

A INCORPORAÇÃO DA PARTICIPAÇÃO SOCIAL NA ESTRATÉGIA DE SAÚDE DA FAMÍLIA: O PAPEL DOS PROFISSIONAIS DE SAÚDE.

THE INCORPORATION OF THE SOCIAL PARTICIPATION IN THE FAMILY HEALTH STRATEGY: THE ROLE OF THE HEALTH PROFESSIONAL

LA INCORPORACIÓN DE LA PARTICIPACIÓN SOCIAL EN LA ESTRATEGIA DE SALUD DE LA FAMILIA: EL PAPEL DE LOS PROFESIONALES DE LA SALUD

*Luciane Campos**

*Águeda Lenita Pereira Wendhausen***

RESUMO: O Controle Social é um dos princípios fundamentais do SUS e pode ser considerado uma importante estratégia para garantir a descentralização e municipalização da saúde. Neste contexto, estabeleceu-se o Programa de Saúde da Família (PSF), como modelo de atenção para todo o País, a ser desenvolvido fundamentalmente pelos municípios. A implantação deste programa vem possibilitar a busca da integralidade da assistência e a criação de vínculos de compromisso e responsabilidade compartilhados entre os serviços de saúde e a população. Porém, o que se pode observar é que a incorporação da participação popular no PSF não é uma tarefa simples, pois depende da interação de fatores histórico-político e sócio-econômico-cultural relacionados aos gestores, comunidade e profissionais. Nele o profissional de saúde tem papel fundamental no sentido de criar o ambiente e as condições para que a participação popular se concretize na comunidade na qual trabalha. Baseado no exposto este trabalho tem como objetivo refletir sobre a incorporação da participação popular.

PALAVRAS-CHAVE: Promoção da saúde; Participação comunitária; Saúde da família

INTRODUÇÃO

A atual Constituição Brasileira (1988) coloca a saúde como sendo um dos direitos fundamentais do cidadão e um dever do estado. Assim, as questões relativas à saúde têm concentrado cada vez mais a atenção dos mais variados segmentos da sociedade, que não raramente a conceituam, ainda, como sinônimo de ausência de doenças.

A saúde de uma população expressa suas condições de existência e é influenciada pela forma como são estabelecidas as relações entre Estado e Sociedade. Neste contexto a ação do Estado é feita por intermédio das políticas públicas, dentre elas as políticas de saúde. O Sistema Único de Saúde (SUS), atual modelo de prestação de serviços de saúde no Brasil, resulta de um processo histórico de lutas do movimento sanitário, intensificado nas décadas de 70 e 80 que coincide com as lutas pelo processo de redemocratização do País⁽¹⁾.

A implantação do SUS, a partir do início da década de 90, tem redesenhado os contornos da atenção à saúde no país, redefinindo as responsabilidades e competências de cada nível de

* Cirurgiã-dentista, Mestranda em Saúde na UNIVALI/SC, Docente de Odontologia Social e Preventiva na UNIVALI, luodoto1@uol.com.br

** Enfermeira, Doutora em Enfermagem (UFSC), coordenadora do Mestrado em Saúde (UNIVALI), agueda@ccs.univali.br.

governo e atribuindo aos municípios papel central na gestão do sistema local de saúde. Um dos princípios fundamentais do SUS e, também, uma importante estratégia para garantir a descentralização e municipalização da saúde, é o Controle Social que pode ser definido como “ (...) o controle sobre o Estado pelo conjunto da Sociedade Organizada em todos os segmentos sociais”⁽²⁾.

No que concerne às propostas do SUS, o incentivo à auto-responsabilidade e a participação da comunidade no planejamento, organização, funcionamento e controle da atenção primária à saúde são condições indispensáveis para que ocorra a otimização da atenção à saúde no Brasil. Estes requisitos constituem-se também, em recomendações da Organização Mundial da Saúde – OMS⁽³⁾.

