha eu e a (...) médica de ensino, que estava muito (...) envolvida... que dava conta de tudo isso na unidade, era quem fazia tudo...Primeiro, terceiro ano, residência... fazia tudo. Então, a gente tinha um pouco a Universidade refém e a gente chegou, e aí a gente falou – se ele continuar a gente não continua mais -. Isso para a Fundação, (...) para os professores da faculdade que faziam a mediação ainda com a Fundação... (...) Aí [uma professora da Faculdade de Medicina] chegou a fazer duas conversas lá na unidade. Na conversa derradeira baixou o posto inteiro na reunião... ela tentou mediar... eu falei bastante ali... Aí ela conversou com [o gerente], perguntou não sei o que... – aí, diante disso, o que vocês acham... se dá para continuar ou não -, aí eu me calei e aí a unidade falou – não dá, não dá, não dá -. Eu já tinha sido bastante duro também, aí já não foi em uma reunião de conversa, era em uma reunião de fato de confronto, eu lembro que eu fui bastante duro naquela reunião com ele assim... elenquei umas 20 coisas graves que eu achava que ele tinha feito... (...) Aí a partir dali lembro que teve um processo engraçado que (...) conversando com essa professora da faculdade ela falou – então tá bom, então não vai ser mais o (?), então vai ser você -, eu falei – não! -, eu nem queria ser na verdade... era muito ambígua a minha relação naquele momento, de ser ou não ser [o gerente]... A princípio não era o que eu queria, queria continuar na equipe, falei –

não, não aceito, eu remeto essa decisão ao posto, essa decisão tem que ser do posto, (...) não é da gente -, - então tá bom, se você não aceita vai ser a [médica (?)] -. Aí (...) a gente tinha medo que (...) essa sucessão acontecesse e que fosse outra imposição, então a gente queria que saísse também da unidade, né? Aí a gente fez uma reunião que a gente colocou essa condição para a unidade, aí a unidade escolheu, mas nessa conversa era para entrar todo mundo e nessa conversa não tinha algumas pessoas importantes (...). Essa questão da própria faculdade, que era uma mediadora importante estar indicando eu e a [médica (?)] contou um pouco para a unidade, assim de certa diplomacia, não sei... E aí colocou [a gente] como possibilidades e aí se escolheu entre eu e a ela e eu ganhei por um voto só naquele momento... (...) mas pensei com a [-médica (?)] (...) como dividir, como fazer... não sei o que... eu fiquei bastante em dúvida, até mesmo com essa diferença de voto... Depois daquele dia eu fui na casa dela, a gente conversou, eu pensei em não ser... se era o caso, se não era... Mas talvez fosse, do ponto de vista estratégico, por conta de eu estar mais envolvido com o processo de transformação naquele momento, e aí também tinha uma questão de um certo enfrentamento político mais duro, que tinha que acontecer mesmo em relação a uma série de coisas. E daí... entrei na gerencia. Aí imediatamente teve a ideia de ter um grupo (...) de pessoas (...), que fosse representativo, mas que fosse de inteira confiança do ponto de vista de como encarar as coisas para dar um apoio, para tomar as decisões. (...) E a partir daí começa, começa a gestão [participativa]... que aí tem bastante coisa interessante.

A primeira coisa legal foi... tinha a sala do diretor, e era uma sala grande até, eu lembro que tinha (...) uma sensação (...) quando alguém chegava na unidade se estava a luz acesa da sala dele a gente passava correndo (...). Então era uma sensação física de ansiedade...

Essa era uma sala que quando a gente entrava, era uma sala que você andava um certo tanto até chegar na cadeira, na mesa... tinha essa coisa desconfortável... Aí na sala a gente botou uma mesa redonda ali que passou a ser uma sala de espaço de uso geral, né? Era um espaço que se

precisasse de alguma conversa, de receber alguém de fora, uma conversa digamos assim gerencial, até uma conversa com um funcionário... era um espaço que fechava a porta e dava para ter, ela servia às vezes disso. Tinha lá um computador que (...) a prioridade era das pessoas do administrativo, mas era um computador que se estivesse vago podia ser usado por qualquer pessoa da unidade... inclusive depois a gente começou a fazer trabalhos assim... Tinha uma estagiária de informática... aqueles estagiários da Prefeitura que em geral ficam digitando, fazendo coisas, e aí a gente fez com que ela desse um curso de informática para os agentes [comunitários], né? E eles faziam naquela sala... tinha reunião de caso, discussão de equipe, (...) é uma sala que até hoje está do jeito que estava e funciona bem, uma mesa redonda é outra coisa, né?

[Então] no começo foram essas transformações simbólicas. Eu lembro que um momento muito marcante para mim foi um dia que eu cheguei, entrei na sala de manhã e tinha uma agente de saúde com um livro de medicina aberto lendo, e quando eu cheguei, ela ficou sem jeito e eu falei – não!, que legal... o que está fazendo? -, - não, meu filho estava querendo saber não sei o que, tinha um trabalho da escola -, esse era um indicador de que alguma coisa aconteceu, né? Um agente, com um livro de medicina na mão, na sala do gerente lendo... nem interessa que informação, se ela vai entender o que está escrito ali, era outra coisa que estava acontecendo...

(...) Então acho que esses são de fato indicadores do que estão por trás dessa consolidação de um espírito mais democrático no Boa Vista.

4.3 SUJEITOS DE PESQUISA

Os sujeitos da pesquisa foram enfermeiras que atuavam na USF Jardim Boa Vista, na época em que foi desenvolvida a coleta de dados, e que aceitaram participar do estudo.

Foram entrevistadas todas as enfermeiras que atuavam na Estratégia de Saúde da Família da USF. Essas enfermeiras que atuavam segundo a estratégia foram: seis

enfermeiras das equipes de saúde da família, uma enfermeira da equipe de vigilância epidemiológica e a gerente da Unidade.

Foram excluídas duas enfermeiras, uma enfermeira que era funcionária da Secretaria Municipal de Saúde de São Paulo e uma enfermeira que foi alocada há pouco tempo na unidade para desenvolver atividades administrativas.

Na apresentação dos sujeitos da pesquisa, anexo I, foram utilizadas letras de **A** a **H**. Já nos fragmentos de entrevistas os sujeitos foram identificados com a letra **E** (entrevistado) e o número correspondente ao entrevistado, sendo portanto identificados de **E1** a **8**, para garantir o sigilo dos sujeitos.

4.4 COLETA DE DADOS

Inicialmente a coleta de dados foi realizada através do método de *entrevista*, configurando-se, segundo Triviños (1987) como uma entrevista semi-estruturada, pois foi guiada por um roteiro semi-estruturado (anexo II e III), com questões a respeito das práticas em saúde realizadas pelos enfermeiros.

A elaboração do roteiro partiu do pressuposto, das perguntas de pesquisa, e dos objetivos estabelecidos, apoiada em teorias (o referencial teórico).

Esse roteiro passou por modificações em seu conteúdo durante o processo de coleta de dados, à medida que se avaliava as respostas dos entrevistados.

As entrevistas realizadas com os sujeitos da pesquisa foram gravadas em áudio e imediatamente transcritas, para posterior análise.

Do conjunto obtido, se elegeu as práticas a serem analisadas, de forma que contemplassem diversidade e inovação em relação às práticas centradas na clínica individual. Para compreender com profundidade as características dessas práticas, num segundo momento da coleta de dados, se utilizou o método de *observação participante* da amostra eleita, guiada por um instrumento (anexo IV) e com a utilização de um diário de campo.

A observação das práticas realizadas configurou-se como observação participante, pois de acordo com a descrição de Gil (1991) a observação consistiu na participação do observador nas reuniões da USF.

As reuniões de equipe, reunião de comissão de ensino e pesquisa, reunião geral, reunião do Grupo Gerencial de Apoio, reuniões técnicas, reuniões da equipe transdisciplinar e reunião do Conselho gestor da USF Jardim Boa Vista se configuraram como o objeto da observação participante realizada nesse estudo. Essa observação durou cerca de três semanas.

A observação participante foi eleita como um modo necessário de aprofundamento no assunto, pois Triviños (1987:134) alerta que tanto um pesquisador iniciante, quanto um experiente, pode deixar se conduzir a “apreciações equivocadas sobre o valor científico de seu trabalho”. Sendo, portanto, necessário o aprofundamento no estudo, com severidade na objetivação, originalidade, coerência e consistência das ideias.

4.5 ANÁLISE DOS DADOS

A análise de dados se deu em dois momentos, primeiramente foram analisadas práticas relatadas pelas enfermeiras entrevistadas, realizadas numa semana típica de trabalho na USF.

Dessas práticas, se identificou as práticas que favoreciam a instrumentalização para a participação social, ou que favoreciam a mobilização de trabalhadores ou da população. Assim, das práticas identificadas, desenvolveu-se a observação participante, com a realização de anotações, que também foram posteriormente analisadas.

Todo o material coletado foi analisado segundo a categoria analítica necessidades de saúde, elegendo o âmbito das necessidades de participação social.

Sendo assim, a participação social, que esta na base das necessidades de saúde, foi também eleita como categoria analítica.

4.6 PROCEDIMENTOS ÉTICOS

O projeto matriz do qual deriva este estudo foi submetido e aprovado pelos Comitês de Ética em Pesquisa da Secretaria Municipal da Saúde de São Paulo (Anexo V) e da Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo (Anexo VI).

Aos sujeitos da pesquisa foi esclarecido que a participação na pesquisa era voluntária. Os participantes tomaram conhecimento de que a participação não seria remunerada e que por outro lado não acarretaria nenhum ônus para eles.

Os Termos de Consentimento Livre e Esclarecido (Anexos VII e VIII) foram assinados pelos sujeitos da pesquisa e pelo pesquisador responsável. Cada participante recebeu uma cópia do termo com os telefones do Comitê de Ética e contatos do pesquisador responsável. Constava-se no termo: a voluntariedade da participação, a garantia de sigilo e confidencialidade, os objetivos da pesquisa, a permissão para publicação, além de outras formas de segurança previstas na Lei 196/96.

Os participantes foram consultados quanto à gravação das entrevistas em áudio e da observação das práticas que promoviam a participação social.

5. RESULTADOS E ANÁLISE

5 RESULTADOS E ANÁLISE

As práticas relatadas pelas enfermeiras como desenvolvidas em uma semana típica de trabalho foram, preponderantemente, as práticas determinadas pelos programas da ESF. Tais práticas relatadas foram: coleta de material para exames laboratoriais; consulta de enfermagem; acolhimento à demanda espontânea; visitas domiciliares; grupos, principalmente os grupos para hipertensos e diabéticos; vigilância epidemiológica; atividades administrativas, dentre elas a supervisão de ACS.

Dentre as práticas relatadas nas entrevistas foram analisadas as que favoreciam a participação social. Entre essas práticas as reuniões, que não são preconizadas pela ESF como instrumento de trabalho, pois nem são contabilizadas nas estatísticas de produção, foram as que mais evidenciaram essa possibilidade.

As entrevistadas relataram várias modalidades de reunião realizadas na USF, um conjunto delas entre os trabalhadores e outras entre trabalhadores e moradores da área de abrangência da USF. As reuniões com os trabalhadores foram: *reunião técnica*: semanal, aberta para todos os trabalhadores da USF como espaço para capacitação técnica; *reunião geral*: mensal, com a presença de todos os trabalhadores, exceto os que ficam no acolhimento nesse período. Nesse espaço são discutidos aspectos gerenciais, a exemplo da discussão de metas de atendimento, férias dos trabalhadores, entre outros temas relativos à toda Unidade; *reunião do Grupo Gerencial de Apoio (GGA)*: ocorre semanalmente e tem como pauta assuntos ligados à gestão do trabalho e à co-gestão da USF; *reunião da Comissão de Ensino e Pesquisa*; *reuniões das equipes de Saúde da Família*; reuniões das equipes de Saúde da Família com a equipe interdisciplinar da USF (*reunião transversal*, reunião “multi” ou apoio matricial);

A *reunião técnica* é aberta para todos os trabalhadores da USF como espaço para atualização de conhecimentos teóricos e de técnicas, tanto de temas voltados aos programas orientados pelo MS (campanhas), quanto de outros temas escolhidos pelos trabalhadores, conforme descreve o excerto (E4) abaixo.

Aí uma vez por semana tem uma reunião técnica que é uma reunião (...) de estudos, meio na forma de seminários, alguém apresenta algum tema que a gente tem necessidade e escolhe previamente. Então,

(...) sei lá... teve caso de meningite na área, faz tempo que a gente não mexe com nada de meningite, então a gente vai e faz uma reunião técnica sobre meningite. Mas os temas podem ser múltiplos. Pode ser a própria organização da reunião, já teve reunião técnica sobre como a gente organiza uma reunião... sobre violência. O horário da reunião técnica é o que a gente usa para tentar discutir as questões relacionadas à violência, estudar um pouco sobre isso também. Seria uma reunião para a gente conseguir se atualizar mesmo assim... porque ela já não é tão deliberativa. (E4)

Essas reuniões possibilitam discussão, reflexão e planejamento das práticas assistenciais e administrativas operacionalizadas na USF e esses espaços de reunião, por sua vez, sustentam e fortalecem um modelo gerencial democrático, participativo na unidade.

As reuniões nessa USF se configuram como espaços de fortalecimento do trabalho em grupo, das diversas categorias trabalhando conjuntamente numa mesma tarefa – o aprimoramento de condições de saúde da população atendida pelas equipes.

Nas falas de E1 e E3 foi relatado que os protocolos de enfermagem da SMS-SP orientam a prática da consulta das enfermeiras, porém, apesar da focalização desses protocolos em aspectos clínicos individuais, no excerto E5 outra enfermeira descreveu que na USF existem espaços formalmente instituídos para a discussão dessa ferramenta de trabalho (os protocolos) utilizada pelas enfermeiras.

Dessa forma, mesmo havendo a imposição vertical da utilização desses instrumentos, essas trabalhadoras podem participar da reflexão acerca de suas ferramentas de trabalho, para pensar numa prática que não desvie das atividades preconizadas, mas que possibilite a realização de um trabalho reflexivo.

As consultas vêm através de um protocolo mesmo, fazem parte do programa do PSF (...). (E1)

[Utilizo] protocolos, colegas, livros, internet... (E3)

[No planejamento] *tem reuniões com as enfermeiras, todas as enfermeiras, falando da enfermagem. A enfermagem a gente se reúne para ver, discutir os protocolos.* (E5)

Essa instituição de espaços formais para a discussão dos protocolos, utilizados pelas enfermeiras no seu trabalho, coaduna-se com a instituição de espaços na USF também para a reflexão de todos os outros elementos de outra prática em saúde.

No primeiro excerto (E6), pode ser observada a reserva de espaço para a discussão das inquietações dos trabalhadores, que nesse excerto é exemplificado pelo planejamento da atividade acolhimento.

Todos os trabalhadores [planejam o acolhimento], principalmente aqueles que participam do grupo gerencial administrativo [-GGA-], que é um grupo que organiza as práticas aqui no serviço. (...) Se esse tema surgir ali, vai ser trabalhado. Acolhimento é um tema que é trabalhado pelo coletivo, né? (...). (E6)

Nesse sentido, outros dois excertos (E5, E4) a seguir, demonstraram a possibilidade de reflexão conjunta sobre a viabilidade dessa prática.

(...) Eu também fico me perguntando (...) qual o objetivo (...). É um tema muito discutido aqui no posto, porque tem gente que gosta, também tem gente que não gosta, acha que poderia ser resolvido em consulta (...). (E5)

(...) A gente tem discutido bastante esse assunto [-o acolhimento-] (...) na unidade, para ver o que a gente pode fazer para melhorar, porque para os trabalhadores é um momento muito tenso também, mas a gente entende que para os usuários é muito importante e para o próprio sistema é muito importante, porque a gente não quer encaminhar coisas que não são de Pronto Socorro, então é uma coisa que está em permanente reflexão. Também [é] difícil da gente se acertar aqui, mas a gente está tentando pensar pelo menos o que tem que fazer (...). (E4)

Essas falas foram corroboradas em observações das reuniões das equipes de saúde da família, nas quais todos os trabalhadores presentes discutiram questões relativas à prática do acolhimento na USF.

Dessa forma, pode-se concluir, que nessa USF as práticas programáticas vêm dos níveis centrais, mas a forma de operacionalizá-las leva em conta o posicionamento dos trabalhadores que irão desenvolvê-las.

Sendo explícito que ao se abrir um espaço para a discussão na unidade, além de possibilitar a participação dos trabalhadores na gestão da unidade, ainda afirma o comprometimento com o Sistema de Saúde, ao refletir sobre o trabalho desenvolvido pela USF.

Outra reunião em que todas as equipes da Saúde da Família participam, revezando-se semanalmente, é a *reunião transversal*, assim chamada pelos trabalhadores porque é composta por várias categorias profissionais que não fazem parte das equipes de Saúde da Família da Unidade (psicóloga, terapeuta ocupacional, assistente social, dentistas, farmacêutica). Esta equipe interdisciplinar discute planos de cuidados de usuários da USF cadastrados nas equipes, em geral os casos mais complexos, e também questões relacionadas à dinâmica da própria equipe, conforme descreveram as entrevistadas (E2, E3, E4). A gerente da USF costuma tomar parte nessas discussões, conforme declarou a entrevistada (E2).

Toda terça feira tem uma reunião que chama reunião de equipe transversal, que seria uma reunião de equipe multiprofissional, mas como tudo aqui na unidade é multiprofissional, a gente foca mais essa reunião de equipe transversal, porque é uma equipe que passa por todas as equipes. Então, [a] enfermeira da vigilância [tem] que trabalhar com todas as equipes de PSF, a TO a mesma coisa, a psicóloga, assistente social, a farmácia, odonto, a mesma coisa. Então a ideia (...) dessa reunião é discutir um pouco os casos mais complexos de cada equipe, junto com as equipes, então tem um cronograma, cada semana uma equipe, e uma vez (...) se reúne só a [equipe trans] (...) para repensar o [seu] (...) próprio funcionamento, os (...) fluxos, tudo, (...). (E4)

(...) A gente tem essas reuniões também em equipe (...), mas a gente também divide os nossos casos com o psicólogo, com a assistente social... a gente tenta discutir os casos (...) em reunião de equipe (...), e às vezes também a gente tem o auxílio delas para resolver alguns casos. (...) A gerente da unidade ela participa bastante [também] porque tem muitos casos que (...) às vezes precisa de uma pessoa para estar podendo dividir, então estar conversando com a gerente (...). (...) Eu acho que o paciente, a pessoa que usa aqui a unidade, ele tem (...) uma referência de outros profissionais, e aí fica até mais amplo o leque para ele, porque ele pode de repente ter uma afinidade maior com o Agente dele de saúde. A gente já ganha, porque ele [-o usuário-] vai procurar ela [-ACS-], mas ela vem falar para a gente, lógico, a equipe toda vai ficar sabendo, mas eu acho que aumenta as possibilidades de vínculo mesmo. Por isso é importante todos os profissionais. (E2)

(...) Sempre aparece alguma coisinha ou outra (...), não uma dúvida de um manejo clínico, alguma coisa assim, pontual, mas uma coisa de como você vai lidar com aquele caso, então, aparecem casos muito complexos, e a gente tem uma forma de trabalhar aqui que é muito interessante, que (...) [são] as reuniões que a gente tem de equipe ‘trans’ (...). Então, (...) a gente faz uma reunião com dentista, psicóloga, (...) vigilância, assistente social, médico, enfermeiro, ACS, para a gente conversar sobre alguns casos que são mais difíceis para a equipe. Então são coisas que não tem em apostila, que não tem em manual, que (...) não são coisas técnicas. Então, como que a gente vai lidar com aquele caso, (...) as ACS trazem informações muito importantes, que nem sempre a gente sabe, a gente fica sabendo ali na hora e a gente senta para conversar, cada um dá uma ideia do que fazer e no fim das reuniões surgem muitas ideias e a gente constrói isso junto (...) para ver o que dá para melhorar daquele caso. (E3)

Por meio do depoimento abaixo (E2) foi possível captar a característica da coordenação de reunião da equipe de Saúde da Família, realizada pela enfermeira entrevistada. A dinâmica da reunião parece refletir a mesma lógica da reunião

interprofissional da USF, descrita acima; há o exercício na direção da coordenação democrática, que incentiva a participação dos trabalhadores nas discussões em pauta. O fragmento abaixo ilustra essa afirmação.

(...) Olha, eu sou uma pessoa muito aberta. (...) O que eu vejo assim, que aqui tudo bem, sou nova, mas logo quando eu entrei a impressão que eu tinha não era só de eu ser nova, era assim... - ela é a nossa chefe, então ela vai cobrar isso, vai cobrar aquilo, vai perguntar isso, vai perguntar aquilo -, e eu sou totalmente ao contrário (...), eu estou tentando trabalhar nesse sistema de liderança. Então acho que assim, independente do grau, se é superior, se é médio, se é primeiro grau, acho que todo mundo é uma equipe, tem que trabalhar unido porque só a equipe que vai sair ganhando. Então assim, não tem aquela coisa de falar assim – ah, é o médico que determina -, tem coisas que é lógico, compete a cada profissional, mas eu acho que é rico você compartilhar as coisas, dividir. Então assim, quando a gente faz uma reunião, por exemplo, de equipe, o agente comunitário que passou em uma casa e viu determinada coisa acontecendo, se ele achou aquilo relevante, ele pode trazer aquilo para a reunião. Não é assim – ah, eu sou a enfermeira da equipe, eu que vou falar, eu que mando -, entendeu? Ele vai trazer, eu vou elaborar tudo aquilo que ele me disse e aí em equipe nós vamos tentar elaborar a estratégia, para poder intervir naquele caso, então não é assim uma decisão que é minha. Para cada profissional compete uma coisa, mas é um trabalho feito em conjunto.

(E2)

Pelos depoimentos acima foi possível identificar que esse é um espaço que evidencia as possibilidades de atuação conjunta dos trabalhadores, que é enriquecida pela conjunção dos conhecimentos específicos de cada categoria profissional. Parece ser esse um exercício que favorece a participação, individual de cada trabalhador e no conjunto da equipe, nos rumos dos projetos de atenção à saúde da unidade e nos rumos do planejamento do projeto voltado para o usuário, mesmo que este, para quem esses projetos serão dirigidos, ainda não esteja incluído nessas discussões.

Outra modalidade de reunião dessa USF é a do *Grupo Gerencial de Apoio* (GGA), que conta com a participação de representantes de todas as categorias profissionais da unidade, independente de cargo, nível de instrução ou tempo de trabalho na Unidade. Embora a participação seja na forma representativa, tem caráter decisório, não é apenas consultivo. Nela são decididos assuntos referentes à gestão da unidade, que é exercida nos moldes de co-gestão. Portanto, pode-se concluir que nessa reunião há a participação dos trabalhadores e não apenas um estímulo a ela. Os depoimentos (E4) e (E6) evidenciam essas características.

(...) Uma vez por semana tem uma reunião que chama GGA aqui na UBS, que é Grupo Gerencial de Apoio, que é uma reunião que a gente faz para decidir questões relativas à unidade, uma coisa que tem aqui (...) faz um bom tempo, porque aqui a UBS tem uma história de participação, deles terem tirado o gerente por abaixo assinado, tudo. Então, aqui é uma UBS que tem essa coisa mais forte das pessoas poderem participar. (...) Então uma vez por semana tem esse GGA, que é uma reunião de uma hora, que eu participo, que a gente tem muitos informes assim, mas às vezes a gente tem assuntos que a gente decide que são assuntos relativos à gestão da unidade mesmo, que a gerente divide com o grupo. (E4)

(...) O GGA então é o Grupo Gerencial Administrativo, ele é formado por representantes de todas as categorias, (...) e a ideia é apoiar a gerência nas tomadas de decisão mesmo. (...) O GGA começou assim, foi bem interessante, (...) acho que foi em 2007, foi feita uma revolução naquela Unidade Básica de Saúde. O gerente foi deposto, guilhotinado, expulso. Ele era muito autoritário e extremamente radical, no sentido de não ouvir ninguém; e aí houve uma insurreição dos trabalhadores todos e a tomada do poder por um trabalhador eleito, e ele [-o gerente-] foi expulso, porque na verdade todos os trabalhadores se reuniram em uma reunião geral, de 96 funcionários, colocaram o homem no meio e começaram a dizer (...) as características de autoritarismo, de não compreensão, de não diálogo, de imposição, foi dito tudo para ele. (...) Tinha uma carta, foi uma carta escrita por todos

eles [-trabalhadores-], aquela carta foi lida (...), (...) e aí ele foi (...) chamado à Coordenadoria e não dava para ficar com ele, porque 96 pessoas se negam a trabalhar com uma... é melhor tirar uma do que 96. Nisso foi eleito um dos trabalhadores para ser o gerente; e aí então ele [-o novo gerente-] começou uma gerência participativa e ele instituiu o Grupo Gerencial Administrativo, para ajudar a gerenciar; exatamente para diluir esse grau de imposição, autoritarismo, e para você ter uma participação coletiva dos trabalhadores nas decisões da UBS. (...) Então [no GGA] a gerência traz para a gente as questões que são levantadas, ou que ela é pressionada, ou que ela tem que dar uma resposta, e quando há tempo hábil, de esperar até a semana seguinte, ela traz isso para o grupo, e o grupo apoia ou vê outras alternativas. Então é para questões de gerenciamento da unidade mesmo, administrativas. Não é um espaço, por exemplo, para discutir caso ou para discutir procedimentos, ou questões técnicas. (...) Então é para isso, apoiar a gerência nas decisões. Tem uma que foi legal... (...) que (...) foi o auditor de surpresa no serviço. A auditoria se chama 'visita amiga'. Aí o que acontece? veio [-o auditor-] e despejou um monte de coisas na cabeça da [gerente] (...): que não podia pôr cartaz, que a sala era colorida demais, porque (...) nossa sala (...) foi pintada daquele jeito por uma proposta dos próprios usuários, né? aquela árvore, aqueles pássaros, foram desenhos dos adolescentes das escolas, que deram aquele croqui e a gente copiou. Então falou que estava fora do padrão, que as informações não deveriam ser colocadas nas paredes, mas que deveriam ficar em pastas; (...) tem um quadro que diz se o trabalhador está na unidade e em que sala ele pode ser encontrado, para o usuário saber onde encontrar uma pessoa, para facilitar para o usuário e para os trabalhadores (...), que [esse quadro] deveria ser retirado porque aquilo era poluição visual. (...) Eu só sei que disse várias coisas e aí a gerente ficou super pressionada e levou isso para o GGA, e no GGA a gente falou assim – mas espera aí, onde está a norma técnica que proíbe que a gente veicule informação por meio de pôsteres? -, que a gente sabe que quadros de cortiça não podem ficar porque eles não são limpos... - e se a gente usar quadros de vidro? -. Inclusive tinha um desenho do território feito pelos próprios usuários e

pelos agentes em um vidro, aquilo dava identidade para a UBS, porque quem fez aquilo foram os próprios usuários, e queriam que a gente tirasse. (...) Aí a gente apoiou a gerente dizendo o seguinte: - nós escrevemos uma carta coletiva solicitando a norma técnica que proíba manifestação de usuários e que proíba que a UBS seja pintada ou montada do lado de dentro de acordo com os usuários-. Inclusive o jeito que a UBS está montada do lado de dentro, com aquela frase do Paulo Freire e as pinturas coloridas e as salas, aquilo foi uma deliberação do Conselho Gestor Local. Então, uma norma que diga isso, enquanto não houver essa norma, a gente não vai mudar. Ela se acalmou, mandou o e-mail, vamos ver o que acontece. Então, achei legal porque veio gente de cima para baixo, com um monte de coisas, disseram coisas importantes, como a questão do botijão que tem que ficar do lado de fora, mas que não tem espaço para pôr e tal, a questão dos lixos, que tem que ter tampa, mas aí a questão é o seguinte, eles obrigam os lixos a terem tampa, os quadros serem de vidro e tal, mas eles não mandam materiais. Então a gente solicitou, inclusive se há inadequação de material, que enviem material até a gente. (...) Assim a gente fez o apoio à gerente (...). (...) Foi ótimo porque a gente fez um apoio a ela, ela escreveu a carta e todos nós nos colocamos como equipe. Então, não expõe a gerente, porque a gerente sofre pressão mesmo lá de cima. Eles não têm como demitir 110 funcionários, entendeu? 110 funcionários escrevendo isso não tem como, (...) eles não tem como brigar com a gerente, porque a gente está tomando a decisão. (E6)

Pode-se afirmar que essa prática de gestão participativa fortalece a prática política dos trabalhadores e a posição da gerente que, por estar respaldada pelo posicionamento do coletivo de trabalhadores e algumas vezes até por moradores, representados no Conselho Gestor da USF, tem a possibilidade de não acatar acriticamente os encaminhamentos sugeridos, por vezes arbitrariamente, por representantes dos níveis centrais.

A USF Jardim. Boa Vista é uma das 5 USF da Supervisão de Saúde do Butantã que recebem estudantes de cursos de graduação da área da saúde. O planejamento e

monitoramento das atividades de ensino são de responsabilidade de um grupo de trabalhadores, a Comissão de Ensino e Pesquisa.

Uma vez que as atividades de ensino são direcionadas a estudantes de graduação, essa Comissão poderia ser formada apenas por trabalhadores com ensino superior. No entanto, na USF Jardim Boa Vista observou-se que essa Comissão é composta por representantes de diversas categorias profissionais das equipes de Saúde da Família - enfermeiro, médico, auxiliar de enfermagem e ACS.

