

Construindo a participação popular no município de Francisco Morato

Vânia Aparecida Calado¹
Cláudia Bógus²
Danaé Conversani³

Introdução

O Programa de Saúde da Família (PSF) define como atribuições comuns a todos profissionais que integram as equipes: elaborar com a participação da comunidade um plano local para o enfrentamento dos fatores que colocam em risco a saúde; promover ações intersetoriais e parcerias com organizações formais e informais existentes na comunidade para o enfrentamento conjunto dos problemas; discutir de forma permanente junto à equipe e à comunidade o conceito de cidadania, enfatizando os distritos de saúde e as bases legais que os legitimam; incentivar a formação e/ou participação ativa nos Conselhos Locais de Saúde e no Conselho Municipal de Saúde (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2000).

Para a implantação do programa, a relação estabelecida com a comunidade torna-se essencial. Entretanto, esta relação é delimitada pelo confronto entre a representação idealizada do programa como modelo de atenção básica e a comunidade, que apresenta precárias condições de vida e saúde e demanda consumo de serviços e ações, de maneira emergencial e imediata. (PEDROSA, 2001)

Partindo destes pressupostos e no sentido de contribuir para a reflexão sobre a relação entre atenção primária e participação popular, o presente estudo teve como objetivo aprofundar o conhecimento sobre o tema participação da comunidade no PSF e verificar como o Programa de Saúde da Família implantado no município de Francisco Morato articula-se com a comunidade.

Buscou-se conhecer melhor o processo de participação comunitária no PSF de Francisco Morato a partir da compreensão de como a Unidade de Saúde da Família relacionava-se com as instituições, associações e movimentos sociais da comunidade para o estímulo à participação popular.

Metodologia

Com base em Minayo (1993), realizou-se uma pesquisa exploratória de abordagem qualitativa.

A coleta de dados foi realizada no ano de 2003

no Município de Francisco Morato. O instrumento utilizado consistiu de um formulário com questões semi-estruturadas, tendo como questão norteadora: como tem sido o trabalho da equipe junto à comunidade.

Visitaram-se cinco associações de moradores e realizaram-se entrevistas semi-estruturadas com profissionais de duas Equipes de Saúde da Família (ESF): um médico, dois enfermeiros, seis agentes comunitários da saúde e dois auxiliares de enfermagem. Com o material das entrevistas transcrito, procurou-se realizar análise temática (MINAYO, 1993) das falas dos profissionais de saúde.

Resultados e Discussões

A relação entre a Equipe de Saúde da Família (ESF) e as instituições, associações e movimentos sociais da comunidade local, foi marcada no início do programa por grande entusiasmo da equipe, com ações junto à comunidade. Mas com o tempo, as ações foram se desarticulando e se concentrando em consultas individuais. Ilustram essa observação os seguintes depoimentos:

“No início do programa, a gente chamava os representantes da escola, da creche, da associação, para ouvir deles o que eles estavam querendo, apresentar o nosso serviço, o que a gente podia fazer. Em cima disso a gente tentava fazer um planejamento para o ano todo. Eu acho que foi legal isso.”

“Atualmente a gente está com a equipe completamente quebrada, tinha muitas áreas descobertas (...) não tem como planejar algumas micro-áreas e deixar as outras soltas”.

Quando os profissionais são abordados para exporem a opinião sobre como é a relação entre Equipe de Saúde da Família e as entidades da comunidade, destacam em suas falas que esta se dá por contato superficial, com pouco conhecimento sobre suas ati-

¹Psicóloga, com Aprimoramento em Saúde Coletiva pelo Instituto de Saúde – Secretaria de Estado da Saúde de São Paulo. Contato: vaniacalado1@yahoo.com.br

²Pedagoga, Doutora em Saúde Pública, Ex-Pesquisadora do Instituto de Saúde da Secretaria de Estado da Saúde de São Paulo e Professora do Departamento de Prática de Saúde da Faculdade de Saúde Pública da Universidade de São Paulo. Contato: claudiab@usp.br

³Educadora em Saúde e Pesquisadora do Instituto de Saúde – Secretaria de Estado da Saúde de São Paulo. Contato: danae@isaude.sp.gov.br

vidades, e com a mediação pelos programas assistencialistas do Governo do Estado de São Paulo.