Não se pode dizer que o modelo assistencial predominante no Brasil contemple estas diretrizes. A grande maioria dos programas é voltada para práticas curativas e procedimentos de alto custo, com baixo impacto social e focaliza o atendimento individualizado, atuando de maneira vertical, excludente e sem levar em conta o universo familiar e comunitário das pessoas ou considerar as dimensões sócio-econômico-culturais do processo saúde-doença⁽³⁾. Como podemos observar, o foco de atenção se desloca de *saúde* para *doença* gerando um modelo de atuação, baseado nas visões biológica e higiênico-preventiva, que tem se mostrado insuficiente para explicar os diferentes perfis epidemiológicos encontrados nas diversas regiões e classes sociais bem como, incapaz de produzir uma mudança significativa no atual quadro sanitário brasileiro.

O reconhecimento da crise deste modelo médico clínico, centrado na doença, que se expressa no agravamento dos problemas de saúde da população e na incapacidade das ciências biológicas em responderem de forma eficiente aos mesmos, tem fomentado a busca por propostas em direção a um novo modelo que alcance a complexidade do processo saúde-doença incluindo as várias dimensões – individual, social, econômica e cultural – que o permeiam.

Assim, no processo de priorização das ações do SUS, estabeleceu-se em 1994 o Programa de Saúde da Família (PSF), mais adiante denominado Estratégia de Saúde da Família (ESF), como modelo de atenção para todo o País, a ser desenvolvido fundamentalmente pelos municípios, em substituição ao modelo tradicional de assistência curativa.

O conceito de Atenção à Saúde da Família, dentre outras questões, prevê a participação de toda a comunidade – em parceria com a equipe – na identificação das causas dos problemas de saúde, na definição de prioridades, no acompanhamento e avaliação de todo trabalho feito; sendo fundamental a atuação dos conselhos locais, igrejas e templos dos mais diferentes credos, associações, clubes, os vários tipos de organizações não governamentais (ONGs) e entidades de todos os gêneros⁽⁴⁾.

A efetiva implantação deste programa como estratégia vem possibilitar a busca da integralidade da assistência e a criação de vínculos de compromisso e de responsabilidade compartilhados entre os serviços de saúde e a população. Porém, o que se pode observar, desde então, é que a incorporação da participação popular na ESF, não se constitui em tarefa simples, pois depende da interação de fatores histórico-político e sócio-econômico-cultural dos gestores, comunidade e equipe de saúde da família. Neste contexto o profissional de saúde tem papel fundamental no sentido de criar o ambiente e as condições para que a participação popular se concretize.

Este ponto não seria problemático se todos os profissionais, vinculados a ESF, tivessem o perfil e a qualificação adequados às exigências do programa. Isto, porém, não acontece e o que encontramos na prática são profissionais que não se identificam com os princípios do SUS, os pressupostos da ESF e muito menos com a comunidade na qual estão inseridos; além de não possuírem as competências necessárias para fomentar a participação. Neste sentido empreendemos este trabalho objetivando contribuir para a reflexão acerca do papel dos profissionais da saúde na incorporação da Participação Social à ESF.

1 A PARTICIPAÇÃO SOCIAL E A ESTRATÉGIA DE SAÚDE DA FAMÍLIA

A participação popular assumiu um papel importante nas formulações da 8ª Conferência Nacional de Saúde, no sentido de construção e fortalecimento das propostas de reorientação do setor de saúde, sendo que as discussões deste processo resultaram na consagração institucional de *saúde como direito de todos e dever do Estado*, o que mais tarde originou a Lei Orgânica da Saúde de 1990⁽⁵⁾.

A participação popular foi um dos princípios constitucionais mais polêmicos após a aprovação da Constituição de 1988, uma vez que os artigos que regulamentavam o controle social na lei 8.080, que instituiu o SUS, foram vetados pelo então Presidente da República Fernando Collor de Melo. É somente a partir de dezembro de 1990, com a lei 8.142 que regulamenta o controle social, que o princípio da participação popular é resgatado.

A institucionalização da participação popular vem legitimar o que já vinha acontecendo a partir dos movimentos sociais, potencializando-os e proporcionando uma estrutura organizacional que garanta a participação popular e a efetiva descentralização do SUS⁽⁶⁾.

A participação popular encontra-se intimamente vinculada ao processo de descentralização e pode ser um mecanismo essencial para a democratização do poder público, além de constituir-se em um espaço vital para o fortalecimento de uma cidadania ativa⁽⁷⁾.