Observou-se que todos os trabalhadores presentes tiveram voz na reunião, participaram ativamente nas discussões em pauta, no planejamento de atividades e na avaliação da participação dos estudantes nas atividades realizadas durante a semana. Também foi ponto de pauta a avaliação da possibilidade de que alguns projetos de pesquisa fossem desenvolvidos na USF. Pode-se observar a preocupação do grupo em avaliar se os resultados das pesquisas poderiam ser incorporados no cotidiano das práticas da USF, ou seja, com o retorno do resultado das pesquisas à população.

Assim, apesar dessa comissão não poder vetar a realização de pesquisas ou de estágios, é esse grupo que discute com os pesquisadores a viabilidade do estudo ocorrer naquela USF, viabiliza o fluxo da coleta de dados e com representantes dos cursos de graduação organiza a entrada dos estudantes no serviço e o desenvolvimento das atividades de ensino, conforme descrevem os excertos E6 e E4, abaixo:

[Na Comissão de Ensino e Pesquisa] *a gente discute (...) projetos por algumas razões, tem muitos projetos [que] a gente precisa saber quantos que vai dar conta e têm muitos projetos que a gente não vê muita clareza o quanto que vai beneficiar o usuário. Então a gente toma muito cuidado, apesar de a gente ter pouco espaço para opinar, a gente pelo menos quer deixar claro qual é a nossa posição em relação aos projetos que são desenvolvidos lá. Então a gente lê e estuda esses projetos e tenta compreendê-los e ver... porque de uma certa maneira o certo seria que nós fossemos consultados antes desses projetos serem desenvolvidos, [mas] isso não acontece. Então, a gente faz até comissão para mostrar – olha, a gente não é à favor disso, (...) por causa disso, disso e disso -. Algumas coisas eles até melhoram, né? até eles aperfeiçoam, outros não.*

Então basicamente (...), como a gente tem muito projeto a gente quer saber o quanto esses projetos vão impactar na saúde das pessoas, e se isso está realmente contribuindo para o usuário, ou se é apenas uma pesquisa para... (...) só Deus sabe para que, né? (...) A comissão de ensino também está desenvolvendo um processo de avaliação interna, avaliação do processo de trabalho interno, com instrumento. (...) Os próprios Agentes Comunitários construíram um instrumento de avaliação do processo de trabalho... (...), então os Agentes Comunitários construíram um instrumento que é o que a gente chama de “original” e daí cada trabalhador adapta de acordo com a sua especificidade, (...) [e] é para ver se os trabalhadores compreendem o seu processo de trabalho, compreendem o objeto do processo de trabalho do serviço e onde o trabalho deles se insere na construção desse objeto, na finalização desse objeto. Então, é para promover a compreensão do processo de trabalho para cada trabalhador, ver onde precisa melhorar... e se eles não compreenderam, para chegar a essa compreensão. Então, por isso que eu falo que não é uma avaliação de desempenho, é uma avaliação do processo de trabalho. A gente tem como norte objeto, instrumento, finalidade do processo de produção do serviço, e a gente quer que os trabalhadores compreendam como que o trabalho deles se encaixa nisso tudo. Para que a gente tenha um norte, e não cada um atirando para cada lado, (...) porque se as pessoas não têm compreensão do processo de trabalho como um todo, elas fazem aquele trabalho repetitivo sem reflexão, ficam alienadas, e aí fica cada um atirando para um lado em uma determinada intervenção e (...) se elas não se somam para um objetivo comum não muda a realidade. (...) Esse processo está bem moroso, bem lento, porque tem muita pesquisa que entra atropelando para a gente estudar... (...), a gente tem muita dificuldade das (...) [diversas] categorias se reunirem para discutir o instrumento de avaliação (...), então os agentes e os auxiliares conseguiram fazer, mas os outros ainda não. (E6)

(...) Tem uma vez por semana reunião da Comissão de Ensino, que eu participo também, que é uma hora de reunião, (...) a gente vê

tanto a questão das pesquisas que vêm de fora, que passam por essa comissão, e as pesquisas de dentro também passam por essa comissão. Então, os trabalhadores daqui da unidade que tiverem desenvolvendo um trabalho também levam o trabalho para a comissão (...). (...) O objetivo é discutir o projeto de pesquisa (...), porque assim, a gente recebe muitas pesquisas, (...) e isso tem um custo no processo de trabalho, a gente espera que tenha os seus ganhos também, mas muitas vezes é só o custo mesmo. Então a ideia é discutir o processo de pesquisa, se a gente acha pertinente. A gente tenta entrar um pouco no campo das questões éticas, mas é claro que é difícil se o comitê de ética já aprovou, então tem pesquisas que a gente questionou muito eticamente, mas a gente não tinha muito como recusar por conta disso, porque foram pesquisas que tinham um parecer de aprovação pelo comitê de ética e a gente discute o impacto dessas pesquisas no trabalho. Então, muitas vezes a gente pede para fazer alguns ajustes, até de pesquisa... (...) [por exemplo,] queriam que os agentes comunitários ficassem levantando prontuários para o pesquisador, e aí não dá! ou remunera essas pessoas para fazer isso e aí a gerência faz um combinado desses agentes pagarem essas horas que estão trabalhando para a pesquisa, ou os pesquisadores vão se responsabilizar por isso. Então, além da parte se a gente vai querer ou não aceitar a pesquisa aqui, mas a gente não tem esse poder de falar – não, a gente não quer a pesquisa -. Algumas vezes a gente acha que – olha, tenta fazer em outra unidade, porque aqui a unidade já está meio saturada. Por exemplo, pesquisa com gestante, tem duas pesquisas oficiais acontecendo com gestante, pesquisas grandes e tal. Aí queriam colocar mais uma pesquisa com gestante aqui dentro. Aí a gente não deixou, não dá, é muita coisa para as gestantes também. (...) Aí assim, a gente tenta às vezes pedir para encaminhar para outra unidade, mas as pesquisas que a gente concorda que aconteçam aqui, ou porque a gente é obrigado a concordar ou porque realmente a gente quer que a pesquisa seja realizada aqui dentro, a gente pede para fazer alguns ajustes para não prejudicar o processo de trabalho, e para os trabalhadores também não serem explorados como trabalhadores da pesquisa, que aí é um pouco demais o Agente Comunitário deixar de fazer as atividades dele

para ficar levantando prontuário para pesquisador, isso não dá. (...) Então, esses são os objetivos de discutir a pesquisa. A gente tenta pensar em tudo. Às vezes a gente é meio ousado, faz umas sugestões de metodologia, porque tem (...) bastante gente que está envolvida com ensino e pesquisa mesmo, então às vezes a gente dá uns 'pitacos' assim... e aí a gente espera que depois (...) os resultados sejam apresentados em outro momento que não da comissão de ensino, em uma reunião técnica, em uma reunião geral ou mesmo no nosso GGA (...). Então a gente também espera que as pesquisas voltem com os resultados. (...) Mas no geral a gente aceita as pesquisas e não é que a gente tem uma predisposição para não aceitar as pesquisas. O que a gente acha é que tem que ter uma distribuição, porque a gente não é a única UBS que tem aqui na região e o que a gente acha é que tem que ter certo cuidado, porque a prioridade da UBS é atenção em saúde, não é fazer pesquisa. A pesquisa tem que servir à atenção em saúde e não ao contrário. Então, se a gente acha que isso pode interferir na atenção a gente tenta intervir de alguma forma, sim. (...) Aí a gente discute nessa comissão os estágios, que são muitos. (...) Então também é para ajudar um pouco a organizar o fluxo, falar também com o representante da instituição de ensino como é que a gente funciona, e tentar integrar esses alunos aqui dentro, que na graduação é mais difícil de acontecer, porque as "grades" são muito fechadas, porque a gente tenta na comissão de ensino dar uma integrada entre os cursos. Assim, é muito difícil porque as "grades" não batem, mas quando a gente consegue a gente tenta fazer uma coisa mais próxima. (E4)

Assim, a partir dos excertos acima e da observação participante dessa reunião, foi possível verificar que os trabalhadores utilizavam esse espaço para, além de planejar e monitorar as atividades de ensino e de pesquisa, também refletir sobre os processos de trabalho realizados na USF e os resultados como possibilidade de aprimoramento das práticas e das condições de saúde da população. Ou seja, parece haver por parte da equipe a preocupação com a coerência entre produção de conhecimentos – por meio de resultados das pesquisas e das atividades de ensino – e o aprimoramento das práticas para a atenção à saúde realizadas pela USF.

Essa coerência e o compromisso com o aprimoramento do conhecimento teórico-prático também dos trabalhadores, junto ao incentivo ao processo de formação de trabalhador reflexivo foram expressos nos depoimentos E6 e no E4, abaixo.

[A reunião da comissão é] também para discutir a entrada das pessoas nos processos educativos. Então, de repente tem uma especialização que alguém quer fazer e pode interferir na carga horária dentro do posto, então é consultada a comissão para ver se os outros trabalhadores conseguem cobrir essa pessoa para ela estudar. Para fazer uma coisa coletiva, para todo mundo ter esse espaço de aperfeiçoamento. Então é essa a comissão, e os objetivos dela não são só as pesquisas. (...) Porque para a gente conseguir ter um trabalhador reflexivo ele precisa ter esses espaços de ensino fora do serviço... Até para o próprio crescimento dele e vai contribuir para o serviço também. Então é importante abrir esses espaços, a luta mais importante é abrir esse espaço para agentes comunitários e auxiliares de enfermagem, porque são pessoas que na divisão social do trabalho estão lá na ponta, lá na execução, e o espaço para eles é muito restrito. Então, para o próprio ACS fazer um curso fora, fazer um curso de técnico de agente comunitário, fazer um curso técnico que o interesse (...). (E6)

Aí outra função da comissão, que me motivou bastante a participar é a gente discutir a liberação dos trabalhadores para estudarem. (...) Isso é uma das questões que mais revigorou a comissão de ensino, essa necessidade de discutir a liberação para quem quer estudar. Tanto os profissionais de nível superior que querem fazer pós quanto pessoas que querem fazer curso técnico, quanto pessoas que querem fazer graduação e precisem sair no seu horário de trabalho. (...) Porque teve um momento, quando começaram a abrir as ETECs aqui perto, os agentes comunitários, os administrativos, quiseram fazer curso técnico e vários cursos precisavam de liberação (...) e aí estava super difícil, as gerências das Unidades [de Saúde da Família do Butantã], em geral, não queriam liberar e a gente fez um movimento para que as pessoas fossem liberadas, como quem faz pós que (...) no geral não tem

grandes problemas e consegue sair. Então a gente entende que a carga horária é maior, para uma pessoa que vai fazer, por exemplo, uma técnica (...) [que trabalha na USF], ela faz enfermagem, então quase todo dia à tarde ela tem estágio. Então é realmente uma carga horária maior, mas a gente acha que essa pessoa pode dar outras contribuições para o serviço, a gente acha que isso é importante para o SUS mesmo, que as pessoas se formem, que estão na Atenção Básica consigam se titular, tudo. (...) Então ouvi muitos comentários, todo mundo trabalha para 'caramba' para a formação dos alunos, tanto da medicina, da enfermagem... porque são eles [-ACS-] que levam para fazer visita, eles que apresentam o território para esses alunos, e eles mesmos não terem nenhuma oportunidade de estudar. Então essa é uma coisa que a comissão tem garantido, que está indo bem, que a partir disso a gente está desenvolvendo uma avaliação de desempenho para conseguir ver quem consegue mesmo ser liberado, quem já dá conta do seu trabalho, quem ainda não está dando conta do seu trabalho, que teria que melhorar algumas coisas para ser liberado. Porque a gente tem uma responsabilidade, lógico, com o serviço, com a assistência, mas essa é uma coisa que é da Comissão de Ensino (...). (...) Agora a gente não sabe como as coisas vão ficar com o ponto eletrônico, mas uma coisa foi importante, que por conta desse movimento a gente foi na CLT e descobriu que todos os trabalhadores estudantes têm direito a 6 horas de liberação para estudo, se isso for bater no horário de trabalho. (...) (E4)

Esses depoimentos acima relatados atestaram, essa reunião da Comissão de Ensino e Pesquisa, como prática que busca promover a conexão entre o conhecimento produzido, utilizando inclusive conceitos do campo da Saúde Coletiva, e a sua aplicação nas práticas de saúde, inclusive nas de enfermagem. Ainda favorecem que o trabalhador embase sua prática na teoria, quando lutam para que esse trabalhador consiga aprimorar seu conhecimento. Pode-se dizer, portanto, que essas reuniões instrumentalizam o trabalhador para o trabalho reflexivo.

Essa mesma conexão pode ser observada em reunião de uma das equipes de Saúde da Família, conforme descreve o depoimento da enfermeira entrevistada (E6).

(...) No final do grupo de sexta-feira, durante uma hora, a gente senta. A gente começou falando um pouco de SUS e políticas públicas, passamos para PSF, para o determinante social de saúde-doença, por saúde do trabalhador, (...) por consumo de álcool e drogas, e o mais importante desse grupo é que quem encabeçou a maior parte das discussões foram agentes comunitários e auxiliares de enfermagem. (...) Então acho que a primeira mudança que a gente tentou foi inverter isso. Eu falei muito pouco e a médica quase nada. (...) A agente comunitária fez um curso de formação em técnico de agente de saúde muito bem dado, e ela trouxe as discussões de políticas, isso tudo que eu falei quem trouxe foi ela [-a ACS-], e trouxe para o grupo a partir do material que ela teve lá. (...) Um dos auxiliares ele também trouxe (...). (...) Toda vez que a agente comunitária falava sobre o assunto e trazia o material a gente já se lembrava dos fatos do cotidiano, do dia a dia, pensava no que a gente estava fazendo, e foram todos esses temas que te falei, e tem mais alguns para serem trabalhados. Ainda falta direito do idoso, falta a questão do estatuto da criança e do adolescente, violência, (...) mas esses aí (...) foram bem aprofundados (...). (...) Basicamente, foi (...) o objetivo principal: refletir sobre o processo de trabalho, dar um respiro para a gente parar e pensar onde é que o nosso trabalho se insere, as políticas públicas se inserem, o referencial [da] determinação social do processo saúde-doença se insere, a saúde do trabalhador... (...) a gente vai repensando nossas práticas a partir do que é discutido lá, (...) para evitar a alienação do processo de trabalho (...). Então a gente tem que parar, pelo menos uma vez na semana, uma hora, para pensar, para quando a gente tiver alguma questão que pegue no seu pé, a gente pare e fale – não! É assim que eu vou agir! –, (...) Então é para compreensão do processo de trabalho, estamos tentando fugir da alienação (...), esse é objetivo principal. (E6)

É possível afirmar que esses espaços de reunião descritos até aqui, que são exclusivos dos trabalhadores da USF, possibilitam a instrumentalização desses trabalhadores para o exercício de uma gestão participativa e democrática. Por sua vez, a continuidade desse modelo de gestão na Unidade, em que os trabalhadores se

posicionam e decidem os encaminhamentos a serem tomados, fortalece também as práticas dos trabalhadores desenvolvidas com usuários. Ou seja, parece que esse exercício de reflexão, de posicionamento de trabalhadores, por meio de gestão democrática, é reproduzido em práticas de atenção à saúde do usuário, neste estudo na particularidade das práticas realizadas por enfermeiras.

Dentre essas práticas, que não são realizadas diretamente com os usuários, destaca-se a *reunião da Rede Boa Vista*, descritas nos excertos E6 e E4, na qual as enfermeiras da USF Jardim Boa Vista são participantes ativas nesse processo de articulação intersetorial. Embora não sejam para instrumentalizar para a participação social, amplia-se o debate a outras áreas e serviços do território. Trabalhando com a instrumentalização para a realização de um trabalho que amplia o objeto da atenção e dessa forma, conforme o relato (E6), pretendem intervir de alguma forma nas raízes dos problemas de saúde de moradores do Jardim Boa Vista.

(...) A UBS ela participa de reuniões com as escolas da região, chama “Redes”. É a reunião da Rede, então também troca-se muitas informações (...). (...) Com o contato com as creches, as escolas, a gente fica sabendo das coisas. (...) [O objetivo dessas reuniões é a] transformação da realidade do bairro. Basicamente, transformar os perfis epidemiológicos, mexendo nas causas, né? (...) Aí sim você mexe com o processo de saúde–doença. (E6)

(...) Aqui no Boa Vista a gente tem uma organização que a gente chama de ‘Rede Boa Vista’, que é com as instituições do bairro, com as escolas, com uma ONG que tem aqui no bairro, que a gente tenta ver tanto as questões individuais, (...) mas a gente também tenta discutir as questões do bairro. (...) Então, uma ação que a gente fez logo no começo que a gente começou a montar essa Rede foi sair pelo bairro com o pessoal - as coordenadoras das escolas e o pessoal dessa ONG - para conhecer mais o bairro, para falar um pouco da história do bairro. Essa ação mudou, por exemplo, o planejamento pedagógico da EMEI; a partir do momento que a coordenadora pedagógica da EMEI viu que as crianças eram muito pequenas, que elas não tinham espaço para brincar, a partir desse momento ela começou a entender por que as crianças

ficavam tanto tempo na televisão, até a diretora falou – a gente parou de falar para os pais que não deixem os filhos ver televisão, mas a gente começou a falar – não, vocês tem que conversar com os seus filhos sobre o que eles assistem na televisão, vocês podem selecionar o que eles vão assistir na televisão -, e aí elas começaram a investir mais na brincadeira dentro da EMEI. (...) Então, isso para a gente é super importante, (...) para a gente isso é mais perto de trabalhar com saúde mesmo, de não ficar só trabalhando com a doença e trabalhar mesmo mais perto do polo da saúde (...). (E4)

Pode-se observar que essa reunião da Rede, mesmo que ainda restrita a representantes das instituições sociais do território, aprimora as práticas realizadas aos moradores.

O processo de reflexão, junto a esses trabalhadores sociais, sobre a concepção ampliada do processo saúde-doença e de necessidades de saúde favorece a realização de práticas que leva em conta as condições de reprodução social dessa população e, portanto, com condições para responder necessidades de reprodução social, portanto com possibilidade de que todas essas instituições sociais implementem ações que aprimorem as necessidades de saúde da população.

Ainda, esse modelo de gestão e de estímulo à reflexão, além de ter refletido diretamente em práticas indiretamente voltadas aos usuários, também refletiu nas práticas realizadas com os usuários.

Na fala abaixo observou-se a preocupação da enfermeira em considerar o posicionamento do usuário no planejamento e na condução do projeto terapêutico. Ainda que numa perspectiva individual, pode-se afirmar que existe instrumentalização para a participação, na medida em que a enfermeira exercita com o usuário a cidadania.

Nessa perspectiva, no primeiro momento, alertou para a necessidade de planejamento de uma prática, no caso uma VD, a fim de evitar a realização de um trabalho que pode ser moroso para ambas as partes, sem ter uma finalidade previamente estabelecida, o que também se configuraria como uma imposição vertical de uma prática desnecessária, que vai de encontro à prática dialógica, bastante presente no

trabalho dessa USF. Num segundo momento a enfermeira descreveu ter considerado o posicionamento do usuário, ao chamá-lo para participar do planejamento e para avaliar com ela a viabilidade das visitas.

(...) A gente tenta ter uma indicação (...), a visita [domiciliar] ela tem que ter algum motivo específico, (...) até porque a gente está entrando na casa das pessoas, então não dá para a gente sair entrando assim, aleatoriamente na casa de todo mundo e tal. (...) Para a gente é muito importante ter um contato mais próximo com as pessoas, poder conhecer um pouco a realidade delas e para o nosso caso da vigilância tem uma questão de sigilo também, [por]que às vezes não dá para falar para a equipe inteira, por exemplo, que tem uma pessoa com tuberculose, porque o agente comunitário é vizinho, é parente e às vezes o paciente fala – olha, eu não quero que as outras pessoas saibam -. Então, muitas vezes a gente vai na casa (...) sozinho, sem a equipe, para ter essa questão do sigilo. (...) Por exemplo, no caso da tuberculose tem paciente que prefere que a gente não vá, porque a gente chega lá, [e] às vezes está de branco, de avental, então isso chama um pouco a atenção da vizinhança também, então (...) a gente sempre tenta (...) combinar com o paciente antes – ah, a gente pode ir na sua casa tal dia?, qual o horário melhor para você? -, e a gente tenta ir combinando assim para (...) a pessoa também ficar sabendo, se organizar mais para receber a gente na casa dela. (...) [Uma vez] a gente foi fazer visita em uma casa que até eram duas irmãs que estavam com tuberculose e elas pediram para não falar para ninguém dos agentes comunitários, quando a gente estava chegando no território, a gente encontrou uma das agentes comunitárias e (...) a gente ficou disfarçando, deu uma volta, tudo, para depois entrar na casa da pessoa. Porque como a gente é da vigilância, o paciente entrou na nossa sala e os pacientes ficam – ah, será que está com tuberculose? será que está com alguma DST? -, então a gente tem que tomar esse cuidado assim. Tem paciente que não liga e tal, mas a gente tenta tomar esse cuidado de às vezes ser mais discreto para conseguir preservar o sigilo.

Em suma, o excerto acima expressa a preocupação com a possibilidade de mobilização do usuário, ainda que no âmbito individual e restrito ao planejamento de seu projeto terapêutico. Em consonância com essa postura adotada pela enfermeira, o relato abaixo (E8) também descreve uma experiência em que a enfermeira adotou o mesmo posicionamento.

(...) Eu já cheguei a visitar pessoas fora da casa delas, porque elas pediram (...). Eu tive um paciente que ele não queria que eu o visitasse em casa porque ele não queria que ninguém da família dele soubesse de uma condição que ele tinha. Então, eu visitava ele na praça, a gente conversava na praça. (E8)

Já a descrição abaixo (E7) evidenciou uma das práticas realizada por enfermeira em que foi respeitado o posicionamento da usuária. No atendimento a enfermeira incorporou a decisão da usuária de que o problema relatado não fosse tomado como objeto da consulta, embora a situação trazida se configurasse como demanda de atendimento da unidade.

Teve uma moça também, (...) era uma consulta, (...) e aí no retorno ela resolveu contar também que ela sofria violência em casa, do marido. A gente conversou bastante, ofereci todos os caminhos assim... eu lembro que discuti com a equipe, com o médico, com a assistente social. Conversei bastante com ela sobre isso, dela procurar ajuda, procurar a polícia, procurar sair da casa. A gente fez um trabalho enorme com ela, todos em consulta, né? porque a gente não podia ir na casa dela, [por]que o marido ficava lá. O marido praticamente a trancava dentro de casa e só a deixava sair para ir ao médico. Então por isso que ela contou para a gente. Mas até hoje ela está na mesma situação, já faz uns 4 anos. Ela (...) não tem filhos, não queria ter filhos também, tomava anticoncepcional (...), porque às vezes o que prende a esposa ao marido é o filho, né? E hoje em dia ela não quer tocar mais nesse assunto também, a gente não sabe se aconteceu alguma coisa. (...) Eu acho que ela tem medo que eu toque nesse assunto. Mas ela não quis fazer nada, nada de nada, e aí eu falei – mas e aí? você não queria ajuda? (...) -, aí ela falou que na verdade não queria ajuda, ela só queria

contar o que ela sofria dentro de casa. Aí eu deixei o posto em aberto, a equipe em aberto, o dia que ela quiser a gente ajuda de novo, ela vem, procura a gente. O agente [comunitário] de saúde (...) deixei em alerta - quando passar na visita, se ela estiver sozinha toque no assunto-, mas perguntar nunca mais. (E7)

Dessa forma pode-se afirmar que até mesmo numa prática com enfoque nos aspectos biopsíquicos do indivíduo, como é o caso da consulta do enfermeiro, é possível que os usuários participem, não no sentido do conceito de participação social, mas em relação ao estabelecimento de uma prática dialógica em que é respeitada também a postura do outro. Observa-se que houve o respeito pelo desejo da usuária sem, no entanto, negligenciar o cuidado, nem a gravidade do fenômeno a que ela estava exposta.

Outra forma desse exercício foi referida por E8, exemplificado no planejamento do projeto terapêutico com o usuário. A enfermeira propôs que o reconhecimento de necessidades de saúde e as possíveis respostas a elas fossem feitos juntamente com o usuário. Possivelmente nesse atendimento não é tomado em consideração somente as queixas clínicas.

O objetivo da consulta, entre outros, é conseguir fazer um levantamento junto à pessoa das suas maiores necessidades e propor junto com ela (...) formas de enfrentar isso dentro do possível dela. Então perceber coisas, quais são as necessidades dela e como que o serviço, dentro do que ele pode oferecer, pode cuidar dessas necessidades. Às vezes a gente não pode cuidar, mas a gente pode refletir junto e procurar caminhos, mesmo que seja por outros serviços, para que seja fornecido esse cuidado. (E8)

Já nos excertos abaixo (E6.1, E6.2, E4) pode ser observado que as consultas das enfermeiras foram utilizadas como espaços de reflexão e mobilização para que os usuários tomassem consciência de que as condições do trabalho a que estavam submetidos representavam desgaste para a saúde, e que embora aparentemente fossem questões individuais, ao serem enfrentadas em espaços que promovem a participação social podem gerar resultados para o coletivo de trabalhadores.

(...) *Mesmo hipertenso e diabético, não adianta eu ficar orientando no diabetes comer de 3 em 3 horas se o cara trabalha em uma linha de produção, né? Então eu vou ter que começar a adaptar aquela coisa à realidade dele e ainda ficar discutindo um pouco sobre a exploração do processo de trabalho com ele, né? Para ver se outras pessoas passam por isso, se ele sabe o que é um sindicato, se ele sabe que tem direito para fazer essas coisas, que o intervalo está na CLT e é obrigado a dar o intervalo, sabe? (...).* (E6.1)

(...) *Eu lembro que eu comecei a atender uma mulher para fazer o pré-natal e a gente terminou discutindo sobre sindicato. (...) Se não me engano ela não podia ficar saindo do trabalho para fazer o pré-natal (...), para ir para as consultas, e aí a gente estava conversando sobre o que ela poderia fazer... ela falou – quer saber de uma coisa?, eu vou para o sindicato -, eu falei – você conhece o sindicato, sabe qual a função? -, a gente foi conversando e fechou a consulta de que no pré-natal ali, depois de ver barriga, etc... que ela ia para o sindicato para ver esses elementos (...). Isso eu achei bem legal, porque a gente conseguiu sair aí da medição da altura uterina (...), para entrar na discussão do sindicato, dos direitos da mulher gestante, tudo... (...).* (E6.2)

(...) *No pré-natal o que aparece muito são as questões relacionadas ao trabalho mesmo e é muito chocante o que aparece, o que as gestantes contam dela ser proibida de trabalhar sentada (...), sendo que não faria diferença no trabalho dela, mas que a chefia dela não permite (...); ou a gestante que tem que vir em um horário 'x', porque qualquer outro horário que venha, mesmo a gente dando um comprovante que ela veio fazer o pré-natal, vai ter um benefício cortado, porque a empresa não pode descontar salário, mas o benefício fica a critério da empresa, então, sei lá, corta a cesta básica dela. Então a gente tenta discutir bastante (...) os direitos mesmo, e de como está o mundo do trabalho, porque não é só uma questão de falar – não, é o seu direito, vai lá, e reivindique -, porque a gente sabe que ela vai ter medo*

quando ela voltar da licença, depois que passar a estabilidade, dela ser demitida. (...) Então é mais complicado do que isso, do que simplesmente falar – ah, a empresa tem que executar porque é o seu direito e acabou -. Mas a gente tem tentado... várias vezes venho discutir com a assistente social, - (...) o que a gente pode fazer? -, aí a gente pensa em encaminhar, muitas a gente encaminha para o Centro de Referência de Saúde do Trabalhador, porque lá eles têm uma equipe multiprofissional, (...) lá inclusive tem advogado, (...) e eles têm muita experiência nisso, em questões (...) trabalhistas de uma forma geral. (...) Então, a gente mandar uma carta para a chefia dela não adianta... (...), até parece que a gente bate na mesma tecla, mas boa parte das questões de saúde do trabalhador, (...) são essas, (...) pessoas que estão adoecidas ou porque elas estão trabalhando demais, ou porque as condições de trabalho delas são muito ruins, ou ela está doente porque é normal ficar doente, mas ela (...) fica muito tensa com essa questão, se ela vai conseguir um atestado, e mesmo com atestado às vezes é muito difícil porque fica mal vista dentro do trabalho; mesmo esses dispositivos legais tem tido pouca força. Tem uma mulher aqui que ela é famosa na região, ela é dona de dois motéis, um mercadinho, e não sei o que... e ela já chegou a falar que o atestado para ela não tinha valor nenhum e rasgar o atestado na frente da pessoa. Então, são situações graves assim, e a gente acha que tem que denunciar; e agora talvez a gente possa pensar mais concretamente que ações a gente pode fazer, mas considerando que aquela pessoa tem o emprego dela para sobreviver e que não é tão simples ela sair do emprego e arrumar outro, porque eu já vi muito profissional dando essa solução (...) como se fosse muito fácil mudar de emprego. Então, (...) acho que essas questões de trabalho, por exemplo, não são questões que eu vou ajudar sozinha essa mulher, mas eu posso levar para outras esferas de discussão, ou encaminhar para outros serviços ou para outro profissional. [Além de] levantar as necessidades individuais, (...) na Atenção Básica uma consulta individual tem que ajudar também a ver as questões coletivas; e essa questão do trabalho não é uma questão individual só, ela é uma questão coletiva também. Então, talvez a gente (...) tem que pensar individualmente, as mães tem ocupações diferentes,

vão ter inserções diferentes e vão ter saídas diferentes para cada mulher, mas eu acho que tem uma questão comum que a gente precisa trabalhar coletivamente, tanto dentro da unidade quanto com outros serviços, com outros espaços, e de preferência junto com a população, junto com a discussão da participação social mesmo. (E4)

Esses excertos acima relataram, portanto, a possibilidade de instrumentalização de sujeitos, ainda que realizadas individualmente, para a mobilização, na medida em que estimula esses usuários a procurarem locais em que possam compartilhar seus desgastes no trabalho e identificarem seus semelhantes para que depois possam pensar em reivindicações que se atendidas poderão resultar em respostas a necessidades de reprodução social do coletivo.

