

O DIÁLOGO COMO ESTRATÉGIA DE PROMOÇÃO DE PARTICIPAÇÃO POPULAR NO SUS

Dialogue as a strategy to promote popular participation in the SUS

Ernande Valentin Prado¹,
Darlle Soares Sarmiento², Luana Jesus de Almeida da Costa³

RESUMO

O presente trabalho é um relato de experiência que trata da importância do diálogo orientado pela educação popular como ferramenta fundamental para a gestão participativa no SUS. A vivência foi desenvolvida entre julho e novembro de 2013, na cidade de Dias D'Ávila, região metropolitana de Salvador, Bahia, em três comunidades rurais, com aproximadamente quinhentas famílias cada uma. Nessas comunidades, como em outras de Dias D'Ávila, trabalhadores da saúde mantinham-se distantes da população. Considerando esse contexto, algumas pessoas, representando a gestão, por meio do apoio institucional e do segmento dos trabalhadores, tomaram a iniciativa de criar espaços de aproximação entre estes e os cidadãos da área de abrangência dessa Equipe de Saúde da Família, acreditando na contribuição que viria ter a promoção do diálogo entre esses atores para desenvolverem uma participação popular engajada na reorientação do processo de trabalho desse serviço. A metodologia dos encontros privilegiou a escuta, o que potencializou a compreensão da comunidade sobre a diferença entre discutir o serviço de saúde e "a saúde". Como resultados favoráveis, podemos considerar que houve a construção de uma relação de trabalho participativo, a partir da aproximação entre profissionais e comunidade, com a vivência compartilhada de informações e ideias, demonstrando a importância do diálogo como ferramenta estruturante dessa relação. Assim, foram pactuadas algumas ações reorientadoras do processo de trabalho, tais como a reorganização dos processos assistenciais, a implantação de ações programáticas do Ministério da Saúde, o apoio à viabilização e a organização de uma cooperativa e a mediação com outros setores da prefeitura.

PALAVRAS-CHAVE: Comunicação; Participação Comunitária; Estratégia Saúde da Família.

ABSTRACT

This is an experience report that shows the importance of a dialogue oriented toward popular education as a fundamental tool to manage participation in the Unified Health System (SUS). The experience was carried out between July and November 2013 in the city of Dias D'Avila, metropolitan region of Salvador, Bahia, in three rural communities with a population of nearly five hundred families in each. In those communities, as in others of Dias D'Avila, health care workers remained apart from the population. Considering this context, several individuals representing management took the initiative, using institutional and working-class support, to create spaces for closer contact between them and the citizens living in this Family Health Team's coverage area. They did so believing in the contribution that the promotion of dialogue would make toward these people developing popular participation engaged in the reorientation of this work process. During meetings, the methodology of listening was applied, which reinforced community understanding about the difference between a discussion about the health care service and about "health". As favorable results, we can state that a participatory working relationship was constructed from the closer contact between professionals and community residents, who shared information and ideas, showing the importance of dialogue as a basic tool in this relationship. Thus, even some reoriented work process actions were agreed to, such as the reorganization of assistance processes, the implementation of programmed actions of the Ministry of Health, support for facilitating and organizing a cooperative, and mediation with other sectors of the local government.

KEYWORDS: Communication; Community Participation; Strategy Family's Health.

¹ Especialização em Saúde da Família / Universidade Federal de Pelotas / Universidade Aberta do Sistema Único de Saúde (UNA-SUS/UFPel) Universidade Federal da Paraíba (UFPB). E-mail: ernande.prado@gmail.com

² Farmacêutica, Pesquisadora do Projeto de Vivências em Extensão Popular no Sistema Único de Saúde (VEPOPSUS), Universidade Federal da Paraíba.

³ Fisioterapeuta, Pesquisadora do Projeto de Vivências em Extensão Popular no Sistema Único de Saúde (VEPOPSUS), Universidade Federal da Paraíba.

INTRODUÇÃO

Com o desenvolvimento do Sistema Único de Saúde (SUS), vem sendo viabilizado o aprofundamento do processo de participação social dos usuários dos serviços de saúde nas tomadas de decisões em saúde, estimulando o exercício da cidadania e efetivando o controle social, ou seja, a luta por seus direitos.¹

A participação social no SUS é um princípio doutrinário e está assegurado na Constituição e nas Leis Orgânicas da Saúde (8080/90 e 8142/90), e é parte fundamental do Pacto de Gestão do SUS. Dentre as diretrizes que visam o fortalecimento dessa gestão, encontram-se como responsabilidades para os municípios, o desenvolvimento de ações que incentivem o processo de participação social, como estimulação da participação e avaliação dos cidadãos nos serviços de saúde, e apoio aos processos de educação popular em saúde, para ampliar e qualificar essa participação social no SUS.²