Com relação à ESF podemos afirmar que esta propõe uma nova dinâmica para a estruturação dos serviços de saúde, bem como para a sua relação com a comunidade. Nela a família passa a ser o objeto principal de atenção, entendida a partir de sua inter-relação com o ambiente físico e social em que vive. Isso porque, mais que uma delimitação geográfica, é nesse espaço onde se constroem as relações intra e extra familiares e onde se desenvolve a luta pela melhoria das condições de vida, contribuindo assim para que os membros da família, e também da equipe de saúde da família, alcancem uma compreensão ampliada do processo saúde-doença⁽⁸⁾.

Neste contexto o programa assume compromisso em pautar suas ações nas diretrizes do SUS principalmente no que se refere à participação popular, pois esta é de suma importância na identificação dos problemas, no planejamento e controle das atividades dos serviços de saúde⁽⁹⁾.

Muito mais do que respeitar o princípio da participação popular a ESF tem uma profunda identidade de propósitos com a defesa da participação em saúde, particularmente no que concerne à adequação das ações de saúde às necessidades da população. É importante que os profissionais não se limitem a estimular a participação somente a partir dos mecanismos institucionalizados como as Conferências e Conselhos de Saúde, mas que também facilitem e estimulem a população a exercer o seu direito à participação através de outras instâncias formais (como Câmaras de Vereadores, Ministérios Públicos etc.) e também de instâncias informais⁽¹⁰⁾.

É fundamental também, que a ESF seja desenvolvida de acordo com as características e problemas de cada localidade, para atender a saúde do indivíduo e da família dentro do contexto da comunidade, privilegiando as ações de promoção da saúde, mas também mediante ações de prevenção, cura e reabilitação⁽⁹⁾.

No que concerne à incorporação das práticas da Promoção em Saúde à ESF é pertinente lembrar a importância de considerar-se elementos como *empoderamento*^{***} e *participação comunitária*.

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

*** Um processo pelo qual os indivíduos, grupos sociais e organizações assumem maior controle sobre seus próprios destinos, ou seja, acesso às esferas de poder de grupos (muitas vezes marginalizados) com a capacidade de pressão daí derivada; ampliação e tomada do poder.

indivíduos para aumentar o controle sobre suas vidas e conseqüentemente sobre os determinantes do processo saúde-doença⁽¹¹⁾.

Nesta perspectiva as ações educativas na ESF assumem um novo caráter, mais condizente aos princípios e diretrizes do SUS, principalmente com relação ao controle social em que o direito à saúde é o eixo norteador e a capacidade de escolha é uma condição indispensável.

A ESF tem como finalidade propiciar o enfrentamento e a resolução de problemas identificados, pela articulação de saberes e práticas com diferenciados graus de complexidade tecnológica, integrando distintos campos do conhecimento e desenvolvendo habilidades e mudanças de atitudes nos profissionais envolvidos⁽¹²⁾.

A territorialização e adscrição da clientela são, dentre outros, princípios que norteiam a ESF. Assim, convivendo de maneira mais próxima à comunidade em que atuam, os profissionais da saúde podem desencadear mudanças significativas na sua área de abrangência ao observarem o cotidiano das pessoas, com base nas teorias e conceitos adotados pelo SUS. Sob esse aspecto, as atribuições fundamentais dos profissionais da Unidade de Saúde da Família (USF) são: planejamento das ações; saúde, promoção e vigilância à saúde; trabalho interdisciplinar em equipe e abordagem integral da família⁽⁴⁾.

Para a atuação na ESF é fundamental que a equipe entenda a saúde como produção social, como um processo construtivo que uma coletividade pode conquistar em seu dia-a-dia. É necessário então compreender o processo de responsabilidade compartilhada das ações em saúde, incluindo a sintonia entre os diferentes setores e a participação social. Essa é uma estratégia importante para que as pessoas adquiram consciência de que podem tomar a iniciativa, são sujeitos (e não apenas “*pacientes*”) capazes de elaborar projetos próprios de desenvolvimento, tanto individual como coletivamente⁽⁴⁾.

A participação popular significa uma força social imprescindível para fazer sair do papel as conquistas populares e impulsionar as mudanças necessárias⁽⁵⁾. A ESF tem o potencial de constituir-se em um estímulo à organização comunitária e à autonomia das comunidades, visto que o modelo assistencial proposto é o da promoção à saúde, que é baseado no encorajamento e apoio para que as pessoas e grupos sociais assumam maior controle sobre sua saúde. Assim, quando as pessoas se dão conta que detém o controle das próprias vidas e de que ao organizarem-se adquirem também o poder de melhorar as condições de vida da comunidade na qual vivem, configura-se um quadro de participação ativa dos usuários do serviço de saúde.