No depoimento a seguir a enfermeira, ao organizar o cuidado juntamente com o usuário e sua família, proporcionou a possibilidade de que todos refletissem a respeito de papéis e valores sociais. Desde o início do planejamento do projeto terapêutico não se prendeu às regras ditadas pelo programa de tratamento do MS; buscou construí-lo em conjunto com a equipe, com o usuário e sua família, tanto para que eles todos se comprometessem com o monitoramento do processo, quanto para planejarem aos poucos o encaminhamento desse usuário no final do tratamento, uma vez que era um sujeito em situação de rua.

Dessa forma, o objeto do trabalho ampliou-se da doença de tratamento compulsório ou do tratamento compulsório, para as necessidades de saúde desse sujeito, determinadas pelas suas condições de reprodução social. Nesse processo do cuidado, os trabalhadores o instrumentalizaram para a compreensão dos interesses que movem as relações capitalistas para a reprodução do capital e como evitar que o impulso para o consumo o ‘seduzisse’. Embora o trabalho em saúde não conte com instrumentos que incidam diretamente naquelas condições, apesar de não ter havido mudança em sua condição de classe, o cuidado realizado possibilitou o aprimoramento de suas condições de reprodução social, que esta na base das necessidades de saúde.

(...) Teve o nosso primeiro caso de paciente de TB, que era um rapaz que a gente pegou desde o começo, que era um adulto já. Ele era morador de rua e foi para a casa da irmã, porque ele estava com TB, e

realmente quando a gente chegou lá foi para conhecer mais ele e tal... a tuberculose tem aquela coisa que você tem que entrar na casa para ver as condições, tudo... E assim (...), a gente sabia que ia chegar uma hora que ele não ia ficar na casa da irmã mais, porque ele morava na rua, ele tinha já 38 anos, ele morava na rua desde os 14. Ele saiu de casa quando os pais dele se separaram. (...) Então ele estava na rua desde os 14 anos e ele estava em uma casa só de mulheres, a irmã dele tinha acabado de perder o marido e morava a mãe, duas filhas e uma irmã dele que ele odiava, desde criança também. Tipo coisa de novela assim. E (...) eu tinha certeza absoluta (...) que ele não ia ficar lá. Aí o que a gente foi tentando construir com ele (...) como ia ser depois que ele fosse sair da casa da irmã dele, porque a gente sabia que estava muito ruim, as sobrinhas reclamavam muito dele, e ele era uma pessoa muito difícil mesmo, porque ele estava acostumado a viver sozinho na rua, ele bebia, e ele era bem machista e ele estava na casa e queria dominar todas as mulheres lá (...), e brigava com o namorado das sobrinhas (...). Aí eu acho que a gente foi conseguindo traçar um plano com ele, então a gente discutiu o caso com a Assistente Social, a Assistente Social conseguiu o benefício LOAS, que ele ganha um salário mínimo (...), [e] a tuberculose tem essa coisa do tratamento supervisionado, que ganha uma cesta básica, e a família estava com dificuldades financeiras (...), então a gente fez um combinado assim, (...) que mesmo que ele não continuasse lá, mas que ele continuaria indo lá para fazer as refeições. Então, a cesta básica iria para a irmã dele, e aí ele almoçaria e jantaria lá. (...) Quando ele saiu, foi difícil a saída, ele brigou, (...) não foi uma coisa muito suave, a gente tentou pensar questões de um acompanhamento para ele de saúde mental, mas ele não queria de jeito nenhum, isso foi realmente bem difícil da gente negociar com ele, mas ele realmente almoçava e jantava na casa da irmã. Quando ele recebeu o benefício até deu uma ajuda para a irmã dele, e ele vinha tomar o remédio aqui com a gente todo dia assim... muito porque a gente não queria perder o vínculo com ele, mais do que querer vê-lo tomar o remédio, que é o objetivo do tratamento supervisionado. (...) Aí ele teve alta, (...) ele chegou a alugar um quartinho em Osasco, (...) agora parece que ele está morando em um albergue, mas ele continua recebendo o

benefício dele, então a última vez que ele veio aqui ele tinha arrumado os dentes, porque ele tinha (...) perdido praticamente todos os incisivos dele, então para a gente foi – nossa! -, super surpreendente, que ele veio para visitar a gente. É claro que a gente não mudou a inserção social dele, a saúde sozinho não tem condição de fazer isso... Então, não acho que foi uma revolução na vida dele, mas acho que a gente ofereceu alguns cuidados mesmo, pensando nessa coisa do trabalho em equipe. Então, (...) como ele está em um albergue em Osasco, da gente pensar junto com ele quais são os serviços de saúde em Osasco que ele pode procurar, pensando um pouco nisso que as pessoas tem chamado de rede assim... então, dele ter essa referência na família e tal, mesmo estando na rua, mas ele continua tendo algum vínculo com a família dele. Agora, ele não está exatamente na rua porque ele fica no albergue e faz uns bicos durante o dia, mas eu acho que foi um caso que teve certo êxito, pensando no abandono que tem da TB, que eu acho que dependendo da UBS chega a 40%, uma pessoa que viveu a vida inteira na rua, que está com tuberculose (...) e que é dependente de álcool, a gente conseguir terminar o tratamento dele e depois de terminar o tratamento dele, algumas questões da vida dele que ficaram mais organizadas, né? Porque mesmo quando ele começou a receber o LOAS, teve todo um acompanhamento dele, porque aí começaram a ligar para ele oferecendo cartão de crédito, então até ontem ninguém queria saber dele, aí ele começa a receber um benefício e começam... aquela coisa de telemarketing que... ligaram para ele de Brasília, porque a central do telemarketing era lá, então ele ficava – nossa, estão ligando para mim de Brasília! -, e aí ele ficar super deslumbrado com essa coisa do consumo, então ele comprava um monte de presentes para a gente. Todo dia chegava com chocolate e com presente e com não sei o que... então teve também uma coisa da gente tentar chegar perto dele e discutir essa questão do consumo e tal, de como ele vai se organizar financeiramente também, porque ele não entendia muito bem essa coisa do cartão de crédito, de pagar depois. Ele achava que quando ele estava colocando o cartão lá ele já estava pagando. E aí quando vinha a fatura ele falava que o banco estava roubando dele. A gente até foi ver, porque muitas vezes o banco rouba das pessoas, mas

nesse caso era porque ele estava ainda entrando nessa coisa muito forte do consumo, do cartão de crédito (...). Então a gente foi tentando conversar essas coisas com ele. A gente não conseguiu tudo que a gente queria, porque a gente queria pensar mesmo no que ele tinha vontade de aprender, se ele queria aprender algum ofício, se ele queria voltar a estudar. A gente chamou ele para os grupos na unidade, mas não deu certo, porque ele realmente sempre viveu muito sozinho mesmo. Mas ele [se] vinculou bastante com a gente e eu me lembro da primeira visita que a gente fez, e essas coisas realmente se desdobraram nessa primeira visita.

Pode-se supor que na medida em que foi respeitada a opinião, o posicionamento e as decisões do usuário, esse se fortaleceu se reafirmou como sujeito, na medida em que se (re)apropriou do que lhe foi expropriado – alguma condição de acesso à cidadania.

Ainda, mesmo que a fim de conquistar respostas para uma questão particular (individual) houve a conjunção de forças para garantir o cumprimento do papel do Estado, como a conquista do benefício, dessa forma essa prática possibilitou a inserção do sujeito em benefícios advindos de políticas públicas.

Já no fragmento abaixo (E8) a enfermeira reafirmou a importância de realizar práticas que trabalham com o coletivo, como os grupos. Apontou que trabalhar coletivamente de forma que permita a reflexão dos sujeitos, é um meio de fortalecer esse grupo, sendo, portanto, uma estratégia bastante utilizada na Atenção Básica. Dessa forma, ao ampliar a criticidade do sujeito se favorece a mobilização, na medida em que se amplia a compreensão de quais são as respostas necessárias a necessidades ampliadas de saúde.

A gente faz uma série de grupos. Os grupos são uma estratégia de atendimento muito utilizada na atenção primária e que passa pela questão do coletivo também, porque o grupo é um pouco como trabalhar o coletivo das pessoas, fazer com que elas conversem, troquem um pouco as suas experiências (...). Então, todos os focos de programa a gente tem grupo. E a gente tem alguns grupos além desses típicos (...). Já fizemos alguns

trabalhos com adolescentes, idosos. Então é uma estratégia muito utilizada. (...) Existe uma abrangência de atendimento, e [n]ele tem a possibilidade de existir uma discussão entre os vários participantes, enriquecendo muito o foco do assunto. (...) Eu já falei um pouco do objetivo no início, mas ele [-o objetivo do grupo-] é ir além na discussão. (...) [O] grupo é um espaço que cabe bastante gente. (E8)

Na perspectiva dos trabalhadores, uma possibilidade apontada por E2 e E7 da prática de grupos, que pode ser entendida como um reflexo do modelo de gestão da Unidade, foi a de estimular a participação de todos os profissionais no planejamento dessa prática. Essa possibilidade também promove o fortalecimento desses sujeitos.

Quando a gente vai formar algum grupo a gente já vê com as equipes quem tem interesse. Pode ser desde as recepcionistas, os administrativos, os agentes de saúde, os auxiliares, os enfermeiros, os funcionários da unidade, no seu total, eles podem participar desse grupo. Lógico, cada um vai acabar fugindo um pouco para a sua função, para o seu profissional. Mas de certa forma qualquer pessoa da unidade pode participar (...). (...) Eu, vejo, tiro ideias tanto (...) desses artigos científicos, dessas publicações, desses protocolos... tiro as informações deles e aí monto uma dinâmica para determinado assunto. (...) Tanto eu como a TO. A gente discute ali na reunião de equipe o que vai fazer no próximo grupo de atividade, então a gente planeja, elabora e faz. (...) Essa dinâmica é bem 'dinâmica' mesmo. Porque aí conforme a gente faz uma dinâmica de memória, e a gente percebe que está tendo uma determinada carência em determinado setor, então a gente vai na próxima vez trabalhar aquele outro setor. Então é conforme a dinâmica do grupo, mas sempre é discutido assim... do que vai ser feito... sempre é eu, a médica e mais o profissional... no caso que estava bastante atuante com a gente que era a TO. Mas assim, lógico que a gente sentava e conversava sobre o que poderia estar fazendo – olha, eu vi que tem uma necessidade de trabalhar tal coisa -, ou – que tal, tal ideia? -, é lógico que a gente sentava e tentava planejar. (E2)

(...) *Antes era eu mesma [que planejava o grupo] porque a maioria dos médicos que estavam na equipe não se interessavam pelo grupo (...), no começo eu ficava triste, porque eu queria que participasse o médico e tal... mas eu já descobri que não tem jeito. (...) As agentes [também] ajudam muito no grupo, então na reunião de equipe eu falo – gente, queria conversar desse tema no grupo, o que vocês acham? -, - ah, legal -, - não, eles não vão gostar -. (...) Agora que estou com uma auxiliar nova (...) que agora também se interessa mais pelo grupo e então às vezes ela leva tema, (...) e agora esse ano tem a residente, (...) e ela caiu como uma luva, porque ela tem ótimas ideias, e agora a gente conversa bastante sobre isso. (...) Às vezes as agentes [comunitárias] também... elas pedem algum tema, elas mesmas, na reunião de equipe. (...) A gente planeja mesmo no começo do ano, como que vão ser, a gente tenta planejar o ano inteiro, como vai ficar o grupo, a periodicidade, quais vão ser os temas. Mas conforme vão passando os meses... então teve um grupo que elas falaram – ah, você viu como eles gostaram desse assunto?, vamos fazer de novo? – e a gente faz. (E7)*

Da perspectiva dos usuários, descrições (E2, E5, E8) de práticas de grupos, relatam que o grupo permite a socialização dos sujeitos e pode ser um meio de ‘aglutinar’ esses sujeitos, na medida em que eles passam a compartilhar suas experiências e vivências e a reconhecer necessidades de seus semelhantes, condição importante para a mobilização.

(...) *Alguns assim são sozinhos, não tem parentes por perto, então eles consideram que aquele grupo é uma família para eles. Então tem muito vínculo entre os participantes. E o que eles demonstram para mim é muita satisfação por participar. (...) (E2)*

Acho que é uma desculpa para ter uma interação social entre os pacientes, que os pacientes se comuniquem, saiam de casa, é uma forma de fazer rede social (...). (...) Eles gostam de caminhar, tem aquele convívio de conversar um com o outro, tem gente que (...) só sai de casa quando vai para o grupo (...). (...) [O objetivo do grupo] acho que [é] criar mais um espaço para que eles tenham uma interação social. Como te falei,

tem gente que (...) só sai de casa naquele dia para ir para o grupo, o resto da semana ficam o dia inteiro dentro de casa. Eles são idosos, a grande maioria é de idosos. Eu acho que é mais para essa interação, para eles conversarem, criar uma rede social mesmo. (E5)

A gente possibilita, através da própria experiência, que as pessoas consigam lidar melhor com as questões delas e quem faz o grupo, o profissional, (...) além de ter o conhecimento, ele também tem uma função que é de mediador, ele está mediando essas pessoas. Eu entendo dessa forma, pelo menos o bom grupo. O mau grupo é aquele que a pessoa vai lá, passa lá de reconhecimento e não propicia essa troca. (E8)

A partir desse relato pode-se sugerir a utilização dessa prática, mesmo que voltada para o enfrentamento individual dos problemas do sujeito.

Além de permitir a socialização desses sujeitos, como visto acima, estimulou-se que eles estivessem presentes no processo de planejamento das sessões do grupo, como visto em E2, E3, E7.

Dessa forma se foi valorizado o posicionamento dos sujeitos, numa perspectiva de fortalecimento para o amadurecimento da consciência de coletividade.

Ao se fortalecer os usuários eles passaram inclusive a discutir as questões relativas ao bairro, como mostra E2 e E7. Dessa forma, pode-se afirmar que o grupo pode ser utilizado como uma ferramenta importante no processo de mobilização de usuários.

(...) Muitas vezes o próprio paciente falava – na próxima pode ser tal coisa? -. Então assim, é dinâmico, só que tem um planejamento. (...) Então, quando alguém dá uma sugestão, a gente fala – olha, a gente vai ver o que a gente pode estar fazendo sobre isso, a gente já trabalhou com isso -, a gente dá uma resposta para ele e vai tentar em determinado prazo tentar fazer, né. Só que tudo tem que ser avaliado também, porque se for uma coisa que é interesse só daquele paciente... será que não é melhor só resolver com ele, do que fazer em grupo?, então tem que ser analisada a situação. (...) [Os usuários] são bem participativos, (...) eles cobram a

gente até, para ter o grupo. (...) Constantemente é um troca, (...) muitas vezes tem pacientes que são muito antenados, muito interessados e às vezes até eles passam alguma informação para a gente. Então é uma troca constante de conhecimento. (...) (E2)

(...) Quando a gente começa o grupo a gente conversa com eles [os usuários-] – ah, o que vocês querem conversar, sobre o que? -, aí eles falam e a gente vai planejando encima do que eles falam. Tento fazer um planejamento meio que anual ou a cada seis meses, mas quando a gente faz o fechamento do grupo a gente faz uma avaliação com eles também, - então, vocês queriam falar sobre isso, vocês gostaram? -, - a gente está pensando na próxima reunião trazer isso, vocês querem? -, - ah, a gente quer... -. Sempre tem alguém que quer uma coisa e outro que quer outra coisa. Então se tenta conciliar as coisas (...). (...) Então, a gente fecha a atividade e fala – ah, o que vocês querem para semana que vem? -, aí umas querem fazer fuxico, outras querem falar de uma coisa, outras de outra... e aí a gente acaba – olha, então para semana que vem vai ser isso, tudo bem? -, - tudo bem. (E3)

(...) Às vezes eu pergunto para os pacientes, - gente, falei desse tema... -, vacina do idoso, então expliquei para eles que tem que tomar vacina, porque eu descobri que vários tomavam essa vacina e nem sabiam para que servia, né? Falei que tinha que tomar essa vacina, então a gente conversou para que serve, como que é a vacina, aí você pergunta – tem algum tema que vocês gostariam de saber -, aí eles falam... – não, já sei tudo... -, aí outro fala: – ah, queria saber de hipotireoidismo -, uma coisa que nem passa pela nossa cabeça, aí a gente vai falar em outro dia sobre hipotireoidismo. (...) Teve um que eles queriam cantar – ah, eu quero que vocês façam um grupo só para a gente cantar - tá bom! -... então a gente tem que fazer o grupo só para eles cantarem.(...) Então, costumo perguntar isso para eles. Todo começo de ano, antes de planejar os grupos a gente pergunta, porque eu já me perguntei isso, será que a gente não está vindo aqui e eles estão querendo receber a orientação de algum tema, falar do remédio que está usando, trocar uma receita... Para que sai

da casa dele para ir lá no grupo? Já perguntei isso para eles, várias vezes... por isso hoje já estou mais tranquila, depois de 5 anos fazendo o grupo, eles falam – não, porque a gente gosta de vir aqui, a gente gosta de vir aqui, encontro seu fulano, seu sicrano... -, - ah, é que eu vejo a minha pressão -, às vezes tem gente que tem aparelho em casa, olha todo dia, mas vai no grupo para confirmar – ah, eu não confio na minha casa, eu quero vir aqui-, - ah, porque aqui tiro as minhas dúvidas -, - ah, porque aqui encontro vocês, então eu não preciso ir até o posto, que é longe, eu venho aqui e você me explica –. Assim... eu já perguntei isso para eles. Então eu acho que o que eles estão esperando (...) é o que está acontecendo agora. Se no ano que vem quando for conversar com eles, eles falarem – não, esse grupo está sem sentido, acho que o médico tem que vir, tem que falar de tal assunto, acho que o grupo tem que acabar, a gente não precisa ficar vindo aqui -, aí a gente muda, a gente conversa na equipe e a gente avalia o que a gente acha, né? Mas assim, eu sempre tento ver com eles [-usuários-], a opinião deles. (...) Então... (...) é mais isso que muda assim, os temas vão surgindo, (...) mas (...) um tema diferente é uma vez por mês. Às vezes a gente convida a assistente social para falar de alguma coisa ou a dentista. Aí eles não podem ir, essa é uma coisa que muda, - ah, não podem ir naquele dia? -, então a gente tem que encontrar um tema para poder levar para eles. Só. (...) [Então] não muda muito, mas muda, por exemplo, esse ano a gente falou que ia voltar a ser semanal, aí a gente começa a fazer semanal, mas daqui a pouco vem férias aí, e eu tenho que cobrir o acolhimento. Aí a agenda de segunda-feira, que é o dia da marcação, lota, a doutora também não consegue colocar a agenda no dia do grupo. Porque quando a demanda está muito grande de agenda, a primeira coisa que a gente corta é o grupo. Depois a visita. (...) [Mas] esse grupo há 5 anos que ele está, mas não dá para tirar, porque todo mundo gosta desse grupo. (E7)

O excerto acima explicitou como, à medida que os sujeitos foram estimulados a participar e se fortaleceram enquanto grupo, o espaço se solidificou a ponto que a enfermeira relatou desacreditar na possibilidade de descontinuidade desse espaço.

Dessa maneira pode-se afirmar que esses espaços possibilitam a mobilização para temas e questões comuns aos participantes, que são moradores de uma mesma área do território, que vão se estruturando e o profissional de saúde passa a ocupar o lugar de organizador do espaço e articulador das falas no encontro. Assim, como nos mostrou E7 o grupo foi criado com uma finalidade, porém seguiu conforme as demandas dos usuários, e quando um trabalhador tentou impor a discussão de uma temática que não se configurava como demanda para o grupo, esse grupo se uniu e reagiu de forma a resistir ao tema imposto.

Assim, também a realização do grupo foi descrita como uma prática potente para ‘unir’ indivíduos em torno de questões comuns, a fim de promover uma discussão sobre a transformação da realidade do bairro, como descrito abaixo.

(...) A gente instaurou um grupo de diabéticos, que continuou com esse nome, mas na verdade é um espaço para os idosos. (...) O objetivo é: primeiro é o controle da doença, do hipertenso e do diabético, [segundo] é tirar os idosos de casa. Então eles saem, conversam, (...) eles conseguem se socializar uns com os outros, trocam experiências, (...) ou até conversar sobre alguma coisa da comunidade, aí eles querem melhorar isso, melhorar aquilo aqueles que vão lá, os que são mais preocupados com isso. (...) [Assim,] o objetivo [é] estar lá com eles, e deixar esse espaço para que eles possam (...) ter esse espaço, entendeu? É um grupo... é o espaço deles, eu falo assim. (...) No grupo (...) acho que eles [-os usuários-] o que querem é melhorar, ter a oportunidade de fazer uma atividade diferente. Tanto é que quando a gente vai falar de doença eles não têm muita paciência. Mas quando a gente vai fazer alguma brincadeira, uma dinâmica, com um objetivo, eles gostam mais. (...) O meu grupo lá é interessante, porque assim, quando (...) quando entrei no posto há 5 anos ele já existia, e aí eu ia para falar do diabetes, da alimentação, do remédio, né? E as pessoas não se interessavam muito assim, eu via que elas iam lá, queriam verificar o PA, o dextro e iam embora, não queriam ficar escutando palestra, nem se fosse (...) uma conversa mesmo de algum assunto, referente à doença, tratamento, prevenção, elas não tinham interesse. (...) Eles não queriam saber. E aí

estava no final do ano, e a gente fez uma comemoração de Natal, nossa, eles amaram, porque levei música... Aí eu comecei a perceber que aquele grupo é mais uma forma de socializar as pessoas. Porque eles vão lá, eles conversam, (...) e vai muito homem também, paciente idoso homem, e ficam lá falando do futebol, e falando da novela, e falam disso, falam daquilo. Aí eu comecei a fazer café da manhã uma vez por mês, eles adoram, eles vão, eles levam tudo que não podem comer... Aí quando eu tenho que falar de algum assunto, eu falo, mas não demoro muito, não me estendo muito, é mais uma conversa rápida, porque eles – ah, isso a gente já sabe... -, eles falam – ah, a doutora já falou na consulta -, - ah, mas você já falou disso na consulta -. Eles não querem, eles querem ir lá para ter o momento deles, (...) porque eles ficam muito sozinhos, né? (...), porque na COHAB não tem nada assim e eles estão aposentados, ficam muito tempo em casa, (...) não tem nenhum espaço de lazer para eles a não ser um parque que fizeram lá, mas tem muito usuário de droga, então acabou que eles nem vão nesse parque. (...) É difícil deles ficarem saindo, porque eles já estão idosos, aqui a UBS é longe. Para eles fazerem uma ginástica, uma atividade física às vezes a gente faz atividade física no grupo, também é longe, tem que atravessar a Raposo... então é um espaço para eles, (...). (...) [Então] eles brigam [para ter o grupo semanalmente,] para eu conseguir fazer esse grupo quinzenal foi um sufoco, porque era semanal e aí a gente não tinha perna para fazer, muito um encima do outro não tinha necessidade mesmo, a maioria são controlados (...). (...) Teve [um] grupo que [o] outro médico que estava na equipe ele quis mostrar o pé diabético. Foi um desastre esse grupo, tinha muita gente, e ele levou foto do pé diabético, tudo... e eles não queriam saber disso mesmo, e eles ficaram bravos, revoltados. (...) E todos eles queriam fazer baixo assinado para tirar o médico do posto porque tinha levado as fotos do pé diabético para eles verem... (...). (E7)

Os excertos abaixo (E6) relatam o processo de organização de grupo que utiliza a educação emancipatória como instrumento primordial de respostas a necessidades, incluindo-se os resultados de desgastes expressos no corpo bio-psíquico dos sujeitos – as doenças e as queixas clínicas. A educação emancipatória é um recurso potente para

trazer à consciência os determinantes sociais do processo saúde-doença e para promover a mobilização para buscar o aprimoramento a eles.

(...) Com a saída da médica anterior, e com a residente que vai se estabelecer como médica da equipe até que ela possa se formar e aí assumir totalmente, já estamos com projeto de mudança. (...) O grupo tem sido um problema, porque, o que acontece? A gente com falta de consulta médica, virava um ajuntamento de pessoas para resolver ali, eram consultas individuais com as pessoas ali sentadinhas. A gente não chegou a fazer discussões de cidadania, nem discussões de educação em saúde, discussões nesse sentido. (...) Agora com a residente assumindo a gente está com um novo fôlego, de fazer exatamente o que? primeiro o médico vai sair do grupo nesse primeiro momento, porque os pacientes ficam muito centrados nas queixas com a presença do médico no grupo. Queixas biológicas. E durante as minhas férias a médica está fazendo capacitação para os auxiliares e para os agentes. Na parte biológica e clínica mesmo. Eu já fiz uma capacitação anterior sobre educação em saúde nas várias modalidades. Eu digo uma educação permanente dentro da equipe. (...) Então, a partir da educação em saúde como um todo eu usei aqueles autores mesmo, (...) autores de educação emancipatória e educação crítica. (...) Ao mesmo tempo a gente está se alimentando também com os aspectos clínicos e biológicos que podem surgir. A médica então está trazendo (...) os estudos mais recentes, porque os pacientes eles tem as demandas e as queixas biológicas, e a gente precisa responder a essas demandas e queixas biológicas para a partir daí ir para a outra questão. Então a gente precisa dos dois grupos de conhecimento, o político e o técnico (...). (...) Porque tudo que se planeja em saúde tem uma intenção política por trás. Nada é neutro. Então a gente tem que assumir qual é a posição política que a gente tem para então discutir a parte técnica. Porque senão fica a técnica pela técnica e não tem transformação da realidade. (...) Então a nossa idéia vai ser retomar o componente educativo. Como vai ser isso? a gente vai trabalhar com o que a população trazer nas discussões de educação em saúde. Primordialmente a gente vai pedir para os agentes comunitários conduzir

o grupo para não ficar centrado no nível superior e vai ser centrado no que as pessoas trouxeram de demanda e buscando trazer sempre para os determinantes sociais a discussão do que eles trouxeram. Então, eles vão querer discutir sobre... sei lá... vai que a população fale sobre alimentação saudável, então a gente vai discutir sobre alimentação saudável, mas e quem pode comprar, e quem não pode... entendeu?, fazer essa discussão. (...) A gente está redesenhando, o desenho novo começou agora nas minhas férias. Então quando eu voltar a gente retoma. Vai sair desse ajuntamento de pessoas, simplesmente para acertar receita e medicação, para partir para um componente educativo. (...) Vai ser mais a conversa mesmo, a conversa em roda mesmo. Se precisar de alguma ilustração nós temos, a gente tem como fazer uma apresentação em data show, se precisar, mas em um primeiro momento é a conversa. (...) Como (...) vai começar a implantação, a gente precisa desenhar direitinho como vão ser os encontros. A idéia é fazer encontros fechados, que ocorrem em um mês. No outro mês a gente abre outro grupo, para fazer com começo, meio e fim para aquele grupo. Instrumentaliza um grupo aí vem outro grupo e assim vai. Se ficar toda hora entrando e saindo gente, a gente não consegue fechar... estabelecer um processo educativo com objetivos, métodos e finalidades, entendeu? (...). (...) Então, para facilitar o acesso a gente faz uma semana no posto e uma semana na favela. Uma semana no posto e uma semana na favela. Assim todo mundo participa. (E6)

Abaixo a enfermeira relata o atendimento de várias pessoas em conjunto, mas que não se configurava como grupo, pois cada reunião era composta por participantes diferentes. Esse processo não favorece vínculos e dificulta a mobilização.

(...) Mas antes disso, quando a gente estava mais estruturado, a gente discutia as questões que apareciam no grupo, cada dia tinha um tema que foi eleito por eles. Era assim. Mas era um grupo aberto. Não tinha essa coisa da gente fazer uma metodologia para um grupo fechadinho, começo, meio e fim. Não existia essa metodologia. Era um grupo aberto. Agora a gente está tentando aprimorar. (...) Agora a gente

vai estabelecer essa nova metodologia, vamos ver se está certo e a gente vai tentando. (E6)

Embora a enfermeira tenha demonstrado bastante segurança na compreensão teórico-metodológica que embasa o processo de criação do grupo, parece que o desenvolvimento do grupo não se sustenta quando médico da equipe não partilha do mesmo referencial teórico. Seria de se esperar que o novo ingressante na equipe procurasse se integrar ao andamento do processo, ainda que não fosse adepto ao referencial teórico-metodológico que deu origem ao grupo e não o contrário. Esse excerto reitera a compreensão de que a divisão técnica é comandada pela divisão social do trabalho em saúde.