No entanto, apesar dos dispositivos fundamentais que asseguram a participação e o controle social por parte da população, essa estrutura mostra-se insuficiente se tomada como única forma de participação popular. Segundo Vasconcelos,³ apesar de tantos avanços nesse campo, tem sido muito comum encontrar um forte sentimento de incômodo e insatisfação entre muitos trabalhadores sociais e lideranças populares mais envolvidos com a construção e ampliação da participação popular no setor saúde. Os conselhos e conferências de saúde têm se dedicado, principalmente a temas ligados à gestão e ao planejamento das políticas de saúde e não têm contemplado a articulação e o apoio às práticas solidárias e participativas de enfrentamento dos problemas de saúde na sociedade. Parece que com a institucionalização dos conselhos de saúde, esses tornaram-se a única via aceitável e legítima para realizar o controle social; no entanto o controle social pode e deve continuar sendo feito pelos movimentos sociais e populares, sindicatos, igrejas e pelo cidadão comum que usa os serviços de saúde no cotidiano.

Dentro desse contexto, percebe-se que pensar em gestão participativa do sistema de saúde implica a existência de canais de participação desobstruídos e fluxo constante de informações. Requer processos que favoreçam a participação ativa, autônoma, representativa e corresponsável, que propiciem, de modo mais completo, o crescimento das pessoas ou das organizações coletivas⁴ e, sobretudo, o reconhecimento e fortalecimento dos movimentos sociais e dos usuários como legítimos canais de construção do controle social.

Nesse sentido, um espaço privilegiado de participação social nos serviços de saúde vem sendo criado na Atenção

Básica. De acordo com Vasconcelos,³ “algumas práticas, que marcaram as características do funcionamento dos serviços de atenção primária à saúde, no Brasil, vêm se multiplicando, embora necessite de maior visibilidade e valorização por parte dos gestores”.

Dentre essas práticas, podemos citar: a valorização da ação educativa dos agentes comunitários de saúde da própria comunidade; formas grupais de enfrentamento de problemas de saúde específicos (grupos de hipertensos, diabéticos, gestantes, entre outros); ênfase na construção de ações de saúde integradas aos movimentos sociais locais; envolvimento da equipe de saúde em lutas políticas locais; gestão do trabalho de profissionais, por meio de rodas de discussão, estudo e negociações que incluam todos os membros da equipe; valorização de dimensões emocionais, artísticas e espirituais nos grupos; integração com práticas e saberes populares etc.

Dentro dessa perspectiva, a promoção da saúde passa a ser vista como uma tarefa dos governos, das instituições e grupos comunitários, dos serviços e profissionais de saúde. A reorganização dos serviços é colocada como uma das estratégias para viabilizar ações de promoção da saúde, assim como as mudanças na formação e nas atitudes dos profissionais são requisitos para que as necessidades do indivíduo sejam vistas de uma forma integral. Em todas essas estratégias, a educação em saúde torna-se uma ação fundamental para garantir a promoção, a qualidade de vida e a saúde.⁵

O movimento de educação popular em saúde, no contexto da Política Nacional de Educação Popular e Saúde,⁶ valoriza a prática educativa, numa perspectiva horizontal da relação trabalhador-usuário, incentivando as trocas interpessoais, as iniciativas da população usuária e, pelo diálogo, busca compreender o saber popular. Essa metodologia reconhece o usuário como sujeito capaz de estabelecer uma interlocução dialógica com o serviço de saúde e desenvolver uma análise crítica sobre a realidade, que possibilite incrementar estratégias de luta e de enfrentamento.⁷

O diálogo mencionado no título do trabalho é entendido como possibilidade de práxis. Segundo Zitkoski,⁸ Paulo Freire dizia que o diálogo é uma práxis social capaz de modificações constantes. É justamente esse aspecto do diálogo freireano que buscamos ao pensar o Sistema Único de Saúde. Não é nossa intenção implantar uma política estanque de participação popular, mas fomentar o diálogo para que este estructure políticas e/ou as aperfeiçoe.

Em todas as comunidades, entendeu-se que o SUS só vai ser como a população precisa, a partir da participação de todos e de cada um. Prado, Santos e Cubas⁹ dizem que para modificar os processos de saúde e o modelo assisten-

cial é preciso, antes de qualquer coisa, envolver a população, pois essas mudanças precisam partir da compreensão do usuário dos serviços e, para fazer isso, precisa que as comunidades sejam protagonistas das mudanças.