Além disso, a presença do trabalhador em saúde nas comunidades, atendendo aos moradores de áreas tradicionalmente desprovidas de equipamentos sociais urbanos, pode ser percebida como privilégio antes concedido apenas para as classes de alto poder aquisitivo e pode estimular as comunidades a adquirem uma maior mobilização, conquistando outros benefícios e ampliando os direitos dos quais se encontravam excluídas⁽¹³⁾.

Se, ao contrário, a Equipe de Saúde da Família não atuar de maneira a estimular a participação comunitária corre-se o risco de manter a prática do modelo médico clínico centrado na doença que tem se mostrado incapaz de alcançar a complexidade do processo saúde-doença incluindo as várias dimensões – individual, social, econômica e cultural – que o permeiam.

Embora a participação tenha limites, ou seja, não existe uma panacéia participativa por meio da qual os problemas dos cidadãos excluídos do acesso aos serviços de saúde serão resolvidos, esta constitui-se em uma possibilidade concreta mediante a qual podem ser criadas as condições necessárias para atingir a equidade pregada pelo SUS⁽⁷⁾.

A importância do trabalhador em saúde no processo de participação é fundamental, principalmente no momento em que a comunidade faz um auto diagnóstico, ou seja, quando ela levanta

seus problemas, dificuldades, reivindicações e prioridades. Isto porquê existem conhecimentos técnicos na área da saúde aos quais a comunidade não tem acesso e somente o técnico poderá compor e vice-versa. Cabe ao trabalhador de saúde propor e defender idéias participativamente submetendo-as à crítica da comunidade, tendo sempre em mente que nenhuma idéia (seja proveniente do trabalhador em saúde ou da comunidade) pode ser tomada como palavra definitiva no que diz respeito à abordagem participativa da comunidade⁽¹⁴⁾.

Nenhuma atividade é meramente técnica ou politicamente neutra em uma sociedade desigual. Sendo assim, nenhuma categoria profissional pode deixar de assumir responsabilidades. Daí a importância da interação do trabalhador com a comunidade no sentido de fomentar e facilitar a participação comunitária. Neste contexto social uma postura não crítica do profissional configura-se como atitude de reforço e manutenção das desigualdades e da passividade. Assim a participação popular não pode ser entendida apenas como mais uma variável na implementação de programas, nem tão pouco a mera presença das pessoas nas instituições, mas sim é a viabilização de um processo libertador que ocorrerá pelo conhecimento crítico da realidade, de forma a avaliar as circunstâncias que condicionam o nível e a qualidade desta participação⁽¹⁵⁾.

Com o objetivo de identificar temáticas de consenso e divergências entre os diferentes profissionais que compõe a equipe de saúde da família na cidade de Teresina (PI), foi realizado um estudo no qual concluiu-se que os médicos e enfermeiras entrevistados entendem que a ESF volta-se para a população pobre, as comunidades do interior e a população dependente dos serviços públicos, que apresentam problemas sociais. Infere-se que isto pode decorrer do processo de formação desses profissionais, no qual a saúde coletiva historicamente tem sido identificada como campo de conhecimentos e intervenção que privilegia ignorantes, pobres, comunidades periféricas, vilas e favelas bem como os grupos excluídos socialmente. Da mesma forma,

os agentes de saúde, na maioria das vezes líderes e participantes ativos de movimentos sociais, que inicialmente se identificam com o programa em decorrência de suas relações com a comunidade, ao se tornarem agentes de saúde, passam a se relacionar com a comunidade por meio de regras e das metas de produtividade. A partir daí, subordinam as habilidades apreendidas para resolver os problemas ao exercício da ação técnica como, por exemplo, verificar a pressão, fazer curativos e aplicar injeções⁽¹²⁾.