(...) É importante que a gente tenha um médico que tenha proposta de ficar na equipe, porque é muito difícil planejar qualquer coisa se a equipe tem algum elemento que roda muito, sabe? Então, o que acontece, a gente tem uma estabilidade de auxiliares, enfermeiros e agentes comunitários. É bem estável. Mas de médico não é. Então cada vez que entra um médico novo se redesenha tudo. Começa tudo de novo, porque os médicos têm características de formação muito diferentes. (...) A gente acredita que agora as coisas vão mudar porque essa médica que vai entrar ela está fazendo residência na própria UBS, então ela já está dentro do projeto da UBS. Dá para construir uma coisa mais sólida. Porque (...) se não estão todos os componentes da equipe afinados com o mesmo... pelo menos a mesma direção, não dá, não roda. (...) Se não se compreende o objeto e a finalidade, você não consegue ir para frente. Então agora a gente está apostando nisso. Pelo menos eu estou com esperanças... (E6)

Além das reuniões realizadas apenas entre trabalhadores da USF, tanto na Unidade quanto aquelas realizadas com trabalhadores de outros equipamentos sociais do território, também foram descritas reuniões com moradores do território. Essas são as *reuniões do Conselho Gestor* e *reuniões com os moradores para discutir questões relativas às suas condições de reprodução social*.

Vale destacar que a composição e funcionamento do Conselho Gestor são imposições para o repasse de recursos financeiros pelo Estado. Mesmo sendo uma prática imposta por órgãos centrais, na USF o espaço do Conselho é utilizado para instrumentalização da população para a mobilização social, na medida em que no espaço do Conselho, como visto em observação participante, existe a discussão de necessidades de reprodução social e a eleição das necessidades que serão encaminhadas à subprefeitura em forma de reivindicação.

Ainda, o conteúdo fala da enfermeira E7 demonstrou que, apesar de haver a tentativa de utilização do espaço do Conselho por alguns conselheiros como meio para conseguir privilégios, também verbalizou a importância do espaço como instância para a definição conjunta de assuntos relacionados ao funcionamento da USF e de assuntos que dizem respeito a necessidades de saúde dos moradores.

Eu participava do Conselho Gestor ano passado. (...) Eu acho super importante ter um Conselho Gestor, é um momento de validar várias coisas e deveria ser um espaço para a população falar, né? a gente trocar experiências, trazer as necessidades da comunidade, mas assim, eu não sentia que era isso que acontecia. Eram sempre as mesmas pessoas, várias com interesses particulares assim, por exemplo, marcar consulta. Acabava a reunião do Conselho e – ah, você não pode marcar consulta para mim? ou para fulano ou para sicrano? -, tinha muita gente que usava o Conselho Gestor para isso. Assim, quando a gente quer tomar alguma decisão importante na UBS a gente pede o apoio do Conselho Gestor, geralmente a gente consegue, isso valida e pondera a nossa decisão. Mas eu não sei se mudou agora. Parece que esse ano está melhor, entraram pessoas diferentes, daqui do Boa Vista, que não tinha ninguém do Boa Vista, tinha uma senhorinha, que mais faltava do que ia... e aí mais o pessoal da COHAB, e o pessoal da COHAB são pessoas que já estão envolvidas em política, sabe, já são ‘antigas’ mesmo, e ficavam utilizando o Conselho Gestor para outros meios... (...). Então, eu não gostei muito de participar do Conselho Gestor, mas eu acho que é uma experiência importante. Os funcionários que nunca participaram do Conselho Gestor eu acho que deveriam participar, porque eles não têm

ideia do que é discutido lá, (...) e as pessoas que não participam, acho que não tem nem ideia, porque tudo é discutido, tudo que se refere à UBS, à saúde, ao bairro, tudo é discutido no Conselho Gestor. Tem gente que não sabe nem o que é Conselho Gestor, por isso que eu acho que é importante você participar e conhecer melhor, né? (...) Porque se fala de todos os assuntos, desde o médico fulano de tal, do tipo de atendimento que ele dá, do enfermeiro, do auxiliar, de tudo assim... de reclamação mesmo – ah, porque fulano passou por tal auxiliar, ou por tal enfermeiro e olhou de cara feia, não tratou direito -. Então, tudo é levado para o Conselho Gestor. Eu acho que é uma experiência importante, (...) para saber assim, que tem esse controle da população, ouvir a população, o que ela está trazendo, o que elas querem, porque? ... e saber que tem uma importância, tem um peso o Conselho Gestor, né? Tem muito funcionário que acha que é bobeira o Conselho Gestor e não é... é que ele é utilizado de forma errada, porque com mobilização e o Conselho Gestor eles conseguiriam várias coisas, né? várias melhorias, vamos dizer assim, na comunidade (...). (...) Então, por exemplo, o pessoal da COHAB quer muito uma UBS na COHAB, porque é contramão, tem que pegar dois ônibus para vir para cá, só que à população interessa isso e vai um representante no Conselho Gestor, então se eles utilizassem o Conselho Gestor como um lugar para ir, se encontrar, fazer um documento para pedir essa UBS; ou agendamento de consulta, muita gente reclama que é uma vez na semana às 7 horas da manhã, (...) mas poderia ir um grupo no Conselho Gestor e falar com a gente – olha, está muito ruim, vamos abrir mais dias de agendamento -, era uma forma de combinação, de melhoria para a COHAB, né? tudo assim que se refere a isso eles poderiam utilizar, mas não acontece. O que acontece é assim: - ah, estão reclamando muito da doutora fulana, não dá para trocar a doutora fulana? -. Teve um caso um tempo atrás de uma médica, que tinha que ser mandada embora e teve o apoio do Conselho Gestor para ser mandada embora. (...) Mas já teve [caso] de [usuário] pedir exame, encaminhamento e conseguir de certa forma, porque é o Conselho Gestor, sabe? - olha, a minha vizinha aqui, está com esse encaminhamento há 5 anos, lá do HC, tem que passá-la na frente... - (...), sem nenhum motivo específico e passar a pessoa na frente

porque a conselheira pediu, isso que me incomoda. Porque não é para você usar o Conselho Gestor para isso. (...) Tinha muita briga (...), por isso que não gostava, mas parece que agora está melhor. (...) Uma coisa importante [foi que] a gente conseguiu a reforma da cozinha, pelo Conselho Gestor. Os agentes conseguiram apoio para conseguir a Van[-o transporte-], uns dois anos atrás, porque o agente de saúde não tem direito a passe, a transporte, e eles tinham que vir da COHAB até aqui para assinar o ponto, e é longe, a pé, ou eles pagavam do dinheiro deles. Aí eles fizeram um documento para a Fundação pedindo o transporte ou um vale transporte, e aí passou pelo Conselho Gestor, todo mundo apoiou, eles fizeram uma carta assinada, documentaram, e eles conseguiram a Van. (...) Então, geralmente, por parte dos funcionários a gente leva o tema para eles. Quem é conselheiro hoje (...) eu falo para (...) [o conselheiro] – olha, (...) eu não vou poder ir no Conselho Gestor, você pode levar esse tema e tal? -, e lá é discutido (...), e quando é da parte da população algum conselheiro leva. Difícil ir a parte da população, geralmente é o conselheiro que leva; e aí a gente discute o tema, os objetivos, os motivos, se dá, se não dá, assina e passa para frente. (E7)

Na fala acima, pode-se notar que o Conselho busca apoiar as mobilizações, tanto internas à USF, exemplificada pela mobilização dos ACS, como externa à USF, quando exemplifica que os representantes levam suas demandas que são discutidas e há a deliberação dos encaminhamentos. Ainda, a enfermeira fala que deve haver a mobilização da população, e que os encaminhamentos do Conselho Gestor devem ser coerentes com a mobilização, dessa forma, expressa que a participação não se restringe ao espaço do Conselho.

Outro Conselho que conta com a representação de enfermeiras da USF Jardim Boa Vista, descrito abaixo pelo depoimento E6, é o Conselho Distrital de saúde. A enfermeira relatou a preocupação que as deliberações fossem feitas somente após discussão com os representantes da população ou com os próprios moradores, e tais discussões deveriam ocorrer após a mobilização dos moradores. Sendo, portanto um importante instrumento de efetivação da mobilização e da participação social.

As decisões foram descritas como relacionadas a características restritas ao serviço de saúde, mas que envolvem mudanças para o coletivo, tanto de trabalhadores como de usuários, por exemplo, a reforma de USF da região; mas relacionadas ao âmbito interno do Conselho, que podem também refletir em questões coletivas.

A enfermeira relatou a experiência recente de eleição para membros do Conselho Municipal de Saúde e a retirada desse Conselho Distrital das eleições, de forma a respeitar que a representatividade da população fosse garantida, a partir da eleição de moradores preocupados com a luta para a melhoria das condições do município e, conseqüentemente, das condições de saúde dos moradores da cidade.

[Participo do Conselho] distrital de saúde, que é um Conselho então que envolve toda a supervisão do Butantã. As questões de saúde das UBS do Butantã (...). Então são representantes de trabalhadores e usuários que participam, que foram eleitos. Teve uma eleição e a gente foi eleito. (...) O Conselho Distrital ele pega as demandas e as questões a serem resolvidas das diversas UBS para levar para o Conselho Municipal. Então ele é um instrumento democrático, um instrumento que é capaz de levantar as necessidades locais, junta-las, ver o que é comum, o que não é comum, para pensar nas intervenções nos níveis mais elevados: municipal, estadual, etc. Então, ele é um instrumento importante de controle social, de participação social. (...) A gente passou por umas fases. A gente construiu um regimento. Já existia um regimento anterior, então esse regimento foi modificado, atualizado e aprovado. Discutimos algumas coisas de ordem, por exemplo, reforma de UBS que precisavam de reformas urgentes, e teve uma discussão bem importante que foi a retirada desse Conselho do processo de eleição do Conselho Municipal porque foi um processo duvidoso, foi um processo que deveria ter sido avisado 90 dias antes, foi avisado de uma semana para outra, não deu espaço para a população se mobilizar e os trabalhadores se mobilizar para escolher os candidatos, não deu tempo hábil. (...) Então, (...) a gente acreditava que ao fazer tudo às pressas você não conseguiria mobilizar as pessoas que realmente estivessem comprometidas com a transformação social para serem indicadas como possíveis candidatos. Estavam sendo

indicadas pessoas que já estavam ali, prontas para serem indicadas, pessoas que não tem um compromisso tão grande com a transformação social. A gente acredita que essa era a razão, o objetivo era colocar pessoas indicadas que estivessem à favor das coisas como elas estão. E tirar do páreo as pessoas comprometidas com a transformação da realidade. (...) Aí nós decidimos que o processo não tinha veracidade já que foi feito muito às pressas, a gente não teve tempo para escolher as pessoas para ver propostas, para escolher candidatos que trouxessem realmente uma proposta para fazer parte do Conselho Municipal. Então a gente fez várias reuniões para decidir e para efetuar a nossa retirada dessas eleições do Conselho Municipal, e (...) essa decisão foi inclusive revogada pelo juiz, então nem rolou, porque do jeito que aconteceu foi muito estranho. (...) Foi o momento em que uma parte dos trabalhadores e dos usuários fez um debate interno para decidir a retirada da eleição do Conselho Municipal, um momento importante porque foi ali que ficou claro quais eram os interesses envolvidos dos diversos atores, e no final, diante de argumentação, a gente conseguiu, realmente, manter a nossa retirada. Mesmo que a supervisora do Butantã não concordasse com isso. Então, pelo voto democrático a gente conseguiu, pela maioria de votos, vencer mesmo que fosse uma autoridade que estivesse se colocando ali à favor da nossa permanência. (...) Então eu acho que foi uma vitória ali, uma vitória de a gente conseguir não participar de algo (...) cujos objetivos não estavam claros. Não estava claro que aquilo era para a melhoria da população. Então eu acho que realmente aquele movimento democrático de conseguir barrar foi importante, (...) foi mais interessante pelo menos, que você viu ali se efetuando, na votação. (...) [Atualmente] a proposta é apresentação sobre as condições de saúde dos serviços que fazem parte desse Conselho e levantamento de problemas mais urgentes. E a próxima reunião na verdade vai ser a apresentação do AME Psiquiatria, Assistência Médico Especializada em Psiquiatria, que também foi uma decisão arbitrária, porque não passou por nenhum Conselho a implantação desse AME de Psiquiatria, então vai ser discutido isso na próxima reunião (...). (E6)

Nota-se na fala acima um exercício dos conselheiros, dentre eles as enfermeiras, para garantirem que aquele espaço não fosse utilizado apenas para a validação de decisões de gestores.

Vale salientar que esses Conselhos são institucionalizados e a participação é de forma representativa.

A partir de outra lógica participativa, enfermeiras utilizaram o espaço de prática programática para a instauração de espaços que buscam a efetivação de mobilização e luta.

Assim, a organização do grupo de moradores teve início com a indignação da enfermeira designada a realizar uma prática protocolar, a VD, em domicílios acometidos por uma enchente do córrego, para orientar a limpeza das residências. Esse procedimento geralmente é realizado nos moldes da educação higienista. No entanto, a partir do momento que na USF se possibilita a realização da reflexão das práticas, embasada inclusive em referencial teórico que fundamenta o campo da Saúde Coletiva, a enfermeira percebeu que uma ação estritamente sanitária não iria incidir nas raízes dos problemas, no caso a localização no território e as condições daquelas moradias.

Dessa forma, mesmo que a VD fosse definida como uma prática a ser realizada no âmbito individual ou no máximo familiar, disparou a necessidade de participação social dos moradores, e promoveu mobilização de moradores para discussão de necessidades de saúde em diferentes partes do território e a posterior organização de lutas por melhorias nas condições de reprodução social da população do bairro, conforme descrito por E8.

(...) [O objetivo] pode ser muito restrito, né? quando se faz a vigilância epidemiológica, e ele pode ser muito mais amplo quando se faz vigilância à saúde. Então a gente procura não só fazer um monitoramento do território, conhecer os agravos mais prevalentes, as incidências, fazer as notificações, tomar medidas de manejo dos casos, mas também buscar fazer planejamento para ações preventivas, discussão, reflexão sobre como as doenças emergem no coletivo; e procurar organizar todo esse coletivo para o enfrentamento dessas situações, até mesmo para conseguir

erradicar determinadas situações. De modo geral também a gente procura agir nos determinantes que (...) propiciam algumas doenças. Por exemplo, aqui é muito forte no posto, que nós temos um córrego aqui, e que durante 30 anos esse córrego, em janeiro, nas chuvas... houve enchentes... E aí a equipe de vigilância junto com alguns usuários que procuraram o posto, começaram a organizar um processo que depois se ampliou na equipe de vigilância, que procurou, através da organização dessas pessoas, desse coletivo, enfrentar essa situação. Chamar o poder público, para tomar providências, para enfrentar essa situação através do que determinava essa situação, que no caso (...) era o córrego onde se jogava lixo, que estava mal cuidado, que é um córrego que tem uma série de inadequações nele... Então, foi uma ação que foi muito além de ficar ali cuidando e das doenças que a enchente causa, tipo leptospirose, a dengue. A gente (...) até cuida da doença também, então quando tem enchente vai lá, dá hipoclorito, conversa com as pessoas, orienta os cuidados, de usar bota... enfim... mas também uma ação a médio e longo prazo, de trabalhar essa comunidade para conseguir mudar essa situação que afeta a população inteira do bairro. (...) Nesse sábado a gente vai ter o vídeo que foi feito sobre essa questão do córrego, e que eu acho que o posto foi fundamental nisso, na organização desse trabalho, ele conseguiu associar também outros setores como as escolas e tudo o que foi conquistado com esse movimento. Então a gente conseguiu muitas coisas. Eu mesma fui na subprefeitura três vezes junto com a população, (...) já trouxemos o subprefeito aqui... (...). A gente colocou o bairro na pauta – oh, nosso córrego não pode ficar ali, enchendo todo ano e ficar por isso mesmo -. E esse ano a gente teve um resultado legal. Choveu bastante e não teve enchente. As medidas ainda são insuficientes para o problema, mas já foram algumas medidas. A gente sabe que o movimento tem que continuar, que a gente vive em um país que se as pessoas não se mobilizam, não lutam, a coisa não anda; e o posto [esta] agora menos, cada vez menos, porque eles não precisam tanto da gente (...). Uma das coisas que a gente pensa é em uma ação emancipatória, a gente não queria que a população ficasse dependente da gente para fazer reunião, dependente da gente para ir na subprefeitura. No começo era assim, mas agora eles já fazem

reunião sem a gente, a gente participa de algumas. Eles já conseguem ir na subprefeitura sem a gente. Eles só contam para a gente que foram. Então, eu acho que a gente conseguiu fazer um bom trabalho. Conseguimos, não, né? porque esse trabalho não acaba, né? (E8)

A partir da fala acima, viu-se que a USF no início organizava as reuniões, atuando apenas como mediadora das discussões e na medida em que o movimento foi se fortalecendo, a população passou a se organizar independentemente da USF.

A recíproca é verdadeira, na medida em que E6 conta que existiu também, por parte dos moradores a solicitação da ajuda da USF para a discussão desse caso, ou seja, como existe o estímulo à mobilização social e a abertura desses espaços de participação, a população identifica na USF um espaço fortalecedor de mobilização; portanto como instância que promove respostas a necessidades de saúde que vão além daquelas tradicionalmente reconhecidas pela população – consultas e exames.

(...) A reunião da comunidade começou há um ano, no dia 9 de agosto de 2011. Começou porque grupos da população vieram pedir apoio da UBS para trabalhar com as questões do córrego que estava enchendo. Então dois representantes da população vieram ativamente [nos] buscar. (...) As enchentes do córrego tem sido muito piores nos últimos 3 anos, então já tinha tido várias reuniões, mas dispersas, para ver o que se fazia para frente. Quando o córrego encheu de forma mais agressiva, de forma a encher 5 casas, aí a busca por apoio foi mais efetiva e aí eles buscaram o apoio da (...) enfermeira da vigilância, da [técnica de enfermagem da vigilância], e aí elas entraram em contato comigo, e entrei em contato com os agentes [comunitários] e a gente instituiu esse grupo de discussão e foi chamar outras pessoas, envolvendo inclusive a escola, com jovens da escola, que eles tem mais vínculo com a gente, a escola Solano(...).(...) [Atualmente,] tenho sentido melhorias. O córrego já está limpo, está mais assoreado. O projeto de parque linear ele já está avançando, [esta] programado para 2018, 2020 já está pulando na lista porque está dando visibilidade ao movimento... Aí agora a ideia é partir para outras questões: a iluminação e transporte. (...) Nestes, especificamente, últimos dois meses a reunião tem sido esvaziada por

causa das eleições, dois dos participantes eles se tornaram candidatos a vereador e os outros participantes começaram a confundir então, achando que o espaço de reunião da comunidade era um espaço político, e esvaziou. Então a gente está em um momento que a gente [-da USF-] (...) está sentando, (...) e pensando uma forma de rediscutir e ver como são os próximos passos, porque agora esvaziou por causa da questão política, mas tivemos avanços: lâmpadas foram trocadas, lombadas foram colocadas e o córrego não encheu esse ano. (E6)

Sendo assim, passaram a ser realizadas *reuniões com a população para discutir questões relativas ao bairro*. Nelas, segundo excerto abaixo (E4) os trabalhadores tomaram cuidado para que essa atividade realizada na USF não fosse associada a assistencialismo, e sim como parte do trabalho em saúde.

Também, apesar do problema das enchentes, o disparador das reuniões, atingir apenas uma parcela de moradores, foi estimulada a presença de moradores de outras partes do bairro configurando-se, assim, uma mobilização coletiva.

(...) [O trabalho destina-se] para o território, a gente tenta centrar encima do trabalho do território. Tem os casos individuais, que a gente vai cuidar individualmente, mas a gente tenta pensar encima das questões do território, não pensar só na doença mesmo. Então, uma das coisas que a vigilância também tem desenvolvido é a questão do córrego aqui no Boa Vista, que já teve enchente. Porque a primeira vez que teve enchente a gente foi na casa das pessoas para ver como é que estava e tinha a preocupação com a leptospirose, (...) mas a gente achava que seria meio cínico (...) chegar na casa das pessoas e – ah, limpa com água sanitária -, e ir embora. Então a gente achava que a UBS poderia contribuir mais. A partir daí a gerente sempre apoiou esse movimento, fazendo reunião com a população e tentando se organizar e acho que avançou bastante. A população está mais organizada, a gente está com um papel um pouco diferente do começo, que a gente tinha que chamar mais, hoje a gente já acha que a população já tem uma liderança maior para conseguir se organizar (...) [e] tem gerado alguns frutos. A gente ainda não conseguiu resolver o problema, este ano a gente não teve enchente, mas a gente não

sabe se foi porque choveu menos ou se foi por conta das obras que a Prefeitura começou a fazer a partir dessas reivindicações, mas de qualquer jeito a gente acha que teve vários avanços aí nas questões e tal. Então, essa é uma das coisas que a gente faz e que a gente acha que são coisas [do nosso trabalho] (...). A gente sempre tenta afirmar isso, que não é um trabalho voluntário que a gente está fazendo, a gente não está fazendo porque acha isso legal só, porque gosta, mas porque a gente acha que isso faz parte do processo saúde doença, então (...) se a vigilância é o que está no livro, que seria uma coisa de fazer prevenção e tal, então esse seria um assunto de vigilância também. (E4)

Dessa forma, o depoimento acima mostrou que essa mobilização, inicialmente relacionada ao córrego, ampliou-se para outras pautas de luta coletiva para melhoria de condições do bairro, ou seja, para o aprimoramento das condições de reprodução social de moradores.

Em descrição abaixo (E4), a enfermeira relatou ainda a preocupação por parte dos trabalhadores da USF de manter garantido o espaço de participação e expressão da necessidades do coletivo, para que não ficassem sobrepostos os interesses de alguns moradores.

(...) O que a gente participa principalmente é essa reunião com a população, que tem toda semana... isso eu acostumei a ir toda semana nessa reunião, que é até fora do horário de trabalho, que a gente vai toda sexta feira das 18 às 19, e às vezes a gente faz algumas coisas de sábado, que eu venho. Esse sábado mesmo vai ter a exibição de um filme e tal, desenvolvido pelos alunos do PET Saúde, né? (...) Agora a gente está em uma época que não vai ter [reuniões], até por causa das eleições, porque tem muita gente que está envolvida com candidatos no bairro e tal, e a gente está querendo discutir o que a gente vai fazer nesse período, a gente tem todos os documentos aí para organizar, então só para contar como que está agora, e que talvez fosse uma fase de organizar os documentos, ver o que já foi encaminhado e tal. (E4)

Além da representatividade, existe também o cuidado de repensar e avaliar o desenvolvimento do espaço, se está atuando como espaço de mobilização, a partir da discussão de necessidades do coletivo.

Houve também outro relato de enfermeira (E6) que discorreu sobre a utilização de outra prática, também protocolar, o grupo, utilizada como um meio de mobilização da população ou instrumentalização para a participação social.

Segundo a enfermeira, foi descrita a articulação da discussão em grupos com o tema que estava em pauta na USF na época – a discussão sobre o córrego. Essa discussão resultou na reflexão e discussão de determinantes sociais do processo saúde-doença.

(...) Eu lembro uma discussão do córrego, que a gente fez, que foi bem legal. Porque a gente queria a participação das pessoas no movimento a favor da manutenção do córrego, para que ele não enchesse mais. Então foi legal, sair da discussão de hipertenso e diabético para discutir coisas do bairro. Acho que aquele foi bem legal. (...) No córrego, a questão é a seguinte: aquele córrego enche, a pressão das pessoas sobe achando que a casa vai ser invadida pela água. Então aquilo incomoda muito a população. Se a gente não age (...) na questão ali da vida delas, da moradia, dos riscos que elas têm ali, né? da participação social para elas mudarem aquela realidade, você não consegue resultado. (E6)

Além dessa experiência, a enfermeira descreveu outras que buscaram a mobilização de usuários do serviço e a ampliação das discussões no espaço do grupo.

Teve uma vez, muito tempo atrás, que era na época do plebiscito das armas, que a gente discutiu para decidir das armas, (...) eu participava dos grupos (...), acabava de entrar [-na USF-] eu acho. (...) Teve outra vez também que teve uma discussão de que os exames de imagem estavam demorando muito para sair e tinha várias pessoas que precisavam do exame de imagem. E a gente mobilizou os usuários, a gente se organizou e a gente foi até a casa de uma das usuárias, o grupo inteiro, para fazer uma queixa coletiva à Ouvidoria. A gente saiu do grupo, foi

para a rua para a casa da usuária, enfiou 15 pacientes na casa dela e ligando para a Ouvidoria, e ligando para a Ouvidoria... Foi legal também. (...) [O objetivo nesses dois casos] era sair do resultado biológico, do processo da descompensação da hipertensão, da glicemia capilar, e ir realmente para questões de participação social, de direitos... (...) Então, o objetivo era esse, trabalhar com os determinantes e com a construção da cidadania, basicamente. (...) Então, como eu falo para você: é mais fácil ver em espaços coletivos alguma coisa que faça diferença, na consulta de enfermagem é difícil, né? Mas aqui é mais fácil. (E6)

Os relatos acima que tratam da prática de grupo, evidenciam que a mobilização da população para a discussão coletiva pode ter início até mesmo em práticas programáticas ou protocolares, ou seja, mesmo as práticas que direcionam e restringem a ação dos enfermeiros para a atenção a agravos ou doenças, podem ter seu objeto de trabalho ampliado, mas para isso é necessária a instrumentalização teórico-metodológica e de posicionamento político dos trabalhadores, para que reconheçam como objeto de trabalho necessidades de saúde de forma ampliada, como afirma o excerto abaixo. (E8)

(...) Essa equipe (...), uma das funções dela é tentar puxar as outras equipes (...). Elas procuram puxar as outras equipes nucleares para eles saírem um pouco do mundo lá deles para atuar nesse aspecto mais forte. (...) Eu acho que é muito importante a gente ter conhecimentos políticos. Conhecimentos de política social e éticos; e de discutir o mundo que a gente vive, a sociedade de classes, a exploração... enfim, de tentar pensar que mundo é esse que nós temos, que mundo que nós queremos? e trazer isso para a população. Então, eu acho que [ir] muito além da saúde (...). Eu acho que na atenção primária a gente tem uma militância política, por isso que eu gosto, (...), acho muito importante, acho que a política está na essência de tudo. Eu acho que não dá para fazer nada... não dá para fazer educação, não dá para fazer saúde sem fazer política antes. Então eu acho que esse exercício da política, da gente sentar com a população e conversar sobre... ponderar, mostrar para a população, é o caminho da revolução, da gente mudar essa sociedade que é tão desigual, tão

excludente, e que a gente vê assim, claramente, né? e que a gente faz um pouquinho, sim, estamos tentando. (E8)

A entrevistada (E4) relatou a manifestação de outras necessidades de moradores, trazidas por participantes da reunião, relacionadas à infraestrutura do bairro.

(...) Uma das questões da reunião da população que a gente fez foi em relação a umas vielas que tem uma pavimentação muito ruim. Isso foi até os alunos do grêmio que fizeram, eles saíram pelas ruelas tirando fotos e a gente fez um documento com essas fotos para o subprefeito. Eles mesmos fizeram esse documento para encaminhar para o subprefeito para melhorar a pavimentação das vielas. Mas a gente aqui da saúde tem esse poder de informação, de falar – oh, tem tantas pessoas com deficiência no bairro, então a gente precisa melhorar o acesso do bairro, a gente precisa melhorar as vias do bairro para contemplar essas pessoas -, e a população vai reconhecendo isso. Eu acho que isso vai fazendo também com que eles tenham uma noção mais ampliada de saúde, de não achar que é só um atendimento individual... é um exame... que é o que muita gente associa porque sempre foi oferecido dessa forma, né? saúde é uma consulta médica, um remédio, um exame, isso que o serviço de saúde sempre ofereceu mesmo para as pessoas. (...) Então, acho que a partir do momento que a gente vai ampliando, as pessoas também vão entendendo que saúde é mais que isso, que a área técnica da saúde é maior que isso que a gente está acostumado assim. (E4)

Acima foi visto que ao se discutir com a população suas condições de reprodução social além de despertar essa população para a luta, ainda amplia o reconhecimento de determinantes sociais do processo saúde-doença e da compreensão que a atenção a necessidades de saúde não se limita a serviço de saúde.

Nessa mesma perspectiva, além das reuniões com a população serem disparadoras do reconhecimento de ‘outras necessidades’, ou de necessidades de saúde ampliadas, ainda despertou a necessidade de realização de reuniões com moradores de outras áreas do território de abrangência da USF.

(...) A gente esta querendo fazer na COHAB (...) uma reunião com a comunidade [-igual as reuniões feitas para discutir o córrego no Jardim Boa Vista-] ... Acho isso muito importante, porque às vezes as pessoas não conseguem se organizar, não sabem como fazer (...) e ela [-a população-] tem muita força, então isso a gente está querendo começar a fazer. Porque (...) há anos, ninguém consegue modificar e as pessoas também não sabem como se organizar, aonde ir. (...) A ideia é contribuir, mostrar o caminho, porque não é todo mundo que sabe como é que faz. Acho isso importante, porque a UBS também é um espaço... não é só para vir quando está doente, é um espaço do bairro, as pessoas tem que se apropriar da UBS e acho que isso pode mudar muita coisa na vida das pessoas... condições do bairro, transporte, tudo. Essa é uma coisa que a gente [e] o pessoal da COHAB, né? a gente, (...) quer começar a fazer. Acho que todas as UBS poderiam ter isso, né? (E7)

Observou-se que essa mobilização de moradores em busca de respostas para o aprimoramento das condições de reprodução social é o caminho reconhecido pelas enfermeiras para ampliar as respostas a necessidades de saúde.