O trabalho em equipe pressupõe a interação entre as pessoas envolvidas, que se posicionam de acordo para coordenar seus planos de ação. Tendo em vista a complexidade dos diversos contextos territoriais de saúde existentes, compreende-se que a busca de consenso com base na prática comunicativa, isso é, na comunicação orientada para o entendimento, permite a construção de um projeto assistencial comum mais adequado às necessidades de saúde dos usuários, ao invés de apenas reiterar o projeto técnico dado *a priori*.¹⁰

Nesse sentido, o presente trabalho realizado dentro de uma Equipe de Saúde da Família, responsável por três distritos rurais, busca reorientar o processo de trabalho em saúde de forma a fortalecer o envolvimento dos profissionais com a realidade da comunidade onde estão inseridos. E ainda, criar espaços que permitam aos usuários reflexões críticas sobre a realidade, visando incrementar estratégias de luta e de enfrentamento das condições objetivas de saúde e relação com o serviço de saúde.

DESENVOLVIMENTO

Localizando o Serviço de Saúde

A vivência iniciou-se em julho de 2013, na cidade de Dias D'Ávila, região metropolitana de Salvador – Bahia e em três comunidades rurais, distritos pertencentes a essa região. A Equipe de Saúde da Família era responsável por aproximadamente 4.300 pessoas, sendo em média 2.500 na área urbana, 800 pessoas na Biribeira, 600 pessoas em Boa Vista de Santa Helena e em Emboacica cerca de 400 pessoas.

O IBGE¹¹ estima que em Dias D'Ávila vivam 75.103 pessoas, sendo que 3.977 estão na área rural. A cobertura da Estratégia Saúde da Família é de 68%. São oito Unidades de Saúde distribuídas pela área urbana e cinco unidades de apoio nas comunidades rurais.

Como acontecia o processo de trabalho

A equipe contava com todos os profissionais preconizados pela Estratégia Saúde da Família (ESF), excetuando a equipe de saúde bucal (odontólogo e atendente de consultório dentário), sendo que a população adstrita tinha atendimento odontológico, duas vezes por semana, por um profissional do município.

O profissional médico desta Unidade de Saúde da Fa-

mília era contratado por meio do Programa de Valorização da Atenção Básica (PROVAB), o qual era substituído, no dia que seria dedicado à parte teórica de seu trabalho, por uma médica do Município. O PROVAB é uma política criada pelo Ministério da Saúde, desde 2011, com proposição de estratégias de provimento, fixação dos profissionais de saúde, formação médica e educação permanente dos trabalhadores do SUS, de acordo com o modelo assistencial centrado no cuidado em saúde.¹²

Todos os dias, um carro da Secretaria de Saúde de Dias D'Ávila levava os profissionais técnicos de enfermagem até os distritos. Cada distrito tinha um Técnico de Enfermagem permanente e os Agentes Comunitários de Saúde, conforme o número da população. Em virtude das dificuldades territoriais, o horário de funcionamento do serviço variava para cada distrito. Na Biribeira, o serviço funcionava das 8 às 16 horas, por contar com uma técnica de enfermagem da própria região. Em Boa Vista de Santa Helena e Emboacica, o horário de abertura dependia da chegada do carro e o encerramento do serviço variava entre 14 e 15 horas. O atendimento de enfermagem ocorria, geralmente, uma vez por semana e o atendimento médico, dependendo das necessidades agendadas, acontecia, quinzenalmente ou mensalmente.

Planejamento dos Encontros: a abordagem do diálogo por meio da construção do processo de trabalho participativo

As queixas da população eram grandes e inquestionáveis. Em geral, estavam relacionadas à estrutura ineficiente da rede e ao processo de trabalho que nem sempre atendia em primeiro lugar as necessidades da população. A experiência teve início, a partir de “reclamações” da população quanto aos serviços prestados pela equipe da Estratégia Saúde da Família (ESF) do bairro Nova Dias D'Ávila, responsável também pelas áreas rurais das comunidades de Biribeira, Boa Vista, Santa Helena e Emboacica.

Nas comunidades descritas, como em outras de Dias D'Ávila, a gestão, aqui entendida como partes dos trabalhadores, mantinha-se distante da população, como é comum em muitas outras cidades. Porém, o objetivo era promover o diálogo entre a população e trabalhadores e contribuir com a participação popular e o controle social de uma forma orgânica, mesmo não sendo pelas vias formais de um conselho. Entende-se que promoção de saúde não se faz para a população, mas com o que é coerente com a Carta de Otawa,¹³ no trecho que diz: é preciso capacitar à comunidade para que atue na melhoria de sua qualidade de vida. É por isso que não pensamos o diálogo como mais uma política, mas como postura capaz de fo-

mentar políticas mais coerentes e capazes de dar resolutividade aos serviços.