Neste estudo constatou-se que todos os entrevistados perceberam que o trabalho com comunidades é dinâmico, passando por uma fase inicial de desconfiança que evolui para participação efetiva. A relação da equipe com a comunidade é delimitada pelo confronto entre a representação idealizada do programa, como modelo de atenção básica, organizado, sistêmico, que prioriza ações de prevenção e promoção da saúde; a comunidade, segmento de excluídos sociais, que apresentam precárias condições de vida e saúde; demanda consumo de serviços e ações, de maneira emergencial e imediata. Nesse confronto, para os médicos e enfermeiras, a comunidade é um aglomerado amorfo, indistinguível, desorganizado, consumista de medicamentos e que apresenta hábitos não saudáveis, sendo sua intervenção necessária e imprescindível. Desta forma, em sua atuação, estes profissionais legitimam muito mais a instituição reprodutora de um saber pautado no modelo biomédico do que seu papel de sujeito social. Estas concepções decorrem de questões presentes no contexto de implantação da ESF, como a desorganização do subsistema de atenção de média e alta complexidade e as condições de vida e saúde da comunidade que dificultam a organização da demanda, a resolução esperada e, conseqüentemente, a credibilidade⁽¹²⁾.

Assim, diante das constatações dos pesquisadores, as quais identificamos também em nossa realidade, entendemos que o grande desafio que se impõe na saúde é fazer com que os trabalhadores superem o medo da participação popular

e o fato de suas atividades serem fiscalizadas, tendo a população mais presente em seu dia a dia⁽¹⁶⁾. “... É preciso entender que a participação que dá certo traz problemas. Pois é este o seu sentido. Não se ocupa espaço de poder sem tira-lo de alguém”⁽¹⁷⁾.

A pesquisa citada acima nos mostra uma visão pré-concebida dos profissionais da saúde que acreditam que a comunidade é pobre e ignorante e por isso não pode e nem sabe participar. Procedem da mesma maneira, os agentes comunitários de saúde que, ao alcançarem “status” de trabalhadores em saúde, relegam seu saber popular a um segundo plano, em relação ao saber técnico.

O grande equívoco dos profissionais é confundir diferenças culturais com falta de cultura e atuar desmerecendo o saber popular, acreditando ser o saber técnico a única possibilidade de melhorar as condições de vida de uma comunidade. O que muitas vezes foge a compreensão destes é que ao menosprezarem os traços culturais de uma comunidade jogam fora uma oportunidade real de diálogo, contato e motivação.

Acreditamos que não levar em conta a cultura comunitária é produzir uma iniciativa imperialista. A comunidade, ao sentir-se desconsiderada, reage não aderindo de maneira efetiva ao projeto. Assim, a comunidade só reconhecerá como seu aquele projeto que, mesmo tendo vindo de fora, é capaz de revestir-se de traços culturais do grupo⁽¹⁷⁾.

Na medida em que o profissional da ESF esteja realmente interessado em implementar mudanças no sentido de melhorar a saúde da comunidade em que trabalha, é preciso que ele compreenda que esta mudança deve partir de dentro da comunidade para fora e que isso somente será possível com a participação efetiva da população.

Para que os serviços de saúde contemplem as reais necessidades da população é preciso levar em conta obrigatoriamente o que as pessoas pensam sobre seus problemas e as soluções que espontaneamente buscam. Sendo assim, configura-se a necessidade de uma investigação envolvendo profissionais e comunidade de modo a descobrir a ‘ponte’ que permita chegar à

construção do conhecimento de acordo com as histórias de vida e condições materiais de existência de cada participante⁽⁵⁾.

Os profissionais da saúde, em sua maioria, de formação universitária e técnica costumam ter dificuldade em interpretar a fala e o fazer das classes populares de maneira apropriada. Este impasse relaciona-se com a dificuldade em aceitar que pessoas humildes sejam capazes de produzir conhecimento, de organizar e sistematizar pensamentos sobre a sociedade, de fazer uma interpretação capaz de contribuir para o trabalho dos profissionais com a comunidade. Esta questão torna-se importante quando lembramos que a composição da participação popular inclui as classes populares e trabalhadores em saúde. Ou seja, a própria idéia implícita de participação popular é posta em xeque, uma vez que as reivindicações que direcionam as manifestações não são necessariamente as mesmas para os diferentes grupos participantes. Tais questionamentos contribuem para que as relações entre os profissionais, educadores e as classes populares, tornem-se problemáticas, em virtude de dificuldades de compreensão dos primeiros com relação à comunidade⁽⁵⁾.