No entanto, como as necessidades de saúde são complexas e como não há instrumentos específicos do setor saúde para modificar as condições de reprodução social, são as ações intersetoriais que podem atingir as raízes das necessidades de saúde. A USF Jd. Boa Vista tem experiências bem sucedidas de articulações intersetoriais, com trabalho efetivo de enfermeiras dessa unidade, que resultaram no desenvolvimento de ações com a EMEF Solano Trindade, como expressa o excerto abaixo (E6).

(...) Mais ou menos contemporâneo à época da formação desse grupo da comunidade, começou a instituir como projeto educativo deles [-da escola Solano-], (...) projetos de intervenção que faz parte do planejamento deles, (...) e eles fizeram uma passeata, e foi aí que a gente percebeu, e foi entrar em contato com a [coordenadora] (...); e aí nesse grupo formado por trabalhadores, alunos da escola, coordenadora da escola e usuários, foi se escrevendo cartas, se juntando documentos, fotos e foi encaminhado ao subprefeito [material] sobre o córrego. (...) Teve um [momento] bem legal que foi o seguinte: a gente estava planejando fazer

um manifesto pelo córrego, que eram os trabalhadores, usuários e população junto com os jovens... Que os jovens fariam uma corrida de revezamento na margem do córrego, uma competição amistosa, e no final seria lido o manifesto. O manifesto construído pela coordenadora e pelos alunos a respeito do descaso das autoridades pelo córrego. Aí o momento mais legal foi quando em uma reunião da comunidade [que] tinha quase 50 pessoas, foi lido esse manifesto, que foi uma construção coletiva, foi um momento muito interessante, é quando você consegue ver que a construção coletiva se materializa em um texto. (...) Depois, eu soube que (...) com esse manifesto e esse movimento pelo córrego, foi filmado, e a filmagem foi editada pelos alunos do PET⁸ (...) que frequentavam o posto. Então era um projeto dos alunos do PET fazer esse filme. Depois esse filme foi apresentado para a comunidade em um evento no sábado e falaram que foi ótimo, muito bom, e esse filme foi encaminhado para (...) o subprefeito, para tudo quanto é canto... Ministério Público... para o Congresso... (...). (...) [Atualmente,] tenho sentido melhorias. O córrego já está limpo, está mais assoreado. O projeto de parque linear ele já está avançando, [esta] programado para 2018, 2020 já está pulando na lista porque está dando visibilidade ao movimento... Aí agora a ideia é partir para outras questões: a iluminação e transporte. (E6)

Dessa forma pode-se afirmar que na medida em que se amplia o objeto de trabalho das práticas em saúde, se reconhece a necessidade de mobilização da população e a necessidade de articulação com outros setores, para responder a necessidades ampliadas de saúde.

Enfermeiras da USF Jd. Boa Vista também desenvolvem ações em articulação com outras instituições de ensino do território (EMEI, creche), conforme atesta o depoimento abaixo (E4). Pode-se inferir que discussões a respeito de necessidades do

---

⁸ PET – Programa de Ensino pelo Trabalho, desenvolvido pela articulação do Ministério da Saúde com o da Educação. Para oportunizar a vivência de graduandos da área da saúde em serviços da AB, influenciando a formação dos futuros trabalhadores de saúde para o trabalho em equipe e para que sejam formados para trabalhar no SUS, visto que serão egressos de uma universidade pública. Graduandos da área da saúde desenvolvem, em um período da semana, atividades com os trabalhadores de saúde da AB (preceptores), que planejam as atividades com docente de uma das unidades de ensino envolvidas no projeto (tutores). Todos, estudantes, preceptores e tutores, recebem bolsa do Ministério.

coletivo mobilizam outras instituições sociais do território em busca da realização de trabalhos articulados e conjuntos.

(...) Aqui no Boa Vista a gente tem bastante articulação com a EMEF Solano Trindade, com a EMEI Gilberto Chaves, e tem a EMEI da Cohab também. Que eu acho que já é uma coisa, mas que a gente não tem que fazer esse esforço de só ir atrás deles, eles procuram a gente; e (...) tem a creche da associação comunitária do Micael que tem uma certa relação mas que não é tão próxima assim, mas o que eu acho que a gente tem de maior articulação atualmente é EMEF e a EMEI, que a gente está mais próximo assim. (...) Na verdade essa articulação começou quando (...) a gente ia levar os alunos (...) [da EEUSP] lá [-na EMEF-] (...). (...) Então, desde o começo comecei a conversar com a (...) coordenadora pedagógica do Solano, (...) e tentar ver as questões que a escola tinha também para a UBS, tentar fazer um pouco esse intercambio (...); e quando comecei aqui, eu já queria mesmo me aproximar das escolas (...) porque a gente achava também que teria uma possibilidade de construir parcerias. E tinha uma coisa... as escolas tem uma demanda muito grande para a UBS, e que muitas vezes é uma demanda que a gente quer discutir, quanto que são questões de saúde mesmo, que estão ali envolvidas, com essa coisa toda de diagnósticos da moda... de hiperatividade... então coisas que a gente quer discutir com a escola; (...) a gente via que tinha questões em comum dos equipamentos, por mais que sejam faixas etárias diferentes, apareciam coisas em comum, tipo: - ah, as famílias se envolvem pouco na educação dos filhos-. Essa era a coisa mais comum que aparece na fala de quem trabalha na educação, pelo menos aqui no bairro. (...) Aí a gente começou a fazer as reuniões e foi muito bom, porque a gente tentou ter umas metodologias de troca mesmo, de não ficar só todo mundo se queixando, mas a gente tentou levantar o que era de potencialidade de cada instituição, o que era de dificuldade, o que uma instituição poderia ajudar outra, o que são dificuldades em comum que a gente poderia ter um plano de trabalho em comum; e foi aí (...) quando a gente viu [que] a dificuldade era em relação a participação, que não é uma dificuldade só do bairro, mas aí tinha uma coisa do que a gente

poderia fazer para melhorar a participação, porque todo mundo tem os seus espaços. A EMEI tem o seu Conselho, (...) as escolas fazem reuniões com os pais. A gente também tem o Conselho gestor aqui também e a gente via que todos esses espaços estavam meio, assim... eles não estavam realmente gerando a integração que deveriam gerar e propiciando a participação que deveriam propiciar. Então, a partir daí que a gente foi pensando que esse seria o ponto em comum, a partir desse levantamento... (...) a gente fez um negócio que chamou de mapa mental, que descrevia cada instituição, fazer uma descrição do que ela fazia assim... – ah, o nosso público é esse, a gente atende tantas pessoas, as nossas dificuldades são essas, as nossas potencialidades são essas, os nossos espaços de comunicação são esses -, então tinha vários pontos que as pessoas respondiam e a gente poderia cruzar esses pontos assim para ver o que tinha de comum. E a partir disso que a gente viu que a questão central era a participação e houve todo um esforço para não cair na coisa – ah, as famílias não querem saber de nada -. E teve todo um esforço de diálogo para a gente chegar nisso e foi a partir daí que a gente resolveu começar a trabalhar com os grêmios naquele momento.

O relato acima demonstrou que chegou-se a uma questão coletiva, a partir de problemas individuais de usuários ou das instituições.

Porque agora também a gente já está em outro momento assim. Porque os grêmios estão em outros momentos assim. Mas foi a partir daí que a gente pensou em trabalhar com os grêmios, pensando que teria uma potencialidade de liderança no próprio bairro, que era uma coisa que todo mundo sentia falta, de como estavam as lideranças dos moradores; e a discussão com os grêmios começou encima das questões do território, deles levantarem como eles enxergavam o bairro, como eles queriam que o bairro fosse, que foi muito interessante assim, e isso foi mexendo no próprio projeto pedagógico das escolas que estavam mais envolvidas assim. Então mesmo pensando agora, que a gente está em um momento que está se reunindo menos, (...) a gente não está se reunindo com os grêmios, mas a gente sabe que fica alguma coisa institucional nas escolas,

que para a gente é muito legal. E aqui a gente também tem algumas mudanças. Então tem essa questão da saúde do trabalhador, dos trabalhadores que estão na área, mas que não moram, que não estão cadastrados, mas a gente já conseguiu abrir uma brecha, que os profissionais de educação que venham pedir cadastro são cadastrados aqui. Então já tem prontuário separado da creche, tem professor mesmo das escolas fazendo acompanhamento aqui na UBS, então acho que ficou alguma coisa para as escolas e a gente também está conseguindo se abrir um pouco mais para essas questões, que para a gente são importantes. Acho que é um bom começo, começar pelos trabalhadores da educação mesmo; (...) [e] teve até um número razoável de pessoas da UBS que se envolveram, então acho que ampliou um pouco as questões da UBS, (...) e agora vamos ver como vai ser essa retomada, mas roda muito essa questão, tanto o grêmios rodam, porque é só um ano de gestão, quanto também as coordenações estão rodando. Então uma das nossas principais parceiras já anunciou que vai se aposentar esse ano. E a gente ficou super triste, ficou feliz por ela, porque é uma coisa que ela quer e tal, mas é sempre um trabalho contínuo, a gente sabe que sempre vai ser diverso, que vai ter que repensar as estratégias de como se aproximar. E vai ter momentos assim... tem uma das escolas que está muito difícil, até as duas últimas reuniões foram lá e a semana que vem a reunião vai ser lá de novo, mas é muito difícil assim, porque a estrutura da escola é muito complicada mesmo, da coordenação... porque em escola estadual a remuneração é pior, a escola é maior, há um número muito grande de alunos, então tem os seus limites assim; e a gente sabe que não é a articulação intersetorial porque está todo mundo aqui em coisas de ponta, a gente não teve ainda chance de participar de planejamentos mais centrais assim. Mas a gente acha que é um começo interessante, talvez para pensar uma articulação para reivindicar uma articulação intersetorial, tudo. (...) Na Cohab está começando a caminhar um pouco mais também, a gente está com essa expectativa que as coisas comecem a melhorar um pouco mais na Cohab. Então na escola de ensino fundamental de lá tiveram umas reuniões também que eu não fui, mas que parece que a coisa caminhou um pouco e está um pouco melhor também.

Então tem alguma perspectiva de articulação, mas (...) é uma coisa [que] depende muito de quem está lá. Acho que essa é a fragilidade do processo, porque não é uma coisa institucional, depende de quem está lá. (...) Lá no Solano as coisas começaram a se ampliar um pouco, porque pela própria articulação da coordenação, tem professores que já conhecem mais a gente, tem um outro coordenador pedagógico que conhece a gente, então quando eu vou lá e essa coordenadora que a gente tem mais história... e quando ela não está eu sei que eu posso conversar as coisas com ele, tudo... Então, as coisas estão caminhando, mas é muito flutuante mesmo, a gente não sabe até quando dura e a gente tem que pensar o que pode ir ficando de cada coisa, o que a gente vai aprendendo assim, mas de qualquer jeito tem um esforço constante assim para as coisas se manterem. (E4)

Essas práticas desenvolvidas em articulação com outros setores, realizadas primordialmente por enfermeiras da USF, mobilizou também o interesse de outros trabalhadores da Unidade e a possibilidade de discussão e reflexão a respeito de processos de trabalho dos trabalhadores, tanto os da saúde como os da escola, como relatam os excertos abaixo. (E4)

E eu acho que para a UBS ficou uma coisa de entender quanto isso é importante, quanto que é melhor quando a gente conhece o outro, e o outro conhece a gente... Isso no primeiro plano, porque a gente quer fazer coisas em conjunto, mas pelo menos um conhecer o outro e ter uma coisa mais solidária e não ficar nessa coisa que é muito comum, de um ficar empurrando o problema para o outro, - ah, o problema é a UBS que não cuida -, - ah, o problema é a escola que não cumpre o seu papel na educação -. Então acho que isso também já foi um ganho para a UBS, já ampliou algumas coisas mesmo. Teve gente que falou – ah, quero participar disso com vocês... , e que começou a participar. Então, acho que também teve alguns frutos para o processo de trabalho na UBS, né? (E4)

(...) Acho que essa discussão com as escolas é uma coisa bem inovadora. No geral a relação do serviço de saúde e as escolas é muito

tenha, porque assim... tanto o serviço de saúde quanto as escolas estão sobrecarregadas e aí quando aparece um problema, por exemplo, um problema que a gente tem é a questão da sexualidade dentro das escolas. Então, de um professor flagrar dois alunos que são crianças tendo lá uma relação... aí no geral fica um jogo de empurra, então o pessoal da escola acha que a UBS tem que resolver esse problema, a UBS acha que não, que a responsabilidade é da escola, foi dentro da escola. Então a gente fala que o problema é da família... e aí a gente tenta, primeiro discutir qual é esse problema, isso é um problema ou isso é uma fase natural das crianças? e a gente vai tentando ver o que a gente consegue fazer junto mesmo. Então as escolas quando chamam a gente para conversar o objetivo é da gente resolver os problemas. Então eles chamam assim – venham... -, isso sempre acontece mesmo. Por mais bem intencionada que a escola seja, sempre assim... – venham dar uma palestra de DST e gravidez -, e aí assim, imagina pegar um monte de alunos, adolescentes lá, dar uma palestra sobre DST e gravidez (...) é um ‘tiro no pé’... eles não vão prestar atenção, vão ‘zuar’, fica aquela coisa... bem desinteressados e tal. Então, (...) a gente tenta colher o que a escola está demandando, para formar um vínculo com a escola, mas a gente tenta – não, a gente não vai fazer uma palestra, a gente vai fazer uma oficina -, mas a gente também acha que não deve abordar esse assunto diretamente, a gente pode ir conversando sobre outras coisas da vida desses adolescentes... e muitas vezes a gente vai ver que a questão das DST não é um problema naquele momento, que tem outras coisas que são mais importantes. Então, por exemplo, a última coisa que os alunos demandaram para a gente assim, em uma das escolas, foi (...) uma feira de orientação vocacional lá porque eles estavam na fase de terminar o ensino fundamental e pensavam em fazer curso técnico, então eles queriam conhecer outras opções. Isso já é uma ampliação, porque em geral quando os alunos veem a gente dentro da escola ou pensam que a gente está lá para ensinar a escovar os dentes, que é uma coisa que odonto sempre faz, ou a gente está lá para ensinar a pôr camisinha, que é uma coisa importante também, mas que a gente acha que tem muitas outras coisas para discutir. E nessa mobilização toda do bairro e o envolvimento que a gente vê que o grêmio tem, a gente vê que

para eles essa questão do bairro é muito importante, de não ter um espaço de lazer no bairro, tudo, então a gente tem conseguido discutir. Isso para mim é uma prática inovadora, a gente pensar uma discussão com outras instituições, mas pensando na participação da população, né? que a gente não quer ficar lá só... os técnicos, os equipamentos discutindo, mas a gente acha que a população também tem que contribuir, tem que falar como estão acontecendo as coisas para eles. Então, essa participação do grêmio para a gente fez bastante diferença, de como a gente se planeja para ver as coisas, tudo. (E4)

Por fim, a entrevistada ressalta a mobilização da população, a conjunção de forças para se encontrar uma saída coletiva para as questões, mesmo que inicialmente sejam individuais. Relata também que a mobilização da população, além de visar melhores condições de reprodução social, também aproximou moradores que nunca tinham vindo à USF e com isso podem utilizar o espaço da instituição, mesmo que não necessitem de consulta. Ao aproximar os moradores dos trabalhadores da Unidade, o vínculo estabelecido foi demonstrado na preocupação de que o envolvimento de trabalhadores com movimentos sociais poderia trazer prejuízos a eles, como mostram, respectivamente, os depoimentos abaixo (E4.1, E4.2).

(...) A gente acha assim, que essa participação do usuário ela ajuda as pessoas a encontrarem uma saída um pouco mais coletiva para as questões que são comuns, mas que a gente trata como questões individuais. A própria participação é vista assim, individualmente as pessoas não querem participar, a gente sabe que a vontade de participação ela envolve mais que uma vontade individual das pessoas de participar ou não. Ela passa por isso também, mas não é só isso. E a gente acha que essa participação das pessoas, se organizar, se articular e se fortalecer, a gente acha que isso pode fazer com que as condições de vida, as condições de trabalho dessas pessoas melhorem e a gente acha que isso vai mudar o perfil de saúde doença das pessoas. Não é uma relação imediata, não é uma coisa tão fácil de mensurar, como quando a gente dá um remédio para as pessoas, mas a gente acha que a médio e a longo prazo pode fazer bastante diferença, até pela própria socialização que tem

nesse processo, pelo próprio encontro que as pessoas tem e pela própria solidariedade que pode se criar naquele grupo, mas também por questões objetivas do que as pessoas conseguem. Então a história aqui do bairro é que tudo foi conseguido com mobilização. Então, o asfalto, a luz, as escolas, essa UBS, tudo que tem aqui no bairro foi uma luta dos moradores. E a gente sabe como isso faz diferença, ter uma creche ou não ter... a gente sabe que isso muda... uma das coisas que tem também, além do córrego, é o transporte que está péssimo... (...), quem tem que sair daqui de manhã e voltar à noite do trabalho para cá, a pessoa além de esperar muito tempo no ponto ela vai com o ônibus lotado. Existem vários casos de acidentes de pessoas que aconteceu dentro do ônibus. A gente teve até um caso bem grave, que o ônibus deu uma freada brusca e que a pessoa chegou a ter uma paralisia mesmo, como sequela disso. A gente acha que se isso melhorasse, isso que tem gente que chama de qualidade de vida, isso faria muita diferença na vida dessas famílias, apesar de não mudar pessoalmente a vida delas, mas a gente acha que faria uma diferença, sim, elas terem mais tempo para a vida pessoal, em vez de estarem no transporte, de ir e voltar tão cansadas por conta das condições de transporte que a gente tem, né? (E4.1)

(...) [Os usuários] esperam melhorar as condições do bairro mesmo. Então, que nem, tem uma senhora que mora aqui há quase 40 anos, que o bairro tem mais ou menos isso... (...) [e] ela diz – olha, o bairro está razoável -, porque ela morou em um tempo que as coisas eram muito piores, - mas a gente ainda tem muito que melhorar -, então as pessoas esperam isso, esperam ter conquistas para melhorar o bairro. A mobilização no Boa Vista já foi muito maior, mas eu acho que é um contexto meio geral, de esvaziamento e tal, mas mesmo assim a gente tem as atas aqui, que ficam aqui as listas de presença, e toda semana tem gente na reunião. Tem semana que tem 30, tem semana que tem 6... mas toda semana tem lá um grupo que está reunido. Então, a gente acha que isso (...) fortalece um pouco as pessoas, que elas sabem que tem uma certa mobilização e que pode ter algum caminho, alguma via e tal; e a gente acha que isso ajuda, né? Porque elas tem a perspectiva de alguma

mudança, porque quando não se tem mobilização nenhuma, nem isso se tem assim. (...) Então, tem gente que a gente só conhece por conta dessas mobilizações, são pessoas que nem frequentam a UBS, (...) porque como ainda a UBS está relacionada a doenças, as pessoas que não tem nenhuma doença, [então] nem frequentam a UBS e a gente conhece elas nesses espaços. (...) Mas a relação, acho, que é outra mesmo, eles entendem, eles reconhecem muito, [nós] como trabalhadores que estão contribuindo... eles até agradecem bastante assim – ah, obrigada por vocês estarem aqui, cederem o espaço. E eles se preocupam muito com a gente, então, se a gente tenta fazer alguma manifestação – não, vocês não podem ir, porque vocês podem ser demitidos – então eles tentam até proteger a gente, por entenderem que a gente é um equipamento que faz diferença aqui no bairro. Até uma das vantagens do PSF é que ele vai conseguindo aglutinar muitas informações, então a gente vai nas casas, conhece... o número de deficientes físicos que tem no bairro. (E4.2)

6. DISCUSSÃO

6 DISCUSSÃO

Após o fim do Regime Militar, o Brasil avançou de fato em sua luta pela democracia e pela cidadania, acompanhando o movimento de redemocratização na América Latina (Santos, Bastos, 2011).

Para responder a mobilização da sociedade civil houve a promulgação da Constituição Federal de 1988, que assegurou diversos direitos e garantias fundamentais (Santos, Bastos, 2011), dentre eles o da saúde, com a criação do SUS, que tem como um de seus princípios fundamentais a participação social.

Diante disso, a saúde passou a emergir como uma questão de cidadania, e a participação na gestão do sistema se tornou uma condição indispensável para o seu exercício (Cotta et al., 2011).

Dessa forma, Soratto, Witt, Faria (2010), afirmam o desafio enfrentado pelo SUS, por ser uma política de saúde contra hegemônica, já que é um sistema que se ancora na perspectiva política e na democracia, que possui um de seus princípios baseado na participação social.

A participação foi assegurada no plano jurídico, portanto, após ser sancionada a lei 8.142, que “dispõe sobre a participação da comunidade na gestão do SUS”. Nessa lei, a participação foi juridicamente garantida a partir da definição de instâncias colegiadas: a Conferência de Saúde e o Conselho de Saúde, em cada esfera de governo (Brasil, 1990b).

Ou seja, a Constituição Federal ao adotar a cidadania como seu princípio geral, previu instrumentos concretos para seu exercício, as instâncias colegiadas e outras leis (Gohn, 2003).

Nas Conferências de saúde, a participação dos diversos segmentos sociais foi assegurada de forma representativa, e aos seus representantes foram atribuídas as funções de avaliar a situação de saúde e propor diretrizes para a formulação da política de saúde (Brasil, 1990b).

Já no Conselho de saúde esses representantes tiveram a participação definida, em caráter permanente, devendo atuar na formulação de estratégias e no controle da execução da política de saúde (Brasil, 1990b).

Para os Conselhos e Conferências, a representação foi definida de forma paritária e tripartite, sendo que a representação dos usuários definida como a metade de todos representantes. Foi garantido também que essas Conferências e Conselhos tivessem sua organização e normas definidas por regimento próprio (Brasil, 1990b).

Assim, os Conselhos, como afirma Gohn (2003), foram instituídos como espaços para o exercício da cidadania e instrumento que, em tese, possibilita a reordenação das políticas públicas brasileiras guiada pela lógica da democracia participativa.

Ainda, para garantir a criação dos Conselhos, ficou estabelecida por lei a obrigatoriedade dessas instâncias para o repasse de recursos financeiros, da esfera federal para a municipal (Brasil, 1990b), o que justifica a criação da maioria dos Conselhos gestores na saúde.

Para Cotta et al. (2011), os Conselhos de saúde foram uma inovação política, institucional e cultural para a consolidação do SUS, já que a participação, que nominam como “controle social”⁹, se coloca como condição e instrumento indispensável para a construção do direito à saúde em uma sociedade democrática.

Para Soratto, Witt, Faria (2010) a participação nos Conselhos ampliou ainda mais a descentralização das decisões e a população pode acompanhar, avaliar e indicar prioridades para as ações de saúde a serem executadas pelos serviços de saúde. Nessa direção, Arantes, Mesquita, Machado, Ogata (2007), ao estudarem as práticas de enfermeiras na AB, ligadas ao Conselho gestor, constataram que a criação desses Conselhos aproximou, tanto os trabalhadores quanto os usuários, da participação social na AB.

---

⁹ Foram encontrados diversos autores (Arantes, Mesquita, Machado, Ogata, 2007; Cotta et al., 2011; Soratto, Witt, Faria, 2010) que utilizam controle social em equivalência ao conceito de participação social. Nesse estudo considerou-se que é através da participação social que se modifica a realidade, e que a mobilização social é o eixo fundante dessa categoria analítica.

Sem dúvida, os Conselhos significaram uma conquista da sociedade civil em busca da construção de uma perspectiva mais democrática em saúde, que possibilita a reconfiguração do espaço público (Shimizu, Pereira, 2009), já que os Conselhos funcionam como instrumentos potenciais de cobrança e de transparência nas decisões e ações do poder público. A partir dessa participação via Conselhos, as demandas da sociedade podem ganhar expressão, forçando um posicionamento das instituições mesmo que não cheguem à agenda do poder público (Guizard, Pereira, 2006).

Santos, Bastos (2011:272) acreditam que com a institucionalização da participação se efetivou a ideia do “fazer com os usuários” em contrapartida a ideia do “fazer pelos usuários”.

Neste estudo, depoimentos de enfermeiras da USF Jardim Boa Vista relatam que o Conselho gestor apoia decisões importantes da Unidade, numa demonstração de que o Conselho, por meio dos representantes dos moradores, atuam com os trabalhadores em questões da USF.

Por um lado o Conselho apoia questões relativas à USF, e por outro lado também os representantes dos moradores levam aspectos relacionados a condições de reprodução social, a exemplo da reivindicação de transporte público e construção de passarelas para garantir a segurança de pedestres, que embora aparentemente não sejam demandas para a USF, constituem parte das necessidades de saúde e foram acolhidas pelo Conselho.

Dessa forma, o Conselho gestor dessa USF possibilita a reflexão e compreensão da concepção de processo saúde-doença ampliado, o que favorece a mobilização da população para reivindicar juntos melhorias das condições de reprodução social.

No entanto, a institucionalização não garante a participação efetiva (Soratto, Witt, Faria, 2010), nem mesmo com a presença quantitativamente maior da representação dos moradores assegurada juridicamente (Guizard, Pinheiro, 2006).

A intenção de institucionalizar espaços para a participação atrelados ao serviço de saúde limita a participação de forma ampla, uma vez que a compreensão do processo saúde doença fica reduzida à concepção da história natural da doença ou, na melhor das hipóteses, à concepção multicausal do processo saúde-doença que toma os aspectos

sociais como mais um fator causal do processo, pois as práticas hegemonicamente desenvolvidas nos serviços de saúde, mesmo na Atenção Básica, são pautadas nos saberes da clínica médica e voltadas a aspectos disfuncionais do corpo biopsíquico e fenômenos característicos de fases do ciclo vital, como se fosse, segundo Soratto, Witt, Faria (2010:1230), “possível separar o corpo físico do corpo social, o ser humano com sua cultura, suas crenças e valores e sua história”.

Ao reduzir a concepção do processo saúde-doença, a participação no Conselho fica reduzida a reivindicações associadas ao consumo de serviços.

No Jardim Boa Vista, enfermeira que participou de gestão anterior do Conselho, destacou a importância dessa instância como espaço para a participação da população, relatou que é utilizado para legitimação e validação de demandas do serviço e da população, mas que também era utilizado por alguns membros como um instrumento para adquirir vantagens e favorecimentos, levar queixas pontuais em relação ao serviço, geralmente relacionadas à consulta médica.

Mesmo a Unidade sendo um serviço que tem práticas que tomam como finalidade a mobilização da população, observou-se que a participação no Conselho gestor reproduz em alguns aspectos a lógica de mercado enraizada socialmente, reproduzindo no Conselho a postura de consumidor.

No entanto, a enfermeira entrevistada fez crítica a essa postura dos representantes de moradores. Na mesma linha, a gerente da USF acolheu as queixas, mas não se restringiu a responder a fim de conter a pressão da população. Propôs o encaminhamento aos espaços competentes, como por exemplo, a própria USF, resguardando o espaço da reunião do Conselho para encaminhamentos das reivindicações do coletivo de moradores.

Essa postura da gerente possibilitou manter a finalidade de mobilizar a participação social no Conselho, em oposição a experiências relatadas em estudos empíricos, que atestam a limitação desses espaços para o exercício de participação social, uma vez que não são utilizados como meios de mobilização coletiva e luta.

Na exemplaridade de enfermeiras trabalhadoras da AB, estudo de Arantes, Mesquita, Machado, Ogata (2007), evidenciou que essas trabalhadoras acreditavam que

convidar a população a participar e divulgar as reuniões do Conselho gestor e tomar conhecimento do registro de queixas de usuários deixadas em “caixinha de sugestões” eram ações que promoviam a participação social.

Parece que estimular a população a frequentar reuniões do Conselho gestor na saúde é tomado por essas enfermeiras como a ação que aprimora a participação social. Essa associação reflete a concepção de participação social orientada pelas políticas públicas de saúde, ou seja, os espaços institucionalizados são identificados como os únicos meios onde a participação social pode ser exercida. Considerações feitas no estudo de Arantes, Mesquita, Machado, Ogata (2007) reiteram essa concepção quando as autoras sugeriram que para ampliar a participação social deve-se recorrer a Conferências e Conselhos de saúde de outras esferas governamentais, que apenas ampliam a abrangência de atuação, mas continuam sendo espaços institucionalizados.

Já em relação à leitura das queixas dos usuários do serviço como ação que incentiva a participação social parece estar associada à ideia de que o usuário ao verbalizar individualmente seu descontentamento com aspectos do atendimento esta exercitando a participação. Essa estratégia que visa estimular o usuário a “depositar” anonimamente sua opinião, segundo Soratto, Witt, Faria (2010) induz os usuários a associarem o conceito de participação ao poder fiscalizatório individual para sanar problemas próprios, que não representam necessariamente os do coletivo.