“A única coisa que a gente trabalha junto... às vezes acaba encaminhando para eles é uma solicitação para que a mãe receba o leite para dar para o seu filho ou forneça uma cesta básica (...) e para isso elas têm que estar com o papanicolau e com a carteira de vacina em dia.”

“Eu acho que do mesmo modo que a gente não gosta que os outros se intrometam no serviço da gente, a gente também não gostaria que eles se intrometessem.”

Outro ponto referido são os aspectos que interferem negativamente no desenvolvimento do PSF no bairro e no município; destacam a questão social, explicando que as ações dependem de uma rede social muito grande.

“A gente tem falado muito em saúde para uma população que não tem o que comer, que vive do que os outros dão ou do que o governo dá e isso atrapalha a gente, não tem uma coisa coesa.”

“Algumas pessoas querem ser paternalistas, que é o perfil do Brasil (...) sempre quer dar, dar cestas de alimentação, auxílio com a escola (...) as pessoas quando procuram a gente aqui acham que a gente também tem que só dar, eles não querem se dar um pouco também.”

Ainda sobre as dificuldades, referem-se à transmissão inadequada de informações que leva ao imobilismo das ações, citando a linguagem técnica utilizada pelos profissionais universitários no contato com a população e a não discussão sobre os problemas encontrados, como ilustra o exemplo a seguir:

“É, aqui a gente tem que falar um diálogo aberto que a pessoa entenda (...) porque não adianta o médico explicar a importância de um tratamento, mas o paciente ali não sabe o que o médico está falando (...) isso afasta um pouquinho”.

O Conselho Local de Saúde é visto como importante instrumento para dar suporte ao trabalho da ESF e à comunidade, entretanto os profissionais destacam que o excesso de trabalho e os conflitos políticos dificultam a sua participação neste espaço.

“Acredito que seja complicado formar, porque quase todas as pessoas ligadas a isso têm um caráter político partidário, sempre querem alguma coisa em troca.”

“Essa troca de informações entre os bairros ou entre as equipes tem de ser muito importante e acho que até mesmo o Conselho Gestor Local deveria ser criado para que a gente pudesse ter um apoio administrativo ou um suporte junto à comunidade.”

Ainda em relação a este tema, revelam diversos níveis de aproximação da comunidade bem como diferentes informações acerca das funções e sobre a

pouca participação dos representantes comunitários:

“Eu gastei minha saliva tentando fazer a população entender essa conferência que nós teremos (...) eles acham que por eles morarem numa rua de barro não podem estar participando de algum evento que é em prol deles mesmos.”

“Conselho Local (...) olha, não sei se tem Conselho, tem na Santa Casa, tem o Secretário de Saúde (...) mas esse negócio de ConselhoLocal eu não sei te explicar.”

Considerações Finais

A análise dos depoimentos revela que a capacitação inicial centrou-se nos conhecimentos sobre questões de saúde e em como definir prioridades para as ações a serem desenvolvidas na implementação do PSF. Entretanto, as diferentes concepções sobre participação popular e articulação entre equipe e comunidade apontam para as seguintes questões: pouco instrumental para enfrentar algumas situações cotidianas, pouca experiência como liderança comunitária e atuação política, uso do senso comum e da religião.