Outro ponto problemático é o fato de muitos profissionais acreditarem que a iniciativa para a participação parte apenas de profissionais de saúde e políticos e que a população falha neste aspecto, fazendo com que ela seja vista como passiva e apática. O que freqüentemente para o profissional é conformismo, pode ser para a população uma avaliação rigorosa dos limites de melhoria de sua vida. Nesse sentido, pode-se inferir que, embora haja profissionais preocupados em estimular a participação para que a população organize-se e reivindique seus direitos a serviços básicos de qualidade, na realidade a tradição dominante no Brasil é a do convite das autoridades para que a população tenha uma participação mais freqüente unicamente para solucionar problemas dos quais não dão conta⁽⁵⁾.

Da mesma maneira, muitas propostas participativas podem na verdade constituir-se em expedientes para camuflar novas e sutis repressões.

Isto porque a forma mais confortável de poder é aquela que se encobre por uma capa de participação. De uma forma geral políticos, profissionais de saúde, professores, pesquisadores ou intelectuais são, por vezes, figuras pertencentes ao lado privilegiado da sociedade. Se o processo de participação for coerente estes privilégios ficam ameaçados, pois a distância social entre tais figuras e as camadas menos privilegiadas da população deverá diminuir. Desta forma a participação tende a ser apenas um discurso teórico⁽¹⁷⁾.

Nesta concepção também está incluída a idéia de que a aceitação do convite a participar seria uma forma de legitimação dos governos. De maneira semelhante, embora muitos profissionais sejam sinceros na intenção de colaborar para uma participação mais efetiva e de acordo com os interesses populares, é possível a população encarar estes profissionais como sendo submissos às propostas das autoridades, nas quais freqüentemente não crê. Daí sua aparente falta de interesse em participar⁽⁶⁾.

O fenômeno da participação não pode ser banalizado como sendo uma tendência natural, fácil e corriqueira. Participação é um processo de conquista sempre se fazendo, e por isso mesmo não pode ser entendida como algo estático, pois é um processo infundável e em constante mudança. A participação não pode ser entendida como dádiva, concessão ou fenômeno pré-existente, pois é fundamentalmente produto de conquista, não é fenômeno secundário da política social, mas um de seus eixos fundamentais. Da mesma forma não pode ser imposta por um grupo social a outro, pois certamente a ninguém interessa uma liberdade doada, concedida ou imposta, mas sim aquela construída e conquistada pelo sujeito, pois só assim será verdadeira. Assim também é a participação. E isso fundamenta a dimensão básica da cidadania⁽¹⁷⁾.

Através da experiência do Programa Médico de Família em Niterói, observou-se que a aproximação da equipe com a comunidade acontece através de várias estratégias, que vão da abordagem diferenciada no cuidado individual ao incremento das reuniões

com a comunidade e dos trabalhos em grupo. A visita domiciliar foi também considerada uma estratégia importante de aproximação com a comunidade. É neste momento que a equipe básica interage com a família e percebe seus hábitos, suas crenças, a forma como se relaciona com familiares e vizinhos e os laços de solidariedade que os une. Também fazem parte da rotina das equipes as reuniões e práticas educativas participativas, que buscam introduzir, de forma sistêmica, o propósito de cumprir o papel social que cabe à saúde. Nestes encontros, a equipe básica, a de supervisão e a associação de moradores se unem à comunidade para discussão dos problemas de saúde e avaliação do trabalho e da própria equipe. Para facilitar o acesso da população, estas reuniões são, geralmente, realizadas a noite. Vale ressaltar que, apesar de todas as estratégias apresentadas, o processo de participação popular no programa enfrenta uma série de dificuldades e conflitos, alguns dos quais inerentes à própria dinâmica dos atuais movimentos sociais e de uma cultura cívica e democrática ainda bastante frágil⁽¹³⁾.