Essas práticas que reforçam no usuário essa ideia de atendimento a queixas individuais tem sido sugeridas como estímulo à participação, ou ao “controle social”. Santos, Bastos (2011), citaram trabalhos que consideram que Conselhos, Conferências, Disque Saúde, caixas de queixas e sugestões, ouvidorias, PROCON¹⁰, são espaços que promovem igualmente o “controle social”, portanto, supostamente fundados na mesma concepção de participação.

Ou seja, a partir dessa ideia consideram que os Conselhos e Conferências tem a mesma lógica que rege a Fundação de Proteção e Defesa do Consumidor (PROCON),

---

¹⁰ A Fundação Procon-SP é o ente público pioneiro na defesa do consumidor do Brasil que assegura o respeito na proteção dos direitos do cidadão. Visa o equilíbrio e harmonização das relações de consumo, e busca, inclusive por meio dos serviços oferecidos pela instituição, a melhoria da qualidade de vida da população e facilitar o exercício da cidadania. Disponível em: <http://www.procon.sp.gov.br/categoria.asp?id=206>

ou seja, a que protege o consumidor visando “o equilíbrio e harmonização das relações de consumo”.

Essa prática reproduz nos serviços públicos de saúde a lógica de mercado que trata o usuário como consumidor de produtos gerados nos serviços de saúde e ameaça o avanço da democratização do Estado, uma vez que segundo Silva, Egydio, Souza (1999:38) consumidor é “aquele que se submete às regras de mercado, em relações sociais despolitizadas, presas à lógica mercantilista e particularista”.

Para Silva, Egydio, Souza (1999:38) o que contrapõe a definição do usuário como consumidor é considerar o usuário como cidadão, “que pode lutar por algo, se mobilizar, se organizar para definir o que quer e como quer as políticas sociais”.

Portanto, para estimular a participação social, a organização das práticas nos serviços de saúde deve tomar como finalidade responder às necessidades de saúde com vistas a garantir o direito à saúde do cidadão, prevista na Constituição Federal.

Ainda, segundo Soratto, Witt, Faria (2010), é fundamental a emergência de um pensamento grupal de resolução de necessidades coletivas junto à organização social para que o exercício da participação social seja efetivado.

Muito da dificuldade de emergência do pensamento coletivo advém desde o processo de escolha dos membros do Conselho. Cotta et al. (2011) observaram que em um município, de pequeno porte do estado de Minas Gerais, havia um desconhecimento dos membros sobre sua função e sobre como devia ocorrer a determinação dos membros que comporiam o Conselho.

Os autores encontraram que, além de não ser respeitada a paridade estabelecida em lei, no processo de nomeação houve o favorecimento da posse de pessoas que eram tidas como aliados políticos ou de confiança dos gestores locais, e quase a metade dos membros do Conselho entrevistados disseram que apenas foram nomeados, mas não sabiam o real motivo de seus nomes terem sido indicados, dessa forma nem frequentavam as reuniões. Com isso, alguns conselheiros entendiam que o Estado tutelava quais eram os membros representativos da população, o que era entendido como uma resistência do Executivo ao compartilhamento de poder (Cotta et al., 2011).

Ainda, Cotta et al. (2011) viram que muitos membros desse Conselho tinham, além do vínculo empregatício com a prefeitura, um grande envolvimento político-partidário; o que pode ser associado ao medo relatado de se prejudicarem posteriormente caso se posicionassem contra os membros do Executivo.

Dessa forma, com essa configuração, a representatividade no Conselho pode apenas reproduzir o jogo político local. Com isso, ocorre uma verdadeira despolitização dos âmbitos do exercício da participação social nessa instância e na formulação de políticas essencialmente sociais, como o caso das políticas de saúde (Cotta et al., 2011).

Sendo assim, Shimizu, Pereira (2009) afirmam que se exige, portanto, uma atuação firme dos conselheiros para que evite o uso político desse espaço.

Outro entrave apontado em estudos, imposto pela conformação ‘vigiada’ do grupo de conselheiros, é que estes podem se configurar como um grupo diferenciado da maioria dos usuários do SUS, o que acaba dificultando a identificação entre representantes e representados (Cotta et al., 2011). Além dessa baixa interação entre os representantes e representados, Shimizu, Pereira (2009) apontam a postura dos próprios conselheiros de manterem os assuntos discutidos no âmbito interno do Conselho.

Soratto, Witt, Faria (2010) alertam que há a necessidade de se ter um sincronismo com todos os atores envolvidos nas questões que tangem a luta pela conquista do direito a saúde, assim sendo, é primordial que a luta faça sentido para todos os sujeitos.

Pois com essa falta de mecanismos de interação dos conselheiros com a entidade representada, tem sido dificultada a criação de locais para a construção de consensos das prioridades em saúde em nível local (Shimizu, Pereira, 2009), criando o obstáculo para a emergência do pensamento grupal e a efetivação da participação social (Cotta et al., 2011).

Gohn (2003), apesar de falar dos Conselhos de uma forma geral, não especificamente na área da saúde, fala que essa questão da representatividade e a questão da paridade, que não se é respeitada como visto anteriormente, constituem problemas cruciais, e essas questões devem ser melhor definidas nos Conselhos

gestores, pois decorrem da não-existência de critérios que garantam uma efetiva igualdade de condições entre os participantes.

Neste estudo, foi observado que na USF Jardim Boa Vista, talvez devido a uma herança histórica de mobilização e concretização da participação social no bairro, existe a preocupação em relação à representatividade da população no Conselho gestor da Unidade.

Os representantes são nomeados após ser realizada eleição, com votação em urna, a votação é realizada aos finais de semana para possibilitar maior participação dos moradores, inclusive dos que trabalham, e o espaço onde é realizada a votação é cedido pela USF.

Em visita a USF ouviu-se que inclusive na última eleição do Conselho gestor, houve mais candidatos que o número de vagas disponíveis para conselheiros representantes da população, os candidatos pertenciam a movimentos sociais do bairro (frequentavam as reuniões de mobilização em torno das questões do córrego), e esses candidatos chegaram a fazer campanha no bairro para sua eleição.

Portanto, vale destacar tamanha importância demonstrada pelos moradores para a garantia de sua representatividade; bem como o trabalho por parte da USF para garantir que seja realizado esse exercício da democracia.

Esse exercício democrático da USF é um fator que diferencia essa Unidade de diversos relatos de pesquisas. Autores (Silva, Cruz, Melo, 2007; Soratto, Witt, Faria, 2010) afirmaram que mesmo com todo o aparato legal, percebe-se que existe um entrave para a participação da população, devido à resistência dos burocratas. Isso se dá porque possibilitar a participação no interior dos serviços de saúde implica em compartilhar saberes e poderes, uma vez que o armazenamento de informação, sem o devido compartilhamento gera acúmulo de poder.

Ainda, existe a negação do saber popular pelo saber técnico-científico levando os sujeitos a não questionar. Em tais circunstâncias, toda e qualquer forma de conhecimento dos sujeitos usuários do SUS é menosprezada, assim apenas tem validade o que está posto, a técnica, o científico (Guizard, Pinheiro, 2006; Soratto, Witt, Faria, 2010).

As colocações acima foram corroboradas nos achados de pesquisa empírica em que os membros de um Conselho municipal, que não eram representantes do governo, acreditavam que suas colocações pareciam não ser pertinentes e respeitadas pelos demais membros (Cotta et al., 2011).

Além disso, em pesquisa de Shimizu, Pereira (2009), os conselheiros, da Região Integrada do Distrito Federal e Entorno, relataram que eram implementados mecanismos de isolamento, por parte de prefeituras e secretarias municipais, dos conselheiros considerados como os mais críticos em relação à forma de condução da gestão.

Campos (2004:172), mesmo não tratando exclusivamente de conselheiros, também constatou em pesquisa empírica que os moradores que iam a um serviço de Atenção Básica para realizar questionamentos, eram denominados “agitadores do pedaço” ou “folgados [que precisavam] de corretivo”.

Nesta mesma linha, Guizard, Pereira (2006) ao estudarem a experiência de inserção de um movimento popular no espaço institucional dos Conselhos, reiteraram e confirmaram as limitações descritas. No estudo, foi constatada uma relação assimétrica de poder, pois havia a apropriação dos Conselhos pelo poder executivo, e a legitimidade da argumentação técnico-científica impunha o silêncio às experiências populares e inibia o posicionamento de seus representantes, o que para os autores, limitava a elaboração comum de políticas públicas.

Ao impor essas limitações, em pesquisa os conselheiros viam essa instância como um espaço burocratizado, que lentificava as mudanças (Arantes, Mesquita, Machado, Ogata, 2007; Cotta et al., 2011; Guizard, Pinheiro, 2006), que funcionava como um instrumento de repasse de informações sobre a situação de saúde local, que era utilizado como uma exigência legal para a homologação de decisões pré-definidas pelo Executivo, ou seja, pelos técnicos (Cotta et al., 2011), assim os membros do Conselho acreditavam que sua atuação se limitava a legitimar as decisões tomadas a priori pelos gestores local (Arantes, Mesquita, Machado, Ogata, 2007; Cotta et al., 2011; Guizard, Pinheiro, 2006; Cotta et al. 2011).

Dessa forma, pode-se assim afirmar que os trabalhadores que possuem o conhecimento formal se ‘escondem’ atrás da técnica e desvalorizam as falas dos representantes da população, tanto que na pesquisa de Santos, Bastos (2011) os usuários sentiam que o desconhecimento da técnica era o que de fato limitava sua expressividade.

Assim vimos que vários são os fatores que estão em jogo para a efetivação da participação social, tanto por parte da população, dos trabalhadores ou como da gestão (Soratto, Witt, Faria, 2010).

Portanto, Gohn (2003:89) alerta que

os Conselhos têm sido apenas uma realidade jurídico-formal, e muitas vezes um instrumento a mais nas mãos dos prefeitos e das elites, falando em nome da comunidade, como seus representantes oficiais, não atendendo minimamente aos objetivos de se tornarem mecanismos de controle e fiscalização dos negócios públicos.

Ainda segundo a autora, “é preciso que se reafirme em todas as instâncias o caráter essencialmente deliberativo dos Conselhos, porque a opinião apenas não basta” (Gohn, 2003:88).

Essa limitação não deveria acontecer, visto que deveria haver a valorização do conhecimento da população, já que a finalidade é que nos espaços dos Conselhos se efetive o princípio da participação social, e a participação não se faz apenas através do conhecimento formal.

Neste trabalho, em observação participante, percebeu-se primeiramente a preocupação para que o espaço do Conselho seja um espaço resolutivo, na medida em que foi observado o registro das atas das reuniões para leitura em reuniões posteriores, o que permite o acompanhamento processual das reivindicações da população em pauta, com vistas à resolução dos problemas ou a identificação de pontos não trabalhados que posteriormente irão receber a atenção do Conselho.

Ainda, se percebeu a valorização dos representantes da população, já que foi observado a presença de morador na reunião do Conselho e a valorização da sua fala, na medida em que foi afirmado por trabalhador da USF que sua presença era muito

importante para discussão e definição de quais seriam as demandas dos moradores a serem levadas aos órgãos centrais.

Outro conselheiro, também representante dos trabalhadores, pediu que houvesse a divulgação e informação para a população da função e a importância desse espaço não para o embate entre a população e o serviço, mas sim para a mobilização da população e a conjunção de forças do Conselho com os movimentos sociais do bairro a fim de reivindicar a melhoria do bairro.

Dessa forma, observou-se que, mesmo que incipiente, a população reconhece o Conselho como espaço legítimo de união de forças e apoio a mobilização de moradores, uma vez que vieram a recorrer ao Conselho gestor que apoiasse as reivindicações dos moradores para que suas solicitações tivessem “mais peso” quando chegassem à subprefeitura. Dessa maneira os membros do Conselho se uniram e assinaram uma carta feita por moradores da área de abrangência da USF para que a reivindicação da população fosse levada adiante à subprefeitura.

Assim, resultados de estudo empírico (Shimizu, Pereira, 2009) mostraram que para os conselheiros é imprescindível que a população traga suas necessidades de saúde ao Conselho, pois este é o espaço para pactuação das necessidades da população junto ao Estado. Para isso os gestores precisam ouvir, discutir e articular as demandas da população ao planejamento em saúde.

Para Soratto, Witt, Faria (2010), esse processo é viável por meio da participação popular, juntamente a uma política de informação que não seja mera transmissora, nem vinculada aos espaços institucionalizados municipais e locais de saúde, mas uma educação capaz de problematizar, argumentar e formar opinião.

Outros estudos empíricos abordam a necessidade de ampliação dos espaços de participação. No entanto, os espaços de participação abordados estão associados e restritos aos Conselhos e a possibilidade de ampliação é por meio da oferta de informação. Informação na forma de transmissão de conhecimentos. Essa concepção parte do princípio de que a transmissão será feita pelos técnicos (quem detém o conhecimento) para a população (quem precisa da informação).

O próprio Ministério da Saúde implementou nacionalmente um projeto para a capacitação de conselheiros estaduais e municipais de saúde, com

o objetivo de contribuir para o cumprimento do seu papel na formulação de estratégias e diretrizes e no controle da execução das políticas e de deliberações acatadas pelo gestor. Enfim, no “controle social” do SUS (Brasil, 2003:7).

Cotta et al. (2011); Guizard, Pinheiro (2006) defendem a realização de capacitações, por meio de educação participativa, com a finalidade do repasse de informações essenciais sobre as leis que regem o SUS e os conteúdos que os conselheiros precisam dominar para o exercício pleno de suas atribuições.

Para Santos, Bastos (2011) é necessária a compreensão sobre o serviço de saúde enquanto direito social e obrigação do Estado. Já para Arantes, Mesquita, Machado, Ogata (2007) as ações deveriam ser voltadas para a orientação e esclarecimento sobre o funcionamento e o papel dos Conselhos gestores locais de saúde.

Essa concepção de educação como transmissão de informação é reproduzida pelos representantes da população. Em Cotta et al. (2011) esses representantes referiram que a melhor estratégia para o fortalecimento da participação social, seria divulgar e convidar a população para participar das atividades do Conselho, e adotar práticas para informar a população de seus direitos e deveres como cidadãos.

Estudo mostrou que conselheiros solicitavam capacitação técnica para compreender a linguagem demasiadamente técnica da gestão, para facilitar a participação no Conselho (Shimizu, Pereira, 2009). Ao invés de reivindicarem a comunicação horizontalizada, que produzisse uma compreensão comum entre os interlocutores, ou seja, dialógica, pois é essa perspectiva que possibilita que não seja imposta aos usuários, que são os detentores das necessidades, a imposição ideológica dos gestores.

Em suma, processos educativos participativos poderiam ser utilizados para capacitação dos diferentes segmentos envolvidos, com vistas a fortalecer a participação na saúde, e a enfermeira, capacitada e atualizada nesta área, poderia ter um importante

papel no desenvolvimento de ações de promoção da participação na atenção básica (Arantes, Mesquita, Machado, Ogata, 2007).

Portanto, Soratto, Witt, Faria, (2010) concluíram que a participação em saúde só é efetivada quando existe uma população participativa e organizada, que luta pelo cumprimento dos seus direitos e atua nos processos de transformações sociais.

Nessa perspectiva, em estudo de Arantes, Mesquita, Machado, Ogata (2007), várias enfermeiras apontaram como possibilidade, a utilização dos grupos de educação em saúde para instrumentalizar a participação. As autoras reafirmaram que os grupos educativos desenvolvidos nas UBS deveriam ser aproveitados como espaço de reflexão da participação social na saúde, propiciando que fossem além de grupos meramente informativos ou de orientação para o auto-cuidado, a um modelo de educação voltado ao exercício da cidadania.

Nessa perspectiva, na USF Jardim Boa Vista foi relatada a utilização de espaços reservados às práticas programáticas que foram utilizados como espaços para favorecer a instrumentalização dos moradores para a participação.

Em concordância com a opinião das enfermeiras entrevistadas no estudo de Arantes, Mesquita, Machado, Ogata (2007), na USF Jardim Boa Vista, houve a descrição da utilização da prática de grupos como uma prática para exercitar a reflexão dos usuários, e que levou ao pensamento crítico dos usuários inclusive em relação às suas condições de reprodução social. Já que esses usuários, após o processo reflexivo encaminhavam a realização do grupo, decidiam os conteúdos que seriam discutidos, sempre relacionados ao que eles reconheciam como necessário ao aprimoramento de suas necessidades de saúde e chegaram a discutir questões relativas ao bairro.

A partir desse exemplo, pode-se dizer inclusive que a percepção dos usuários em relação ao papel do serviço de saúde sofreu uma transformação, exemplificado pelo fato de os usuários se sentirem afrontados quando um trabalhador da USF tentou utilizar o espaço do grupo para repassar informações sobre uma patologia específica.

Dessa forma, podemos dizer que é através da educação que se promove a reflexão e se chega à mobilização. Segundo Trapé, Soares (2007), a educação, na medida em que contesta os padrões que definem o que “se deve fazer para se ter saúde”,

extrapolando o caráter biomédico da saúde, fundamentam ações de transformação da realidade de saúde. Já que a educação se manifesta como “componente superestrutural capaz de instrumentalizar a classe subalterna para a compreensão dos determinantes do processo saúde-doença”.

Enfim, se faz necessário

um projeto estruturado e capaz, tanto de aglutinar forças potencialmente excluídas do poder, como de estar aberto a novas estruturas, através da dinâmica decorrente da incorporação de novos segmentos sociais e do embate com o modelo conservador (Silva, Egydio, Souza, 1999:42).

Para dessa forma romper “uma prática e uma cultura institucionalizada que sempre pautou-se pela produção de excluídos” (Silva, Egydio, Souza, 1999:37).

Apesar do avanço da institucionalização de direitos sociais no Brasil, dentre eles o da área da saúde, que contemplam o da participação, ainda é a maioria da população que vive numa situação de doação de cidadania pelo Estado, que estipula o que melhor lhe convém (Cotta et al., 2011).

Vale destacar que é necessária a compreensão de que a participação popular é um processo que se constrói diante da magnitude de criação de uma nova cultura política democrática, em oposição a cultura de exclusão criada historicamente pelas elites dominantes em todo o país (Cotta et al., 2011).

Assim, ressalta-se que, para a mudança dessa realidade, é essencial a acumulação de experiências bem sucedidas de união e cooperação entre os cidadãos e o Estado, que reforcem condutas de confiança recíproca, visando à construção de um bem verdadeiramente comum (Cotta et al., 2011).

Contudo, Soratto, Witt, Faria (2010) afirmaram que nos serviços de saúde há uma grande dificuldade entre os trabalhadores no sentido de mobilizar e incentivar a população, para juntos pensarem e construírem a saúde.

Existe a dificuldade de implementação de práticas democráticas relacionadas à inconsistência de uma cultura política democrática e à persistência de uma tradição autoritária, que encontra-se presente na realidade nacional (Silva, Cruz, Melo, 2007),

herança das características de lutas e movimentos sociais no Brasil, desde suas primeiras manifestações, que segundo Gohn (2011) data de 1801, a Luta Sete Povos das Missões, para conquista de terras.

Segundo Gohn (2011:18), as lutas no Brasil aconteciam em decorrência de conflitos que envolviam os interesses das zonas rurais e urbanas, respectivamente regiões de produção e de comércio, ou seja, estavam “diretamente relacionadas com os elementos fundamentais do país, ou seja, o sistema produtivo e o sistema do poder e controle político”.

Ainda, segundo a autora, eram lutas localizadas, em núcleos de resistência, normalmente direcionados a questões específicas que não se configuravam como questões de maior abrangência (guerra dos farrapos, movimento de classes operárias, entre outros). Nessa mesma linha surgiu o movimento da reforma sanitária, ou seja, surgiu um movimento na área da saúde (Gohn, 2011).

O princípio da participação no SUS, quando proposto pelo Movimento da Reforma Sanitária, previa mobilização com vistas à efetiva atuação da população em espaços decisórios.

No entanto, a política contemporânea promoveu a ressignificação da mobilização, que esta no centro do conceito de participação social. A mobilização passou de união de pessoas agindo com objetivo comum de obter resultados desejados por todos, a movimento esvaziado de conteúdo político, expresso em processos para atingir resultados (Gohn, 2003).

Nessa conjuntura, foi legitimado o “SUS de fato”, determinado por políticas econômicas (Paim, 2002). Portanto, as políticas públicas de saúde, que operacionalizaram as diretrizes do Sistema, refletiram os princípios desse SUS que, refém de políticas econômicas centradas na lógica neoliberal, substituiu intencionalmente o princípio de igualdade pelo de equidade. Ainda que o sistema tivesse como princípio a participação social, essa estratégia, que comprometeu o princípio da universalidade ao viabilizar políticas sociais focalizadas na população pobre, não foi decidida contando com a participação social.

Num contexto de

políticas focalizadas, muitas vezes manipulatórias ou compensatórias, participar de fóruns, espaços e canais de intermediação dos processos de parceria entre o governo e a população tem o significado atual de participar de lutas de resistência (Gohn, 2003:65).

Dessa maneira, fica evidente que nas políticas públicas de saúde a participação social é reconhecida, desde que esteja restrita a espaços ‘formais’ institucionalizados – Conselhos e Conferências de saúde. Essa institucionalização cooptou a mobilização, que é central na concepção de participação social, propondo a garantia de assento de alguns moradores no Conselho como sinônimo de participação representativa do coletivo de moradores da área de abrangência da USF.

Questiona-se que essa participação institucionalizada seja de fato representativa, uma vez que não são previstas fora do espaço institucional instâncias que viabilizem a discussão das necessidades de saúde pelos moradores e que permitam a definição das necessidades a serem levadas ao Conselho, pelos seus representantes.

Essa concepção de participação é a que tem sido reproduzida, preponderantemente, nas práticas de saúde. Ainda, os trabalhadores que estão diretamente comprometidos com a efetivação desse princípio excluem a possibilidade dessa construção ser feita em conjunto com a população, por associarem e reproduzirem essa ideia de que é somente nesses espaços institucionalizados que a participação social se efetiva.

Diferentemente dessa concepção, como foi descrito anteriormente neste trabalho, no Jardim Boa Vista, existe uma história de reivindicações da população e dos movimentos sociais do bairro. Desde seu início as conquistas se deram, preponderantemente, através de mobilizações desses grupos.

Os resultados deste estudo mostraram que há práticas de enfermeiras da USF Jardim Boa Vista que tem possibilitado a mobilização de moradores, com vistas ao aprimoramento de necessidades de saúde, como por exemplo, estimular a mobilização e efetivar a participação da população, tanto por meio dos espaços instituídos pela legislação (Conselhos), como por meio de outras instâncias de mobilização, que resultaram num movimento social para reivindicar melhorias para o bairro, ou seja, respostas a necessidades de reprodução social.

Essa experiência no Jardim Boa Vista explicitou que a articulação entre o movimento da população e o Estado – nesse caso representado pela USF – viabilizou melhorias, ainda que restritas a algumas partes do bairro. Nessa articulação a população verbalizou suas necessidades e reivindicou do Estado respostas, e o Estado é quem tem instrumento – as políticas públicas – para viabilizar respostas a essas necessidades.

Essa colocação vai ao encontro da afirmação de Castells lido por Gohn (2003), para quem há uma interdependência entre os movimentos sociais e o Estado, pois as reformas não ocorrem sem pressões dos movimentos, mas sem a presença do Estado não são operacionalizadas mudanças.

É importante ressaltar que os trabalhadores da USF não limitaram sua mobilização aos espaços institucionalizados. Ou seja, apesar de haver a associação da participação aos espaços institucionalizados, como se a luta se desse somente com a participação nos Conselhos, nessa Unidade há um estímulo à participação através das reuniões com a população, a exemplo a reunião para discutir as questões do Córrego.

Ainda se foi observado em reunião geral o favorecimento a participação social, ao haver o estímulo para que os trabalhadores procurassem participar de Fóruns, associações e outros movimentos sociais que eles sentissem compartilhar os mesmo interesses. Ou seja, estimulou-se que eles procurassem também outros meios de mobilização, fora de espaços formais.

Outra característica importante dessa mobilização é a articulação intersetorial, entre a USF com a Escola, ou com os diversos equipamentos sociais do território (Rede Boa Vista).

Essa mobilização e efetivação da participação social na USF Jardim Boa Vista nos mostra que o caminho a ser seguido seria, portanto, a instrumentalização da população – destaca-se aqui moradores e trabalhadores de equipamentos sociais do território – externa aos espaços institucionalizados, para que essa população se mobilize para garantir o aprimoramento de condições de reprodução social, e as respostas às necessidades de saúde.

Dessa forma, nos Conselhos, a população deve introduzir

um projeto emancipatório no embate de interesses entre a sociedade, projeto esse que deve estar pautado nas necessidades dos diferentes grupos que constituem a sociedade, na perspectiva de mudanças sociais, para fazer resistência ao posicionamento do Estado, que responde às necessidades de reprodução do capital (Campos, 2004:175).

CONSIDERAÇÕES FINAIS

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Conclui-se que o objetivo desse trabalho de apreender características das práticas operacionalizadas na USF Jardim Boa Vista por enfermeiros que tenham a finalidade de promover a participação social foi atendido, bem como sua finalidade de subsidiar as práticas de saúde na AB, principalmente de enfermeiros, para que sejam operacionalizadas como respostas a necessidades de saúde ampliadas.

Em relação ao primeiro objetivo específico de identificar as práticas realizadas por enfermeiros da USF, vimos que foi atendido, na medida em que foram levantadas as práticas realizadas pelas enfermeiras numa semana típica de trabalho na Unidade.

Já em relação ao segundo objetivo, de identificar e analisar as práticas realizadas por enfermeiros que favorecem mobilização social, vimos práticas que trabalham com o indivíduo, mas que instrumentalizam esse indivíduo para o reconhecimento de necessidades ampliadas de saúde, que irão demandar sua junção com outros sujeitos; vimos também outras práticas que mesmo que individuais promovem a mobilização; até práticas que trabalham com o coletivo, as questões que lhe dizem respeito e que ao promover a mobilização da população para reivindicar a melhoria das suas condições de reprodução social, que ao serem atendidas, efetivam a participação social.

Em relação ao último objetivo de analisar as práticas de enfermeiros que efetivam a participação social, viu-se que as práticas coletivas, principalmente as realizadas fora dos espaços institucionalizados, são as que permitem que seja efetivada a participação social.

Ou seja, é, portanto, através da participação social que ocorre a modificação da realidade concreta da sociedade e das condições de reprodução social.

Porém, a via institucionalizada no setor saúde, o Conselho gestor, prevê apenas a participação representativa. No entanto, participação social efetiva-se com a mobilização da população para concentrar esforços para atingir resultados que respondam a necessidades do coletivo.

Para que o Conselho gestor represente uma instância de participação, é fundamental que as reivindicações encaminhadas a esse espaço formal sejam produto da

mobilização de moradores com trabalhadores das instituições sociais do território. Acredita-se que essa é a forma de garantir que as necessidades de saúde dos moradores sejam reconhecidas e possam ser tomadas como objeto, não só dos processos de trabalho da USF, mas também dos processos de participação social.

Nessa perspectiva, destacamos o papel dos enfermeiros¹¹ que atuam na AB, que ao estarem próximos aos elementos que conformam os determinantes sociais do processo saúde-doença têm maior facilidade para fazer o reconhecimento das necessidades de saúde da população, e ao estarem também mais próximos dessa população, são os sujeitos que podem favorecer o fortalecimento e a mobilização desses moradores para que reivindiquem melhorias de suas condições de reprodução social.

A instrumentalização para ajudar no fortalecimento dos sujeitos pode-se dar, desde práticas que promovem a instrumentalização do morador, na perspectiva individual, na medida em que se realiza o exercício da cidadania ao permitir que o sujeito se aproprie do que lhe diz respeito, como o seu projeto terapêutico; até a instrumentalização e fortalecimento da população em espaços coletivos não institucionalizados, como através da realização de reuniões para discutir as condições de reprodução social da população e mobilização para lutar pelo aprimoramento dessas condições.

Nota-se como uma limitação desse estudo que a prática de participação é dependente da dedicação particular de alguns trabalhadores.

Para a mobilização da população é necessário anteriormente a instrumentalização conjunta dos sujeitos, dessa forma, para se desenvolver um trabalho que promova a participação fica-se muitas vezes a depender de sujeitos que tiveram a vivência em processos participativos. Além disso, para se reconhecer necessidades de saúde de forma ampliada, faz-se necessário que o sujeito tenha contato com o arcabouço teórico da Saúde Coletiva e com seu exercício no trabalho cotidiano. Portanto, a participação social não se faz sozinha e essa é uma dificuldade para sua efetivação.

---

¹¹ Pode-se dizer que as afirmativas valem também aos demais trabalhadores da USF.

REFERÊNCIAS

REFERÊNCIAS

Almeida MCP, Rocha SMM. O trabalho de enfermagem. São Paulo: Cortez; 1997.

Althusser L. Sobre a reprodução. Rio de Janeiro: Editora Vozes; 1999.

Arantes CIS, Mesquita CC, Machado MLT, Ogata MN. O controle social no Sistema Único de Saúde: concepções e ações de enfermeiras na Atenção Básica. *Texto & Contexto Enferm.* 2007;16(3):470-8.

Arouca AS. Introdução à crítica do setor saúde. *Nêmesis*, 1:17-24, 1975.

Bornstein VJ, David HMSL, Araújo JWG. Agentes Comunitários de Saúde: a reconstrução do conceito de risco no nível local. *Interface Comun Saúde Educ.* 2010;14(32):93-101.