Somam-se aos aspectos citados, as precárias condições de trabalho, tais como: baixos salários, falta de material, exigência de produtividade, rotatividade da equipe e, como consequência, ações centradas na consulta médica, secundarização do processo de promoção-prevenção-cura-reabilitação como um processo pedagógico, abandono do planejamento de atividades educativas essenciais para o desenvolvimento e a articulação entre os profissionais e as entidades da comunidade local na constituição de um espaço de prática participativa (ALBUQUERQUE, 2004)

Neste contexto, encontramos ações promovidas pelo Governo do Estado de São Paulo (Programa Alimenta São Paulo e Viva-Leite⁴) em parceria com entidades sociais desarticuladas do PSF, caracterizadas pela posse de poucos recursos financeiros, por lideranças comunitárias centralizadoras que participam de outros conselhos representativos. Por um lado, estas ações suprem as necessidades básicas da população, por outro, consomem o tempo disponível das instituições comunitárias das tarefas necessárias para atender aos programas e têm um caráter assistencialista que serve para manter o status quo (ARON, 2003)

Para Vasconcelos (2001), os profissionais da saúde devem conhecer a história trilhada pelas entidades de bairro, construir maior vínculo, articulação e credibilidade em relação às mesmas. Faz-se necessário restabelecer e fortalecer ações voltadas para a educação,

⁴A Secretaria Estadual de Agricultura e Abastecimento, promove dois projetos assistenciais em que disponibiliza uma quantidade de cestas básicas e litros de leite para crianças e/ou idosos.

para a participação popular e capacitação profissional, buscando romper com a segmentação entre os grupos sociais.

Outro desafio é encontrar formas de relacionamento com o Estado que não levem ao enfraquecimento ou à manutenção da tradição paternalista e clientelista, superando o perfil clássico de líderes comunitários centralizadores. Um caminho para o município seria a expansão da intersectorialidade das ações como estratégia para reorganizar a prática assistencial e fortalecimento do desenvolvimento local.

A constituição de Conselhos Locais de Saúde poderá se tornar instrumento fundamental, se estes atuarem com poder deliberativo e autonomia. Exigirá a capacitação dos conselheiros a respeito da legislação pertinente e implica em que a sociedade civil passe de ator social para ator político e que a sociedade política estatal aprenda a conviver com novos processos em que há parceiros na tomada de decisão, para que se construa um espaço de interlocução entre estes atores (GOHN, 2003).

Referências Bibliográficas:

ALBUQUERQUE, P.C.; STOTZ, E.N. A educação popular na atenção básica à saúde no município: em busca da integralidade. **Interface. Comunic. Saúde Educ.**, v.8, n.15, p.259-74, mar./ago. 2004.

ARON, M.L. **Práticas e riscos no cotidiano de trabalho dos Agentes Comunitários e Saúde.** 2003. Dissertação (Mestrado em Psicologia) – Pontifícia Universidade Católica, São Paulo. 2003.

SÃO PAULO (Estado) Secretaria de Agricultura e Abastecimento do Estado de São Paulo. 2003. **Projeto Alimenta São Paulo.** Disponível em: <http://www.codeagro.sp.gov.br/alimenta_sp/alimenta.php> Acesso em: 18 nov. 2003.

GOHN, M.G. Associativismo civil, conselhos de gestão na saúde e as cidades brasileiras. In: RASSI NETO, E.; BÓGUS, C.M. (Org.). **Saúde nos aglomerados urbanos uma visão integrada.** Brasília : OPAS, 2003. p.41-65.

MINAYO, M.C.S. **O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde.** 2.ed. Rio de Janeiro: HUCITEC/ABRASCO, 1993.

BRASIL. Ministério da Saúde. **A implantação da Unidade de Saúde da Família.** Brasília, D.F.: Departamento de Atenção Básica, 2000. (Cadernos de Atenção Básica. Programa de Saúde da Família, 1)

PEDROSA, J.I.; TELLES, J.B.M. Consenso e diferenças em equipes do Programa Saúde da Família. **Revista de Saúde Pública**, v. 35, n. 3. p. 303-311, 2001.

VASCONCELOS, E.M. **Educação Popular e a Atenção à Saúde da Família.** 2.ed. São Paulo: Hucitec, 2001.