É importante perceber que na medida em que nos aproximamos da comunidade de uma maneira cuidadosa, respeitando as particularidades do grupo, não trazendo idéias preconcebidas, a comunidade tende a responder positivamente. Neste momento é importante que a equipe tenha a compreensão de que a participação é um mecanismo essencial na busca da cidadania que por sua vez é constituída, fundamentalmente, por duas esferas básicas: direitos e responsabilidades. Neste sentido, para a busca da cidadania, é importante que a comunidade adquira a percepção de que tem direito a ter direitos.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Por ser uma estratégia, a ESF tem metas e ações para contribuir com a melhoria das condições de vida e, conseqüentemente, do nível de saúde da população dentre elas a participação de toda a

sociedade. Neste contexto é imprescindível que os trabalhadores que atuam na ESF compreendam a importância da participação popular, tendo em conta que os serviços de saúde não podem dar solução a todos os problemas de forma isolada.

A partir desta reflexão pudemos constatar que a incorporação da participação popular na ESF depende da interação de vários fatores relacionados aos gestores, comunidade e equipe de saúde da família, sendo que o profissional de saúde tem papel fundamental no sentido de fomentar a participação. Em contrapartida, a ação dos profissionais da equipe de saúde da família pode também dificultar a participação, pois muitas vezes estes não tem o perfil e a qualificação adequados às exigências do programa, não possuindo as competências necessárias para estimular a participação.

É importante lembrar que as práticas da ESF são baseadas na filosofia da promoção da saúde e que esta se baseia no encorajamento e apoio para que as pessoas assumam maior controle sobre suas vidas. Este é o conceito do *empoderamento* e é uma estratégia importante para que as pessoas adquiram consciência de que são indivíduos capazes de elaborar projetos e um destino próprio, de modo a compartilhar responsabilidades e assumir as conseqüências de suas decisões.

Se, ao contrário, a equipe de saúde da família não atuar de maneira a estimular a participação comunitária esta reforça, com suas atitudes, a manutenção das desigualdades sociais e o não interesse da comunidade em assumir responsabilidade pelas questões relativas à sua saúde. Mantém a prática do modelo médico clínico centrado na doença que está fadado ao fracasso, pois é incapaz de alcançar a complexidade do processo saúde-doença incluindo as várias dimensões – individual, social, econômica e cultural – que o permeiam.

O fato dos profissionais de saúde freqüentemente acreditarem que a comunidade é pobre e ignorante e por isso não pode e nem sabe participar é um dos pontos levantados pelo artigo e que dificultam a participação. O grande equívoco destes profissionais é confundir diferenças culturais com falta de cultura e acreditar que o saber técnico

é a única possibilidade de melhorar as condições de vida de uma comunidade.

As relações entre os profissionais, educadores e as classes populares, tornam-se problemáticas, muitas vezes, em virtude falta de compreensão e da dificuldade dos primeiros em interpretar a fala e o fazer das classes populares, bem como em virtude da crença de que a comunidade é passiva e apática frente a suas condições de vida.

O que, muitas vezes, foge a nossa compreensão é que quando buscamos mudanças reais de atitude devemos atuar para que estas ocorram de dentro da comunidade para fora e que se menosprezarmos os traços culturais de um grupo jogamos fora uma oportunidade real de diálogo, contato e motivação.

A partir do momento em que os profissionais de saúde adquiram a consciência de que a participação popular não representa somente uma forma de controle e fiscalização da população sobre o serviço de saúde; mas representa principalmente uma possibilidade concreta de *empoderamento* e conseqüentemente uma forma de promoção da saúde, a ESF estará mais perto de alcançar os objetivos que se propõe como, por exemplo, a integralidade da assistência e a criação de vínculos de compromisso e de responsabilidade compartilhados entre os serviços de saúde e a população.

Assim, entender a Saúde da Família como estratégia de mudança significa repensar práticas, valores e conhecimentos de todas as pessoas envolvidas no processo de produção social da saúde. Amplia-se a complexidade das ações a serem desenvolvidas pelos profissionais e aumentam seus limites e possibilidades de atuação, requerendo desses profissionais novas habilidades⁽⁴⁾, que vão deste a capacidade de atuar de maneira interdisciplinar até a capacidade de integrar-se à comunidade na qual trabalham atuando como facilitadores no processo de conquista da cidadania através da participação popular.

ABSTRACT: Social control is one of fundamental principles of SUS, and may be considered an important

strategy to assure decentralization and municipalization of health. In this context, the Family Health Program (PSF) was established, as a model of attention for the whole country, to be developed fundamentally in the townships. The implementation of this program as a strategy makes possible the search for integrality of assistance and the creation of bonds of commitment and responsibility shared among the health services and the population. Nonetheless, what is observed is that the incorporation of the popular participation on PSF, is not a simple task, it depends of the interaction of historical-political and socio-economic-cultural factors of the managers, community and the professionals. In this context the health professional has a fundamental role to create conditions for the popular participation on the community where he works.