Brasil. Lei n. 8.080, de 19 de setembro de 1990. Dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências. *Diário Oficial da União*, Brasília; 1990a. Seção 1, p.18055

Brasil. Lei n. 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; 1990b. Seção 1.

Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Políticas de Saúde. Departamento de Atenção Básica. *Cadernos de Atenção Básica. Programa de Saúde da Família. Treinamento introdutório. Caderno 2*, Brasília; 2000.

Brasil. Ministério da Saúde. Conselho nacional de saúde. Diretrizes nacionais para a capacitação de conselheiros de saúde. Série J. Caderno. 1ªed. Brasília; 2003.

Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Vigilância Epidemiológica. *Guia de Vigilância Epidemiológica. 6ªed. Normas e Manuais Técnicos*. Brasília; 2005.

Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Núcleo Técnico da Política Nacional de Humanização. *Acolhimento nas práticas de produção de saúde. 2ªed.* Brasília; 2006.

Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. *Política Nacional de Atenção Básica*. Brasília; 2007.

Brasil. Ministério da Saúde. Portaria n. 4.279, de 30 de dezembro de 2010. Estabelece diretrizes para a organização da Rede de Atenção à Saúde no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). *Diário Oficial da União*, Brasília, 31 dez. 2010. Seção I, p.88-93.

Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Acolhimento à demanda espontânea. Cadernos de Atenção Básica. Brasília, 2011a;28(1).

Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Vigilância Epidemiológica. Tratamento Diretamente Observado (TDO) da tuberculose na Atenção Básica: protocolo de enfermagem. Brasília; 2011b.

Bravo MIS, Menezes JSB. Participação social em saúde. In: Soares CB, Campos CMS. Fundamentos de saúde coletiva e o cuidado de enfermagem. Barueri: Manole; 2013. p. 49-74.

Calipo SM. Saúde, Estado e Ética: NOB/96 e Lei das Organizações Sociais: a privatização da instituição pública na saúde? [dissertação]. São Paulo: Escola de Enfermagem, Universidade de São Paulo; 2002.

Campanha A. Em busca da definição de pautas atuais para o delineamento de estudos sobre condições de vida e saúde. In: Barata RB, organizador. Condições de vida e situação em saúde. Rio de Janeiro: ABRASCO; 1997. p. 115-65.

Campos CM. Necessidades de saúde pela voz da sociedade civil (os moradores) e do Estado (os trabalhadores de saúde) [tese]. São Paulo: Escola de Enfermagem, Universidade de São Paulo; 2004.

Campos CM. Reconhecimento das necessidades de saúde dos adolescentes. In: Borges ALV, organizador, Fujimori E, organizador. Enfermagem e a saúde do adolescente na Atenção Básica. Barueri: Manole; 2009.

Campos CMS, Bataiero MO. Necessidades de saúde: uma análise da produção científica brasileira de 1990 a 2004. Interface 2007;11(23):605-18.

Campos CMS, Mishima SM. Necessidades de saúde pela voz da sociedade civil e do Estado. Cad Saúde Pública. 2005;21(4):1260-8.

Cardoso LS, Cezar-Vaz MR, Costa VZ, Soares JFS, Silva MRS. Percepção da equipe de enfermagem no acompanhamento do processo de trabalho no Programa Saúde da Família. Invest Educ Enferm. 2011;29(3):391-9.

Cohn A. Mudanças econômicas e políticas de saúde no Brasil. In: Laurell AC, organizadora. Estado e políticas sociais no Neoliberalismo. 2ª ed. São Paulo: Cortez; 1997.

Costa RKS, Miranda FAN. O enfermeiro e a Estratégia Saúde da Família: contribuição para a mudança do modelo assistencial. Rev RENE. 2008;9(2):120-8.

Cotta RMM, Martins PC, Batista RS, Franceschini SCC, Priore SE, Mendes FF. O controle social em cena: refletindo sobre a participação popular no contexto dos Conselhos de saúde. Physis (Rio J.). 2011;21(3):1121-37.

- David HMSL, Acioli S. Mudanças na formação e no trabalho de enfermagem: uma perspectiva da educação popular em saúde. *Rev Bras Enferm.* 2010;63(1):127-31.
- Ditterich RG, Gabardo MCL, Moyses SJ. As ferramentas de trabalho com famílias utilizadas pelas Equipes de Saúde da Família de Curitiba, PR. *Saúde Soc.* 2009;18(3):515-524.
- Elias PE, Ferreira CW, Alves MCG, Cohn AKV, Escrivão A Jr et al. Atenção Básica em Saúde: comparação entre PSF e UBS por estrato de exclusão social no município de São Paulo. *Ciênc Saúde Coletiva.* 2006;11(3):633-641.
- Ermel RC, Fracolli LA. O trabalho das enfermeiras no Programa de Saúde da Família em Marília/SP. *Rev Esc Enferm USP.* 2006;40(4):533-9.
- Facchini LA, Piccini RX, Tomasi E, Thumé E, Silveira DS, Siqueira FV et al. Desempenho do PSF no Sul e no Nordeste do Brasil: avaliação institucional e epidemiológica da Atenção Básica à Saúde. *Ciênc Saúde Coletiva.* 2006;11(3):669-681.
- Fernandes MTO, Soares SM, Silva LB. Limitações e possibilidades no desenvolvimento do trabalho com grupos na Estratégia de Saúde da Família. *Rev Min Enferm.* 2008;12(3):335-41.
- Fornazier ML, Siqueira MM. Consulta de enfermagem a pacientes alcoolistas em um programa de assistência ao alcoolismo. *J Brás Psiquiatr.* 2006;55(4):280-287.
- Gil AC. Como elaborar projetos de pesquisa. São Paulo: Atlas; 1991.
- Giovanella L, coordenadora, Escorel S, coordenadora, Mendonça MHM, coordenadora. Estudos de caso sobre implementação da Estratégia Saúde da Família em quatro grandes centros urbanos: relatório de pesquisa [relatório de pesquisa]. Rio de Janeiro: ENSP/DAPS/NUPES; 2009.
- Gohn MG. Conselhos gestores e a participação sociopolítica. 2ªed. São Paulo: Cortez; 2003.
- Gohn MG. Teoria dos movimentos sociais: paradigmas clássicos e contemporâneos. 5ªed. São Paulo: Loyola; 2010.
- Gohn MG. História dos movimentos sociais: a construção da cidadania dos brasileiros. 6ªed. São Paulo: Loyola; 2011.
- Guizardi FL, Pinheiro R. Dilemas culturais, sociais e políticos da participação dos movimentos sociais nos Conselhos de Saúde. *Ciênc Saúde Coletiva.* 2006;11(3):797-805.
- Heimann LS, Mendonça MH. A trajetória da Atenção Básica em Saúde e do Programa de Saúde da Família no SUS: uma busca de identidade. In: Lima NT, organizador, Gerschman S, organizador, Edler FC, organizador, Suárez JM, organizador. *Saúde e Democracia: história e perspectivas do SUS.* Rio de Janeiro: Fiocruz; 2005. p. 481-502.

IBGE. Dados demográficos dos distritos pertencentes às subprefeituras. 2010. Disponível em: http://www.prefeitura.sp.gov.br/cidade/secretarias/subprefeituras/subprefeituras/dados_demograficos/index.php?p=12758.

Jesus MCP, Santos SM, Amaral AMM, Costa DMN, Aguilar KSM. O discurso do enfermeiro sobre a prática educativa no Programa Saúde da Família em Juiz de Fora, Minas Gerais, Brasil. *Rev APS*. 2008;11(1):54-61.

Jonas LT, Rodrigues HC, Resck ZMR. A função gerencial do enfermeiro na Estratégia Saúde da Família: limites e possibilidades. *Rev APS*. 2011;14(1):28-38.

Martins AR, Silveira DS, Siqueira FV, Facchini LA, Piccini RX, Tomasi E, et al. Práticas dos trabalhadores de saúde na comunidade nos modelos de atenção básica do Sul e Nordeste do Brasil. *Cad Saúde Pública*. 2010;26(12):2279-95.

Marx K. O Capital: crítica da economia política. São Paulo: Nova Cultural. 1988

Mendes-Gonçalves RB. Práticas de saúde: processos de trabalho e necessidades. São Paulo: Centro de Formação dos Trabalhadores em Saúde da Secretaria Municipal da Saúde de São Paulo; 1992. (Cadernos CEFOR Série Textos, 1).

Nascimento MS, Nascimento MAA. Prática da enfermeira no Programa de Saúde da Família: a interface da vigilância da saúde versus as ações programáticas em saúde. *Ciênc Saúde Coletiva*. 2005;10(2):333-45.

Ogata MN, Machado MLT, Catoia EA. Saúde da família como estratégia para mudança do modelo de atenção: representações sociais dos usuários. *Rev Eletrônica Enferm* [periódico na internet]. 2009 dez. [citado 2012 Nov 01];11(4):820-9. Disponível em: http://www.fen.ufg.br/fen_revista/v11/n4/sumario.htm.

Oliveira AGB, Ataíde IFC, Silva MA. A invisibilidade dos problemas de saúde mental na Atenção Primária: o trabalho da enfermeira construindo caminhos junto às Equipes de Saúde da Família. *Texto & Contexto Enferm*. 2004;13(4):618-24.

Oliveira RG, Marcon SS. Trabalhar com famílias no Programa de Saúde da Família: a prática do enfermeiro em Maringá-Paraná. *Rev Esc Enferm USP*. 2007;41(1):65-72.

Organização Mundial da Saúde (OMS). The world health report 2008 - Primary health care: now more than ever. 2008.

Paim JS. Saúde política e reforma sanitária. Salvador: centro de estudos e projetos de saúde: Instituto de Saúde Coletiva; 2002.

Paim JS. Desafios para a saúde coletiva no século XXI. Salvador: EDUFBA; 2006.

Peduzzi M. Equipe multiprofissional de saúde: a interface entre trabalho e interação [tese]. Campinas: Faculdade de Ciências Médicas, Universidade Estadual de Campinas; 1999.

- Pereira CMO, Alves M. A participação do enfermeiro na implantação do Programa de Saúde da Família em Belo Horizonte. *Rev Bras Enferm.* 2004;57(3):311-5.
- Rêgo EF. O Programa Saúde da Família na UBS Jardim Boa Vista: um estudo de caso [dissertação]. São Paulo: Faculdade de Saúde Pública, Universidade de São Paulo; 2004.
- Renovato RD, Bagnato MHS. A educação sanitária nos centros de saúde de São Paulo (1925-1930): práticas e sujeitos. *Rev Eletrônica - HERE.* 2011;2:61-72.
- Rocha FCV, Carvalho CMR, Figueiredo MLF, Caldas CP. O cuidado do enfermeiro ao idoso na Estratégia Saúde da Família. *Rev Enferm UERJ.* 2011;19(2):186-91.
- Rocha LP, Cezar-Vaz MR, Cardoso LS, Almeida MCV. Processos grupais na Estratégia Saúde da Família: um estudo a partir da percepção das enfermeiras. *Rev Enferm UERJ.* 2010;18(2):210-5.
- Roecker S, Marcon SS. Educação em saúde: relatos das vivências de enfermeiros com a Estratégia da Saúde Familiar. *Invest Educ Enferm.* 2011;29(3):381-90.
- Rodrigues CRF, Costa RC. Percepção dos usuários acerca das práticas de promoção da saúde, vivenciadas em grupos, em uma Unidade Básica de Saúde da Família. *Rev APS.* 2010;13(4):465-475.
- Rodrigues LCR. Programa Saúde da Família: analisando a prática do enfermeiro [dissertação]. Botucatu: Faculdade de Medicina, Universidade Estadual Paulista Júlio de Mesquita Filho; 2008.
- Salum MJL, Queiroz VM. A determinação social do processo saúde-doença. São Paulo: Departamento de Enfermagem em Saúde Coletiva, Universidade de São Paulo; 1996. /mimeo/.
- Samaja J. A reprodução social e a saúde: elementos metodológicos sobre a questão das relações entre saúde e condições de vida. Salvador: Casa da Qualidade; 2000.
- Santos AL, Rigotto RM. Território e territorialização: incorporando as relações produção, trabalho, ambiente e saúde na Atenção Básica à Saúde. *Trab Educ Saúde.* 2010;8(3):387-406.
- Santos CCS, Bastos RL. Participação social: a construção da democracia na saúde brasileira. *Rev Bras Promoç Saúde.* 2011;24(3):266-73.
- Santos RM, Ribeiro LCC. Percepção do usuário da Estratégia Saúde da Família sobre a função do enfermeiro. *Cogitare Enferm.* 2010;15(4):709-15.
- Santos SMR, Jesus MCP, Amaral AMM, Costa DMN, Arcanjo RAA. A consulta de enfermagem no contexto da Atenção Básica de Saúde, Juiz de Fora, Minas Gerais. *Texto & Contexto Enferm.* 2008;17(1):124-30.
- Santos VC, Soares CB, Campos CMS. A relação trabalho-saúde de enfermeiros do PSF no município de São Paulo. *Rev Esc Enferm USP.* 2007;41(n. esp):777-81.

Santos ZMSA, Oliveira VLM. Consulta de enfermagem ao cliente transplantado cardíaco: impacto das ações educativas em saúde. *Rev Bras Enferm.* 2004;57(6):654-7.

São Paulo (cidade). Secretaria Municipal de Saúde. Protocolo de enfermagem. Atenção à saúde do adulto. São Paulo; 2003a.

São Paulo (cidade). Secretaria Municipal de Saúde. Protocolo de enfermagem. Atenção à saúde da criança. São Paulo; 2003b.

São Paulo (cidade). Secretaria Municipal de Saúde. Protocolo de enfermagem. Atenção à saúde da mulher. São Paulo; 2004a.

São Paulo (cidade). Secretaria Municipal de Saúde. Protocolo de enfermagem. Atenção à saúde do idoso. São Paulo; 2004b.

São Paulo (cidade). Secretaria Municipal de Saúde. Cuidados domiciliares de saúde: guia de apoio. São Paulo; 2007.

São Paulo (cidade). Secretaria Municipal de Educação. Diretoria Regional do Butantã. Escola Municipal de Ensino Fundamental Solano Trindade. Projeto pedagógico 2012: EMEF Solano Trindade, ontem e hoje, em prol da qualidade de vida ambiental para todos [Internet]. São Paulo: Secretaria Municipal de Educação; 2012. [citado 28 nov. 2012]. Disponível em: <http://portalsme.prefeitura.sp.gov.br/Escolas/092771/Documentos/PROJETO%20POLITICO%20PEDAGOGICO%20ANO%20LETIVO%202012/PROJETO%20PEDAGOGICO%202012%20-%20PDF.pdf>.

Schraiber LB. Ciência, trabalho e trabalhador em saúde: contribuições de Ricardo Bruno Mendes Gonçalves para a compreensão da articulação entre saber, prática e recursos humanos. *Divulg Saúde Debate.* 1996;14:7-19.

Shimizu HE, Pereira MF. A burocratização das práticas cotidianas dos Conselhos de saúde: como superar? *Tempus Actas de Saúde Coletiva.* 2009;3(3):56-66.

Shimizu HE, Rosales C. As práticas desenvolvidas no Programa Saúde da Família contribuem para transformar o modelo de atenção à saúde? *Rev Bras Enferm.* 2009;62(3):424-9.

Silva AG Jr. Modelos tecnoassistenciais em saúde: o debate no campo da saúde coletiva. São Paulo: Hucitec; 1998. (Série didática Saúde em debate, 7).

Silva AX, Cruz EA, Melo V. A importância estratégica da informação em saúde para o exercício do controle social. *Ciênc Saúde Coletiva.* 2007;12(3):683-8.

Silva EM, Nozawa MR, Silva JC, Carmona SAMLD. Práticas das enfermeiras e políticas de saúde pública em Campinas. *Cad Saúde Pública.* 2001;17(4):989-98.

Silva GB. Enfermagem profissional: análise crítica. São Paulo: Cortez; 1986.

Silva GGA, Egydio MVRM, Souza MC. Algumas considerações sobre o controle social no SUS: usuários ou consumidores? *Saúde Debate*. 1999;23(53):37-42.

Silva JL. A prática educativa como expressão da prática profissional no contexto da Equipe de Saúde da Família no município do Rio de Janeiro [dissertação]. Rio de Janeiro: Faculdade de Enfermagem, Universidade do Estado do Rio de Janeiro; 2010.

Silva VG, Motta MCS, Zeitoune RCG. A prática do enfermeiro na Estratégia Saúde da Família: o caso do município de Vitória/ES. *Rev Eletr Enferm*. 2010;12(3):441-8.

Soares CB. Mais que uma etapa do ciclo vital: a adolescência como um constructo social. In: Borges ALV, organizador, Fujimori E, organizador. *Enfermagem e a saúde do adolescente na Atenção Básica*. Barueri: Manole; 2009.

Soares LT. Saúde para todos em 2005. *Outro Brasil* [periódico na internet]. 2005 jan 05 [citado 2012 nov. 01] Disponível na internet: http://www.lpp-buenosaires.net/outrobrasil/docs/1752005155616_laura_janeiro_2005.pdf.

Soratto J, Witt RR, Faria EM. Participação popular e controle social em Saúde: desafios da Estratégia Saúde da Família. *Physis (Rio J.)*. 2010;20(4):1227-43.

Spagnuolo RS, Pereira MLT. Práticas de saúde em Enfermagem e Comunicação: um estudo de revisão da literatura. *Ciênc Saúde Coletiva*. 2007;12(6):1603-10.

Starfield B, Shi L, Macinko J. Primary Care impact on health outcomes: a literature review. *Milbank Q*. 2005;83(3):457-502.

Szwarcwald CL, Mendonça MHM, Andrade CLT. Indicadores de Atenção Básica em quatro municípios do Estado do Rio de Janeiro, 2005: resultados de inquérito domiciliar de base populacional. *Ciênc Saúde Coletiva*. 2006;11(3):643-655.

Teixeira E. Modos de sentir e aprender entre mulheres em um projeto de educação popular em saúde. *Esc Anna Nery Rev Enferm*. 2008;12(1):57-62.

Thumé E. Enfermagem em Atenção Básica na saúde coletiva: práticas da especialidade na região sul do Rio Grande do Sul. *Divulg Saúde Debate*. 2001;(23):64-73.

Triviños ANS. *Introdução à pesquisa em ciências sociais: a pesquisa qualitativa em educação*. 3ªed. São Paulo: Atlas; 1992.

Trapé CA. A prática educativa dos agentes comunitários do PSF à luz da categoria práxis [dissertação]. São Paulo: Escola de Enfermagem, Universidade de São Paulo; 2005.

Trapé CA, Soares CB. A prática educativa dos Agentes Comunitários de Saúde à luz da categoria práxis [Internet]. *Rev Latino Am Enferm*. 2007;15(1). [citado em 28 nov. 2012]. Disponível em: http://www.scielo.br/pdf/rlae/v15n1/pt_v15n1a21.pdf.

Viana N. A Constituição das Políticas Públicas [Internet]. Revista Plurais. 2006;1(4):94-112. [citado 28 nov. 2012]. Disponível em: <http://www.nee.ueg.br/seer/index.php/revistaplurais/article/viewFile/69/96>.

Villa TCS. A enfermeira nos serviços de saúde pública do Estado de São Paulo (1967 – 1983) [tese]. Ribeirão Preto: Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo; 1992.

Villa TCS, Mishima SM, Rocha SMM. A enfermagem nos serviços de saúde pública do Estado de São Paulo. In: Almeida MCP, organizador, Rocha SMM, organizador. O trabalho de enfermagem. São Paulo: Cortez; 1997. p.27-60.

ANEXOS

ANEXO I

UNIVERSIDADE DE SÃO PAULO
 ESCOLA DE ENFERMAGEM
 DEPARTAMENTO DE ENFERMAGEM EM SAÚDE COLETIVA
 Av. Dr. Enéas de Carvalho Aguiar, 419 - CEP 05403-000.
 Tel.: (11) 3061 7652 Fax: (11) 3061 7662 – enssecre@usp.br
 São Paulo – SP – Brasil | www.ee.usp.br

Caracterização das enfermeiras entrevistadas da USF Jardim Boa Vista

	Enfermeira A	Enfermeira B
Sexo	F	F
Idade	39 anos.	31 anos.
Tempo de formado na graduação	7 anos.	5 anos.
Tempo de trabalho na Atenção Básica	15 anos.	5 anos.
Tempo de trabalho nesta equipe	5 anos.	5 anos.
Outras qualificações	- Massagista e acupunturista; - Especialização em saúde coletiva; - Especialização em administração hospitalar; - Especialização em gestão pública; - Mestrado em gerenciamento (cursando); - Antes de ser enfermeira, foi auxiliar de enfermagem e técnica de reabilitação.	- Especialização em saúde coletiva e saúde da família.

O que motivou a trabalhar na atenção básica?	<i>Desde criança eu pensava que queria trabalhar em um centro de saúde, (...) tenho uma história familiar [de trabalhadores na área da atenção primária]. Quando fiquei mais velha e tive discernimento do que era, do que significava, eu tive certeza que eu queria trabalhar nisso. Porque eu acho que é na atenção primária que a gente tem a possibilidade de ter um maior contato com a população, com o meio coletivo, e acho que é onde a gente pode fazer a maior transformação político social, considerando que a minha principal linguagem, por onde eu consigo chegar às pessoas é através do cuidado, é através da saúde. (...) A minha infância teve um berço muito forte político (...) e isso foi muito importante na minha formação, na hora de decidir, há muitos anos que eu queria esse caminho, sempre tive muita certeza desse caminho.</i>	<i>O que me motivou mesmo foi quando conheci na época da faculdade, fiz estágio em uma UBS e aí eu achei muito interessante a população, trabalhar com prevenção, promoção, sair da área hospitalar, que é mais focada na doença, aí eu gostei (...).</i>
O que motivou a trabalhar na ESF?	<i>Na verdade um pouco foi onde as portas se abriram, porque eu trabalhei 10 anos [em um] Centro de Saúde Escola (...) como auxiliar de enfermagem. Eu adorava trabalhar lá, eu queria ser enfermeira lá, (...) mas lá não</i>	<i>(...) Na verdade eu queria trabalhar na UBS. Quando eu fiz estágio não era PSF, era UBS simples, tradicional. Aí eu fiz prova para PSF e eu conheci o processo mesmo quando eu entrei</i>

	<i>abriram as portas para eu ser enfermeira, e eu me formei enfermeira e eu precisava (...) exercer a minha profissão. (...) Eu tinha certa rejeição até para o programa PSF naquela época. Porque lá no CSE tem uma crítica muito grande a esse programa. Aí (...) eu prestei a seleção e passei aqui no Boa Vista, [e] vim. No começo eu sofri um impacto, porque (...) tinha questões (...) desse modelo que eu não gostava, (...) que eu achava que no centro de saúde era melhor. Mas tinha coisas que tem nesse modelo que no centro de saúde não tinha e que eu achei melhor.</i>	<i>aqui. Antes eu não conhecia exatamente, só na teoria. Aí depois que eu vim para cá já comecei a fazer a prática.</i>
Participação em associações, fóruns, outros. Qual?	Sim; - Fórum de residência de medicina de família; - Associação dos moradores.	Não.
	Enfermeira C	Enfermeira D
Sexo	F	F
Idade	34 anos.	29 anos.
Tempo de formado na graduação	11 anos.	1 ano.
Tempo de trabalho na Atenção Básica	4 anos.	6 anos* *Antes trabalhou como auxiliar de enfermagem

		na própria USF Jardim Boa Vista.
Tempo de trabalho nesta equipe	4 anos.	1 ano.
Outras qualificações	- Licenciatura em enfermagem; - Especialização em Saúde Coletiva; - Especialização em ensino profissional do nível técnico; - Mestrado em Enfermagem de Saúde Coletiva; - Doutorado em Ciências.	Não.
O que motivou a trabalhar na atenção básica?	(...) Desde o segundo ano de faculdade me interessava pela atenção primária. (...) Assim... na verdade eu não me sentia à vontade no ambiente hospitalar e nas intervenções hospitalares. Então os estágios hospitalares me provocaram muita angústia, ao ponto de eu pensar em sair da faculdade, não gostar da faculdade que estava fazendo. E aí quando fui fazer estágio em Saúde Coletiva, no segundo ano de faculdade, é que comecei a perceber que existem outras formas de atuação (...) e comecei a me interessar por Saúde Coletiva (...), depois eu fiz estágio curricular (...) e a monografia (...) em Saúde Coletiva. E aí eu me aproximei muito mais da área, me interessei, vi que era onde meu perfil se	O que me motivou mesmo foi o trabalho, que eu acho que é diferente, é uma parte mais preventiva, então a gente está lado a lado com a realidade dos pacientes, diferente do hospital. Lá (...) é o cuidado pontual, a queixa pontual, está com uma dor, está fazendo um tratamento. E aqui não, a gente faz prevenção, para que ele não chegue a uma maior complexidade.

	<i>encaixava, e aí eu segui por essa área.</i>	
O que motivou a trabalhar na ESF?	<i>(...) Assim que me formei eu fui fazer especialização em Saúde Coletiva, aí eu fiz mestrado. Durante o mestrado eu entrei para trabalhar na Escola de Enfermagem, como especialista em laboratório no Departamento de Saúde Coletiva, e eu trazia alunos para essa UBS (...), realizava um trabalho de supervisão de estágios, organizando os estágios. Eu trazia os alunos para o campo de estágio 2 vezes por semana e também tocava projetos permanentes na UBS para os alunos se inserirem quando eles viessem (...). Eu conheci essa UBS e me aproximei muito dos trabalhadores, da proposta. Então, depois de 4 anos e 8 meses trabalhando na Escola de Enfermagem, eu sentia [que] (...) trabalhei muito com ensino sem ter tido assistência. Eu saí direto para pesquisa em ensino, e eu estava sentindo falta disso. Então, quando abriu uma oportunidade de trabalhar em um lugar que tinha uma proposta diferente, que era esse, aí eu prestei o processo seletivo e entrei. Para complementar mais a minha formação, estava sentindo</i>	<i>Justamente pela mesma coisa [que na Atenção Básica].</i>

	<i>falta disso (...) e já tinha se esgotado tudo que eu achava que eu poderia estar aprendendo ali [-na Escola de Enfermagem-].</i>	
Participação em associações, fóruns, outros. Qual?	Sim; - grupo de pesquisa da EEUSP; - reuniões de comunidade da Associação de Moradores do Jardim Boa Vista;	Não.
	Enfermeira E	Enfermeira F
Sexo	F	F
Idade	31 anos.	28 anos.
Tempo de formado na graduação	9 anos.	5 anos.
Tempo de trabalho na Atenção Básica	7 anos.	3 anos.
Tempo de trabalho nesta equipe	3 anos.	3 anos.
Outras qualificações	- Especialização em saúde coletiva com foco em saúde da família.	- Doutorado direto em gerenciamento em enfermagem* *Cursou o 1º ano de mestrado, depois ingressou no doutorado direto.
O que motivou a trabalhar na atenção básica?	<i>(...) O que eu queria fazer desde o 1º ano da faculdade era trabalhar com Saúde Coletiva, e o espaço que a</i>	<i>(...) Desde (...) a época do (...) estágio curricular (...) eu gostei muito (...), fui muito bem recebida</i>

	gente acha que consegue mais trabalhar com a Saúde Coletiva é na Atenção Básica ou na gestão. Na gestão eu não me identifico tanto assim com o espaço, talvez um dia vá, mas principalmente aqui em São Paulo a gente acha que não tem muito espaço para ir para a gestão, uma coisa mais legal, de você ter liberdade de fazer planejamento e no geral as coisas são bem verticais mesmo. Então nesse momento eu fiz essa opção de ser trabalhadora da Atenção Básica porque aqui eu acho que a gente fica mais perto mesmo dos determinantes de saúde.	pela equipe, porque assim, eu não queria vir para cá, eu gostava de atendimento de emergência, (...) queria fazer na emergência, só que o estágio curricular a gente não escolhe muito (...), no meu caso foi feito sorteio, e eu vim para cá, eu queria ir para a UTI do HU ou Pronto Socorro. E daí quando vim para cá (...) me motivou muito ficar (...), eu gostei muito da Atenção Básica, porque durante a graduação eu não fiz estágio em unidade básica. Eu fiz estágio só de DT, mas que é um estágio curto e a gente vê mais questão de vacina, essas coisas (...). E aí quando eu fiz o estágio de Saúde Coletiva fiz na UBAS, no HU, e assim, (...) é mais o atendimento ambulatorial (...), então não tem toda essa questão que a gente tem na Atenção Primária em uma UBS da família (...) que a gente tem aqui. Então, isso influenciou muito na minha formação e eu não sabia muito bem o que era Atenção

		<i>Primária. E aí quando eu vim para cá, que eu aprendi o que era aqui, que eu comecei a fazer junto com a enfermeira e que depois até o final do estágio já estava fazendo sozinha, me motivou muito a Atenção Básica. Gostei muito, de toda essa parte de prevenção, da gente atuar na saúde mesmo da família, e trabalhar com a equipe, com os Agentes Comunitários, que eles desenvolvem um trabalho muito importante com a comunidade e trazem para a gente todas as questões que a gente não consegue saber trancada em um consultório.</i>
O que motivou a trabalhar na ESF?	<i>Então é a equipe que a gente tem aqui em São Paulo para trabalhar com a Atenção Básica. Praticamente não tem mais concurso para enfermeira, e mesmo quando tem o salário, a diferença é muito grande, (...) acho que uma enfermeira que é contratada pelo PSF ela ganha quase o dobro de uma enfermeira que é concursada pela Prefeitura (...), mas mesmo que eu quisesse muito ser concursada, teve um concurso faz uns anos assim, mas</i>	<i>(...) Quando me formei eu não tive oportunidade de já atuar na saúde da família, (...) fui aprovada para o AMA (...) aí eu fui, fiquei só 4 dias, não era o meu perfil, não gostei, e aí acabei desistindo da vaga. Aí prestei o concurso para especialista de laboratório (...) [da EEUSP], passei, fui para lá e depois eu fiz o processo seletivo no Hospital de</i>

	<i>foi o único que teve, quase não abre mesmo.</i>	<i>Barueri, aí eu fiquei lá como enfermeira de pediatria, trabalhando simultâneo nos dois, e (...) quando eu estava como especialista surgiu a vaga aqui e eu vinha supervisionar estágio das alunas aqui, (...) e aí então toda essa questão de ter contato com as enfermeiras, tudo, quando abriu a vaga elas me avisaram, aí eu fiz o processo seletivo (...), fui aprovada, vim e estou até agora. (...) E como estou no doutorado, tudo, gostaria muito de fazer especialização em saúde da família, eu acho que contribui para a atuação do enfermeiro, só que quando tive oportunidade de fazer especialização, eu já estava no mestrado, (...) [e] eu não dava conta de fazer as duas coisas. Tenho que esperar terminar para poder fazer. Eu pretendo fazer, acho que é muito importante. Quando terminar o doutorado se eu não for direto para a academia, eu vou fazer (...).</i>
Participação em associações,	Sim;	Não.

fóruns, outros. Qual?	- Conselho gestor da unidade; - Movimentação que tem com a população aqui da UBS; - Conselho do Butantã, conselheira, como trabalhadora.	
	Enfermeira G	Enfermeira H
Sexo	F	F
Idade	35 anos.	47 anos.
Tempo de formado na graduação	3 anos e meio.	26 anos.
Tempo de trabalho na Atenção Básica	2 anos e 4 meses.	18 anos.
Tempo de trabalho nesta equipe	1 mês.	10 anos.
Outras qualificações	- Especialização em enfermagem obstétrica e saúde da mulher no climatério; - Especialização em acupuntura (cursando); - Especialização em saúde coletiva com ênfase em PSF (cursando).	- Habilitação em centro cirúrgico.
O que motivou a trabalhar na atenção básica?	<i>Desde a faculdade eu me identifiquei bastante com a área de Saúde Pública, (...) quando eu estava no 3º ano já comecei a fazer os concursos para a parte, a área que eu mais me identificava.</i>	<i>Porque eu gosto muito da área de prevenção, que a gente trabalha muito com essa parte, e eu gosto muito, gosto muito da parte de imunização, parte de fazer grupos, parte de atender a gente aqui, dar atenção básica, criança, gestantes, eu</i>

		<i>gosto bastante.</i>
O que motivou a trabalhar na ESF?	<i>(...) Eu vim de uma Unidade Básica rural, mas eu queria uma focada no PSF, que é o curso que estou cursando. Então eu vim nesse tempo me aperfeiçoando (...) e procurando uma oportunidade, agora que eu tive a oportunidade, de arranjar uma vaguinha no PSF...</i>	<i>(...) Justamente isso, são os programas que existem da criança, gestante, grupos, atendimento de diabéticos, gosto bastante disso.</i>
Participação em associações, fóruns, outros. Qual?	Não.	Não.

ANEXO II

UNIVERSIDADE DE SÃO PAULO
 ESCOLA DE ENFERMAGEM
 DEPARTAMENTO DE ENFERMAGEM EM SAÚDE COLETIVA
 Av. Dr. Enéas de Carvalho Aguiar, 419 - CEP 05403-000.
 Tel.: (11) 3061 7652 Fax: (11) 3061 7662 – enssecre@usp.br
 São Paulo – SP – Brasil | www.ee.usp.br

PESQUISA: PRÁTICAS DE ENFERMEIRAS DA USF JARDIM BOA VISTA: EM PAUTA A PARTICIPAÇÃO SOCIAL.

ROTEIRO DE ENTREVISTA COM ENFERMEIROS DA UBS

ENTREVISTADOR: _____ DATA DA ENTREVISTA: ____/____/____

PARTE I – IDENTIFICAÇÃO

NOME: _____

SEXO: _____ IDADE: _____ TEMPO DE FORMADO NA GRADUAÇÃO: _____

OUTRAS _____

QUALIFICAÇÕES: _____

LOCAL DE TRABALHO: _____

UBS _____

TEMPO DE TRABALHO NA ATENÇÃO BÁSICA: _____ TEMPO DE TRABALHO NESTA EQUIPE: _____

PARTICIPAÇÃO EM ASSOCIAÇÕES, FÓRUMS, OUTROS. QUAL? _____

E-MAIL: _____

PARTE II – CARACTERIZAÇÃO DAS PRÁTICAS REALIZADAS PELO PROFISSIONAL

P1. O QUE TE MOTIVOU A TRABALHAR NA ATENÇÃO BÁSICA? E NO PROGRAMA SAÚDE DA FAMÍLIA (ESTRATÉGIA SAÚDE DA FAMÍLIA)?

P2. NUMA SEMANA TÍPICA DE TRABALHO NESTA UBS QUAIS SÃO AS PRÁTICAS/ATIVIDADES QUE SR.(A) REALIZA COTIDIANAMENTE?

P3. E DESSA LISTA DE PRÁTICAS QUE EU VOU CITAR, QUAIS SR.(A) REALIZA? (UTILIZAR TABELA 1)

P4. O QUE VOCÊ ESPERA QUE APRIMORE NA SAÚDE DO USUÁRIO POR PARTICIPAR DESSA PRÁTICA? E O QUE O USUÁRIO ESPERA APRIMORAR, POR PARTICIPAR NESSA PRÁTICA?

P5. QUAL É A DIFERENÇA DE UM USUÁRIO QUE PARTICIPA DE OUTRO QUE NÃO PARTICIPA DESTA PRÁTICA?

PARTE III – DESENVOLVIMENTO DE PRÁTICAS AMPLIADAS DE SAÚDE

P6. QUAIS PRÁTICAS SR.(A) CONSIDERA INOVADORAS EM RELAÇÃO AS PRÁTICAS DE SAÚDE TRADICIONAIS? POR QUÊ? NO QUE ELAS INOVAM?

P7. SR.(A) TEM INTERESSE EM PARTICIPAR DE FUTURAS ATIVIDADES PARA CONTRIBUIR COM SUA EXPERIÊNCIA NA ELABORAÇÃO DE MATERIAL COM A DESCRIÇÃO DE PRÁTICAS INOVADORAS DE ENFERMAGEM?

ANEXO III

UNIVERSIDADE DE SÃO PAULO
 ESCOLA DE ENFERMAGEM
 DEPARTAMENTO DE ENFERMAGEM EM SAÚDE COLETIVA
 Av. Dr. Enéas de Carvalho Aguiar, 419 - CEP 05403-000.
 Tel.: (11) 3061 7652 Fax: (11) 3061 7662 – enssecre@usp.br
 São Paulo – SP – Brasil | www.ee.usp.br

PESQUISA: PRÁTICAS DE ENFERMEIRAS DA USF JARDIM BOA VISTA: EM PAUTA A PARTICIPAÇÃO SOCIAL.

TABELA 2 – ROTEIRO DE ENTREVISTA COM ENFERMEIROS DA UBS

PRÁTICAS	ACOLHIMENTO	VISITA DOMICILIAR	CONSULTAS	VIGILÂNCIA EPIDEMIOLÓGICA	GRUPOS
REALIZAÇÃO S/N					
PORQUE E COMO FOI INSTAURADA?					
A QUEM SE DESTINA?					
COMO AS PESSOAS FICAM SABENDO E PARTICIPAM?					
QUAL O OBJETIVO DESTA PRÁTICA?					
QUEM PARTICIPA DO PLANEJAMENTO DESSA PRÁTICA?					
QUE CONHECIMENTOS VOCÊ UTILIZA PARA DESENVOLVER ESSA PRÁTICA? SÃO SUFICIENTES? POR QUÊ?					

ONDE É REALIZADA A ATIVIDADE? (DENTRO OU FORA DA UBS)					
COM QUEM DESENVOLVE ESSA PRÁTICA? POR QUÊ?					
RECURSOS UTILIZADOS NAS ATIVIDADES? (RECURSOS DIDÁTICOS E MATERIAIS - PRONTUÁRIOS, FORMULÁRIOS, PROTOCOLOS, CANETA, PINÇA, SERINGA, ESTETOSCÓPIO, ESFIGMOMANÔMETRO). A UBS DISPONIBILIZA ESSES MATERIAIS? S/N					
PERIODICIDADE E DURAÇÃO DA PRÁTICA <u>(SÓ PARA GRUPOS)</u>					
FREQUÊNCIA DE PARTICIPAÇÃO DOS USUÁRIOS (SÃO FREQUENTADORES FIXOS OU HÁ ROTATIVIDADE?). <u>(SÓ PARA GRUPOS)</u>					
HÁ OUTRAS PRÁTICAS NÃO DESCRITAS E QUE O SR (SRª) GOSTARIA DE RELATAR? (POR EXEMPLO: ATIVIDADES DE EDUCAÇÃO PERMANENTE, PARTICIPAÇÃO EM CONSELHOS E COMISSÕES, ATIVIDADES QUE O(A) SR.(A) DESENVOLVEU NO PET - PROGRAMA DE ENSINO PELO TRABALHO).					

ANEXO IV

UNIVERSIDADE DE SÃO PAULO
 ESCOLA DE ENFERMAGEM
 DEPARTAMENTO DE ENFERMAGEM EM SAÚDE COLETIVA
 Av. Dr. Enéas de Carvalho Aguiar, 419 - CEP 05403-000.
 Tel.: (11) 3061 7652 Fax: (11) 3061 7662 – enssecre@usp.br
 São Paulo – SP – Brasil | www.ee.usp.br

PESQUISA: PRÁTICAS DE ENFERMEIRAS DA USF JARDIM BOA VISTA: EM PAUTA A PARTICIPAÇÃO SOCIAL

Caracterização das Práticas
Práticas Gerenciais
Reunião de equipe
Reunião – pautas
☐ Lê a pauta no início da reunião.
Pontos da pauta: ☐ assuntos dos níveis centrais (SMS-SP ou FFM) – metas, normas, diretrizes, ações, campanha, etc.   ☐ ao apresentar assuntos dos níveis centrais discute e elabora planos de implementação com os participantes.   ☐ repassa e determina a implementação dos assuntos centrais e não acolhe discussão entre o grupo.   ☐ assuntos ou temas internos à USF.   ☐ demanda dos trabalhadores.   ☐ demanda da população.
☐ elaboração conjunta da pauta.
☐ inclusão de pontos de pauta, a partir da solicitação dos participantes.
Reunião – dinâmica
☐ incentiva a participação de todos os presentes na reunião.
☐ identifica “nós críticos” da atenção à saúde na USF e das práticas da equipe, para responder as necessidades de saúde identificadas.   ☐ discussão de projetos terapêuticos ou práticas, em resposta a necessidades de saúde (ferramentas: materiais e imateriais, aprimoramento do conhecimento, recursos humanos).   ☐ identificação de necessidades de saúde (SIAB, IBGE, VD, exames clínicos e consultas de outros profissionais).   ☐ discute a determinação social do processo saúde-doença (considerar aspectos das

Caracterização das Práticas
Práticas Gerenciais
Reunião da USF
Reunião – pautas
☐ Lê a pauta no início da reunião.
Pontos da pauta: ☐ assuntos dos níveis centrais (SMS-SP ou FFM) – metas, normas, diretrizes, ações, campanha, etc. ☐ ao apresentar assuntos dos níveis centrais discute e elabora planos de implementação com os participantes. ☐ repassa e determina a implementação dos assuntos centrais e não acolhe discussão entre o grupo. ☐ assuntos ou temas internos à USF. ☐ demanda dos trabalhadores. ☐ demanda da população.
☐ elaboração conjunta da pauta com outros trabalhadores.
☐ inclusão de pontos de pauta, a partir da solicitação dos participantes.
Reunião – participantes
☐ representantes (categoria profissional, equipes ou de setores da USF). ☐ trabalhadores da USF em geral. Quem não participa, por que não participa? _____
Reunião – dinâmica
☐ incentiva a participação de todos os presentes na reunião.
☐ identifica “nós críticos” da atenção à saúde na USF. ☐ discussão de projetos terapêuticos ou práticas, em resposta a necessidades de saúde (ferramentas: materiais e imateriais, aprimoramento do conhecimento, recursos humanos). ☐ relação da equipe com os trabalhadores do apoio matricial (psicólogo, TO, Assistente Social): _____

[illegible]

ANEXO V

UNIVERSIDADE DE SÃO PAULO
ESCOLA DE ENFERMAGEM
DEPARTAMENTO DE ENFERMAGEM EM SAÚDE COLETIVA
Av. Dr. Enéas de Carvalho Aguiar, 419 - CEP 05403-000.
Tel.: (11) 3061 7652 Fax: (11) 3061 7662 – enssecre@usp.br
São Paulo – SP – Brasil | www.ee.usp.br

SECRETARIA MUNICIPAL DA SAÚDE
Comitê de Ética em Pesquisa/SMS

CAAE: 0146.0.196.162-12

São Paulo, 24 de Fevereiro de 2012.

PARECER Nº 037/12 – CEP/SMS

Ilma. Sra.

Célia Maria Sivalli Campos

Projeto de Pesquisa: Necessidades de saúde como objeto das políticas públicas: as práticas de enfermagem na Atenção Básica

Pesquisador Responsável: Célia Maria Sivalli Campos

Instituição Proponente: Escola de Enfermagem da USP

Co-participante: SMS-SP. UBS: Jd Boa Vista, V. Dalva, São Jorge, Jd D'Abril, Paulo VI, Real Parque.

Patrocinador: Apoio financeiro solicitado à FAPESP.

1 - Sumário Geral do Protocolo

A ESF é apontada como a estratégia privilegiada pelo Ministério da Saúde (MS) brasileiro para a atenção básica (AB) em saúde. O enfermeiro é parte integrante da equipe, que se encontra diante do desafio de desenvolver práticas de cuidado que respondam às necessidades de saúde dos diferentes grupos sociais que compõem a área de abrangência de uma UBS. Do ponto de vista teórico, necessidades de saúde são tomadas como necessidades de reprodução social, ou seja, necessidades ampliadas em relação àquelas restritas a acesso a serviços e a problemas de saúde já instalados, que caracterizam as práticas tradicionais de AB.

Este estudo tem como objetivo geral compreender as características das práticas operacionalizadas na AB pela ESF, com a participação das enfermeiras, que apresentam potência para superar o modelo tradicional da atenção à saúde.

Participantes: Os sujeitos deste estudo serão 30 enfermeiros da ESF que trabalham em uma dada região, com características comuns de organização do trabalho, respondendo a orientações de um mesmo gestor. Assim, o estudo será realizado nas 6 UBS com ESF da Supervisão de Saúde do Butantã (UBS Jd D'Abril – com 4 equipes, UBS Jd. São Jorge – com 6 equipes, UBS Jd. Paulo VI – com 6 equipes, UBS Vila Dalva – com 5 equipes, UBS Jd. Boa Vista – com 6 equipes, UBS Real Parque – 2 equipes) e o Centro de Saúde Escola Samuel Barnsley Pessoa (1 equipe), integrante do projeto zona Oeste. Essa supervisão de saúde foi a escolhida porque nela há uma articulação entre a Secretaria Municipal da Saúde de São Paulo – por meio dessas UBS – e a Universidade de São Paulo (USP) – por meio das seguintes unidades de ensino: Escola de Enfermagem, Faculdade de Medicina, dos cursos de Fonoaudiologia, Fisioterapia, Terapia Ocupacional e da Faculdade de Odontologia.

Os sujeitos da pesquisa são os enfermeiros integrantes das ESF que atuam no local de estudo e que se prontificaram a participar do estudo.

Procedimentos metodológicos: estudo de campo que mapeará as práticas desenvolvidas com a participação de enfermeiras nas 6 USF da Supervisão de Saúde do Butantã, através de entrevistas; e procederá à observação participante de uma amostra composta por práticas consideradas exemplares, utilizando-se um roteiro de observação. O material da observação será analisado segundo a categoria de análise necessidades de saúde. Na terceira etapa pretende-se a produção de material educativo, com vistas a apoiar o desenvolvimento de práticas, em que os enfermeiros participem, que respondam a necessidades ampliadas de saúde na AB. Os sujeitos da pesquisa serão as enfermeiras das ESF. Este projeto será submetido aos Comitês de Ética em Pesquisa da EEUSP e da Secretaria Municipal da Saúde de SP, respeitando-se os preceitos ético-legais de investigação vigentes no país.

São descritos os procedimentos para obtenção do TCLE, que estão adequados. Cabe observar que o foco da pesquisa é a própria prática dos enfermeiros, que poderão discutir e alterar o projeto. O critério de inclusão é o enfermeiro aceitar participar do estudo.

- Não é descrita a forma de recrutamento e a abordagem dos sujeitos de pesquisa; como o foco está nas práticas dos enfermeiros, a participação de outros membros da equipe das UBS e de seus usuários fica em segundo plano. Apesar de estar prevista a assinatura do TCLE pelos usuários, sujeitos das práticas, e outros membros da equipe, os mesmos não são citados como participantes.
- O pesquisador não faz referência à guarda segura do material nem informa como pretende manter o anonimato dos participantes na divulgação dos resultados. (Resolução 196/96, IX. 2. E)

SECRETARIA MUNICIPAL DA SAÚDE
Comitê de Ética em Pesquisa/SMS

CAAE: 0146.0.196.162-12

2 – Considerações.

A Folha de Rosto está corretamente preenchida e o currículo do pesquisador responsável está de acordo com a proposta da pesquisa. Solicita-se à pesquisadora que apresente o link do currículo Lattes

O orçamento detalhado está adequado

O cronograma da pesquisa não está claro no que se refere ao início da coleta de dados condicionada à aprovação do CEP da SMS-SP.

Há tratamento adequado dos dados, consonância entre objetivos e método, assim como relevância do tema, que aborda a relação saúde doença não somente da perspectiva teórica, mas também a partir da análise das práticas dos enfermeiros, o que permitirá compreender se as ações dos agentes de saúde na AB correspondem ao seu discurso e ao discurso oficial, e mais que isso, se as práticas permitem novos horizontes aos discursos.

Avaliação dos riscos e benefícios

A metodologia é adequada aos objetivos e impõe baixa condição de desconforto aos enfermeiros, participantes ativos no desenho da pesquisa. O mesmo ocorre com os sujeitos das práticas. Tal condição encontra-se devidamente justificada no TCLE, sendo que a possibilidade de benefícios pode compensar o desconforto. São previstos meios/procedimentos para atenuar/contornar eventuais desconfortos, no sentido de salvaguarda do sujeito de pesquisa.

Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE)

É conciso e objetivo e está redigido na forma de convite à participação no estudo, sendo a linguagem adequada ao nível sociocultural dos sujeitos de pesquisa; permite, portanto, uma decisão consciente do sujeito da pesquisa.

Há descrição suficiente dos procedimentos,

Há identificação de eventuais desconfortos, mas trata-se de procedimento de baixo risco.

Os direitos fundamentais do sujeito de pesquisa estão garantidos sendo permitido ao voluntário sair da pesquisa, sem qualquer prejuízo.

Não constam do TCLE as formas de contato com os CEPs da USP E DA SMS-SP, conforme texto abaixo:

No caso de dúvidas ou denúncias sobre irregularidades éticas, entrar em contato com o Comitê de Ética em Pesquisa da Secretaria Municipal de Saúde de São Paulo, através do telefone 3397-2464 ou do email smscep@gmail.com, endereço Rua General Jardim 36, 1 and.

OBS.: Todas as pendências apontadas nas Considerações acima, foram corrigidas pelo pesquisador responsável e aprovada pelos pareceristas.

III - Situação do Protocolo – APROVADO

Antes do início da coleta de dados, alertamos para a necessidade de contato com o gerente da unidade quando não foi ele quem autorizou a realização da pesquisa.

O sujeito de pesquisa (ou seu representante) e o pesquisador responsável deverão rubricar todas as folhas do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido – TCLE apondo sua assinatura na última página do referido Termo, conforme Carta Circular no 003/2011 da CONEP/CNS.

Salientamos que o pesquisador deve desenvolver a pesquisa conforme delineada no protocolo aprovado. Eventuais modificações ou emendas ao protocolo devem ser apresentadas ao CEP de forma clara e sucinta, identificando a parte do protocolo a ser modificada e suas justificativas.

Ao pesquisador cabe manter em arquivo, sob sua guarda, por 5 anos, os dados da pesquisa, contendo fichas individuais e todos os demais documentos recomendados pelo CEP (Res. CNS 196/96 item IX.2.e)

O relatório final deve ser apresentado ao CEP, logo que o estudo estiver concluído.

Amaury Zatorre Amaral
Coordenador
Comitê de Ética em Pesquisa - CEP/SMS

ANEXO VI

UNIVERSIDADE DE SÃO PAULO
ESCOLA DE ENFERMAGEM
DEPARTAMENTO DE ENFERMAGEM EM SAÚDE COLETIVA
Av. Dr. Enéas de Carvalho Aguiar, 419 - CEP 05403-000.
Tel.: (11) 3061 7652 Fax: (11) 3061 7662 – enssecre@usp.br
São Paulo – SP – Brasil | www.ee.usp.br

UNIVERSIDADE DE SÃO PAULO
ESCOLA DE ENFERMAGEM
Av. Dr. Enéas de Carvalho Aguiar, 419 - CEP 05403-000
Tel.: (11) 3061-7548/8858 – Fax: (11) 3061-7548
São Paulo – SP – Brasil
E-mail: edipesq@usp.br

São Paulo, 16 de dezembro de 2011.

Ilm.^a Sr.^a
Prof.^a Dr.^a Célia Maria Sivalli Campos

Ref.: Processo nº 1104/2011/CEP-EEUSP - SISNEP CAAE: 0122.0.196.162-11

Prezada Senhora,

Em atenção à solicitação referente à análise do projeto **“Necessidades de saúde como objeto das políticas públicas: as práticas de enfermagem na Atenção Básica”**, informamos que o mesmo foi considerado aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo (CEP/EEUSP).

Analisado sob o aspecto ético-legal, atende às exigências da Resolução nº 196/96 do Conselho Nacional de Saúde.

Esclarecemos que após o término da pesquisa, os resultados obtidos deverão ser encaminhados ao CEP/EEUSP, para serem anexados ao processo.

Atenciosamente,

Prof. Dr. Paolo Maneghin
Vice-Coordenador do Comitê de Ética em Pesquisa da
Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo

ANEXO VII

UNIVERSIDADE DE SÃO PAULO
ESCOLA DE ENFERMAGEM
DEPARTAMENTO DE ENFERMAGEM EM SAÚDE COLETIVA
Av. Dr. Enéas de Carvalho Aguiar, 419 - CEP 05403-000.
Tel.: (11) 3061 7652 Fax: (11) 3061 7662 – enssecre@usp.br
São Paulo – SP – Brasil | www.ee.usp.br

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO - Entrevista**PESQUISA: PRÁTICAS DE ENFERMEIRAS DA USF JARDIM BOA VISTA: EM PAUTA A PARTICIPAÇÃO SOCIAL**

Convido você a participar de um estudo sobre as práticas de enfermagem na atenção básica, que tem por objetivo compreender as características das práticas operacionalizadas com a participação das enfermeiras, em Unidades Básicas de Saúde com Estratégia Saúde da Família (USF).

- ✓ O estudo está sob a responsabilidade da mestrandia Bárbara Ribeiro Buffette Silva e da Prof.^a Célia Maria Sivalli Campos, da Escola de Enfermagem da USP e será desenvolvido com enfermeiros desta USF Jardim. Boa Vista.
- ✓ Sua participação nos ajudará a compreender as características das práticas de enfermagem na atenção básica com o intuito de, junto com vocês, aprimorarmos as práticas e conseqüentemente o cuidado à saúde da população sob a responsabilidade da UBS.
- ✓ Julga-se que não há riscos associados à sua participação nesta pesquisa, considerando-se que:
  - A participação será por meio de entrevista, que terá duração aproximada de 1 hora. Como a entrevista será gravada em áudio, você tem todo o direito de revisar a gravação e excluir parcial ou totalmente a gravação, se assim o desejar.
  - As informações que obtivermos por seu intermédio serão rigorosamente confidenciais; seu nome não será divulgado sob nenhuma hipótese, em qualquer apresentação ou publicação baseada em nosso estudo.
  - Sua participação no estudo é totalmente voluntária.
  - Você pode se recusar a participar ou pode retirar suas informações a qualquer momento, mesmo após o término da entrevista, sem qualquer penalidade.

Se estiver esclarecida (o) e concordar em participar, por favor, preencha e assine a seção que segue.

Ao assinar este documento, você mantém o direito de dar sua opinião, de fazer perguntas, além dos demais direitos mencionados acima. Se você tem dúvidas ou perguntas, entre em contato comigo pelo telefone (11) 9351-5147 ou pelo e-mail barbara.buffette@hotmail.com. Você também pode contatar a Prof.^a Célia pelo telefone 3061-7652 ou pelo e-mail celiasiv@usp.br.

Você receberá uma cópia deste documento de consentimento que ficará em seu poder. Nós agradecemos a sua colaboração e o seu interesse em participar dessa pesquisa. Atenciosamente,

.....
Pesquisador Responsável

Eu, ..., estou esclarecida
(o) e concordo em participar da pesquisa descrita.

Nome: .....

Assinatura:.....

Data: .....

ANEXO VIII

UNIVERSIDADE DE SÃO PAULO
ESCOLA DE ENFERMAGEM
DEPARTAMENTO DE ENFERMAGEM EM SAÚDE COLETIVA
Av. Dr. Enéas de Carvalho Aguiar, 419 - CEP 05403-000.
Tel.: (11) 3061 7652 Fax: (11) 3061 7662 – enssecre@usp.br
São Paulo – SP – Brasil | www.ee.usp.br

**TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO –
Observação****PESQUISA: PRÁTICAS DE ENFERMEIRAS DA USF JARDIM BOA VISTA:
EM PAUTA A PARTICIPAÇÃO SOCIAL**

Convido você a participar de um estudo sobre as práticas de enfermagem na atenção básica, que tem por objetivo compreender as características das atividades realizadas com a participação de enfermeiras, nesta Unidade Básica de Saúde Jardim. Boa Vista

- ✓ O estudo está sob a responsabilidade da mestrandia Bárbara Ribeiro Buffette Silva e da Prof.^a Célia Maria Sivalli Campos, da Escola de Enfermagem da USP.
- ✓ Sua participação nos ajudará a compreender as características das práticas de enfermagem na atenção básica com o intuito de, junto com os enfermeiros e demais trabalhadores de saúde interessados, aprimorarmos as práticas e conseqüentemente o cuidado à saúde da população sob a responsabilidade deste serviço.
- ✓ Sua participação nesta etapa será autorizando a observação de práticas descritas pelo enfermeiro, em entrevista anterior, como sendo exemplares de práticas inovadoras. A observação terá a duração de tempo da realização da atividade. A observação só será realizada após autorização e assinatura de TCLE por todos os envolvidos na referida prática (usuários e trabalhadores da USF).
- ✓ Nas práticas realizadas em grupo solicitamos também a sua autorização para gravação em vídeo. O material da gravação, após editado, poderá ser apresentado em diferentes mídias; no entanto, apenas em eventos científicos ou com fins didáticos.
- ✓ Julga-se que não há riscos associados à sua participação nesta etapa da pesquisa, considerando-se que:
  - Você terá todo o direito de interromper a atividade a qualquer momento e solicitar que o observador se retire, que seja interrompida a gravação em vídeo, ou ambos.
  - Você terá todo o direito de revisar as gravações e as anotações realizadas pelo observador e excluir parcial ou totalmente a descrição da prática realizada, se assim o desejar.
  - Você terá todo o direito de assistir a gravação, antes e depois de editada, e terá garantido o direito de optar por excluir partes ou a totalidade da sua participação.
  - As informações que obtivermos por meio da observação serão rigorosamente confidenciais; seu nome não será divulgado sob nenhuma hipótese, em qualquer apresentação ou publicação baseada em nosso estudo.
  - Sua participação no estudo é totalmente voluntária.

- Você pode se recusar a participar ou pode retirar suas informações a qualquer momento, mesmo após o término da sua participação no estudo, sem qualquer penalidade.

Se estiver esclarecida (o) e concordar em participar, por favor, preencha e assine a seção que segue.

Ao assinar este documento, você mantém o direito de dar sua opinião, de fazer perguntas, além dos demais direitos mencionados acima. Se você tem dúvidas ou perguntas, entre em contato comigo pelo telefone (11) 9351-5147 ou pelo e-mail barbara.buffette@hotmail.com

Você também pode contatar a Prof.^a Célia pelo telefone 3061-7652 ou pelo e-mail celiasiv@usp.br

Você receberá uma cópia deste documento de consentimento que ficará em seu poder.

Nós agradecemos a sua colaboração e o seu interesse em participar dessa pesquisa.

Atenciosamente,

.....
Pesquisador Responsável

Eu, ..., estou esclarecida (o) e concordo em participar da pesquisa descrita.

Nome: .....

Assinatura:.....

Data: .....