KEYWORDS: Health promotion; Consumer participation; Family health

RESUMEN: El Control Social es uno de los principios fundamentales del SUS y puede ser considerado como una importante estrategia para garantizar la descentralización y municipalización de la salud. En este contexto, se estableció el Programa de Salud de la Familia (PSF) como modelo de atención para todo el país, a ser desarrollado fundamentalmente por los municipios. La implantación de este programa posibilita la búsqueda de la integración de la asistencia y la creación de vínculos de compromiso y de responsabilidad compartidos entre los servicios de salud y la población. Entretanto, puede observarse que la incorporación de la participación popular en lo PSF no es una tarea simple, pues depende de la interacción de factores histórico políticos y socioeconómico culturales relacionados a los gestores, a la comunidad y a los profesionales. En este contexto, el profesional de la salud tiene un papel fundamental en el sentido de crear el ambiente y las condiciones para que la participación popular se concrete en la comunidad en la cual trabaja.

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

REFERÊNCIAS

- 1 Roncalli AG. O desenvolvimento de políticas públicas de saúde no Brasil e a construção do sistema único de saúde. In: Pereira AC, organizador. Porto Alegre: Artmed; 2003.
- 2 Ministério da Saúde (BR). Conselho Nacional de Saúde. A prática do controle social. Brasília; 2002.
- 3 Trad LAB, Bastos ACS. O impacto sócio-cultural do programa de saúde da família (PSF): uma proposta de avaliação. *Cad Saúde Públ* 1998 Abr-Jun; 14 (2): 429-35.
- 4 Ministério da Saúde (BR). Departamento de Atenção Básica. Guia prático do programa de saúde da família. Brasília; 2001.
- 5 Valla VV. Sobre a participação popular: uma questão de perspectiva. *Cad Saúde Públ* 1998; 14 (Sup. 2): 7-18.
- 6 Wendhausen A. O duplo sentido do controle social: (des) caminhos da participação em saúde. Itajaí: Univali; 2002.
- 7 Jacobi PR. Educação, ampliação da cidadania e participação. *Educ e Pesq* 2000 Jul-Dez; 26 (2): 11-29.
- 8 Ministério da Saúde (BR). Saúde da família: uma estratégia de organização dos serviços de saúde. Brasília; 1996.
- 9 Domingues RNB. Programa saúde da família: como fazer. Belo Horizonte; 1998.
- 10 Ministério da Saúde (BR). Secretaria de Assistência à Saúde. Estratégia de saúde da família: uma estratégia de reorientação do modelo assistencial. Brasília; 1998.
- 11 Chiesa AM, Veríssimo MDLOR. A educação em saúde na prática do PSF. Manual de Enfermagem [online] 2001 [citado 2003 Jan 29]. Disponível em: URL: <http://www.ids-saude.org.br/enfermagem.html>.
- 12 Pedrosa JIS, Teles JBM. Consenso e diferenças em equipes do programa de saúde da família. *Rev Saúde Públ* 2001 Jun; 35 (3): 303-11.
- 13 Senna MC M, Cohen MM. Modelo assistencial e estratégia de saúde da família no nível local: análise de uma experiência. *Ciênc Saúde Coletiva* 2002; 7(3): 523-35.
- 14 David CNS, Souza VLR. Participação popular em saúde: interação da representação usuária do CMS com sua base social em municípios da 8ª. CRS. [monografia]. Porto Alegre/ Escola de Saúde Pública; 2001.
- 15 Oliveira MFJ, Albuquerque AJ. Participação popular e prática odontológica em serviço público de saúde: uma experiência. *Saúde em Debate* 1992; 7 (37): 40-3.
- 16 Jacobi PR. Políticas sociais locais e os desafios da participação cidadina. *Ciênc. Saúde coletiva* 2002; 7 (3): 443-54.
- 17 Demo P. Participação é conquista. 3. ed. São Paulo: Cortez; 1999.

Recebido em 28/03/2003

Aceito em 14/08/2003