A estratégia da gestão (representada pelo Apoio Institucional) era modificar esses aspectos, por isso encontros foram agendados para “escutar” a comunidade e pensar formas de melhorar o serviço. A mobilização foi realizada pelos profissionais da saúde, associação de moradores, escola e representantes da prefeitura. Compareceram, aproximadamente 20 pessoas no primeiro encontro. As queixas giravam em torno das questões:

- Pouca disponibilidade de consultas médicas e odontológicas.
- Falta de medicações e exames.
- Ausência de ambulância.
- Profissionais com pouca capacitação e pouco atuantes.

A metodologia do encontro privilegiou a escuta, de modo a legitimar e considerar as reivindicações e avançar, no sentido de discutir não só o serviço, mas a essência dos problemas. Segundo Mendes,¹⁴ existe diferença entre discutir o sistema de serviços de saúde e discutir o sistema de saúde. Sistema de serviço de saúde diz respeito a “um sistema social temático unissetorial” e sistema de saúde diz respeito às condições de vida da população.

Já, na primeira reunião, a comunidade compreendeu essa diferença e entraram em pauta as condições da estrada e transporte, que causam diversas situações complicadas e impedem a solução de outras. Avançou-se na discussão da necessidade de geração de emprego e renda. Em síntese, avaliou-se o contexto do processo saúde-doença. Considerado nesse processo, o conceito ampliado de saúde da Constituição de 1988¹⁵ diz que saúde depende de moradia, emprego e renda, educação, cultura e acesso aos serviços de saúde, entre outros, portanto, a proposta deste trabalho não é algo inovador, mas apenas coerente com a Constituição Federal de 1988.

Após as reflexões, os profissionais comprometeram-se a avaliar meios para atender as reivindicações e avançar na discussão de promoção de saúde. A comunidade comprometeu-se a reunir com a associação de moradores para debater ações voltadas à melhoria das condições de vida. Para dar seguimento à ação/reflexão geradas, foi agendado novo encontro para o mês seguinte.

Como resultados favoráveis, pode-se considerar que houve avanço em duas direções: primeiro – aproximação entre profissionais e comunidade, de modo que ambos perceberam estar juntos nas limitações e possibilidades, ou seja, que precisam estar em consonância para a prática de promoção de saúde. Em segundo lugar, a equipe viven-

ciou a partilha de informações e ideias, demonstrando a importância do escutar.

As soluções pactuadas na Biribeira e, logo em seguida, nas outras comunidades foram as seguintes: reorganizar os processos assistenciais; implantar as ações programáticas do Ministério da Saúde; apoiar a viabilização e a organização de cooperativa; mediação com outros setores da prefeitura e dar continuidade ao diálogo, entendendo que a intersetorialidade é condição para uma Atenção Básica abrangente, pois envolve a compreensão da saúde como inseparável do desenvolvimento econômico e social, o que exige articulação com outros setores de políticas públicas.¹⁶

Nenhum assunto é refutado como não sendo da saúde, embora surjam às vezes questionamentos. Porém os próprios participantes se encarregam de esclarecer. Um estudante de veterinária e outra de psicologia, em encontro do Estágio de Vivência no Sistema Único de Saúde (EV-SUS), que aconteceu em agosto de 2013, argumentaram que deveríamos estar orientando a população sobre hanseníase, tuberculose, entre outras doenças e não discutindo organização de cooperativa. Uma moradora tomou a palavra e disse: *“porque discutir hanseníase se aqui ninguém tem isso e nosso problema é falta de emprego?”*

Essa discussão entre os estudantes e a comunidade confirma o que diz Minayo¹⁷ ao afirmar que o conceito ampliado de saúde é de conhecimento da população e que somos nós, os profissionais que temos dificuldade em compreender.

A partir do distrito de Emboacica, outros dois distritos reivindicaram encontros. Em cada comunidade a dinâmica é diferente. Na comunidade de Boa Vista de Santa Helena, ainda não se avançou, no sentido de discutir o conceito de saúde e as ações programáticas são voltadas para temáticas como hipertensão e diabetes, saúde da criança, entre outros. Na comunidade da Biribeira, a discussão ainda está concentrada apenas no processo de trabalho da equipe e da rede, porém há avanços consistentes no entendimento da dinâmica do fazer e do quanto isso depende da participação da comunidade.

Um indicativo de que a estratégia tem funcionado é o fato de que outros setores da comunidade e da secretaria começaram também a participar e a reivindicar. Na terceira reunião da comunidade de Emboacica, um produtor de mandioca procurou apoio para comercializar sua cultura, um membro do conselho de segurança reivindicou apoio para as questões de segurança. Em relação ao serviço, a procura foi do setor de vigilância, que se prontificou em participar das reuniões e debater questões relacionadas ao setor.

CONCLUSÃO

Em nenhuma das três comunidades foi imposta a reunião como forma de atender alguma reivindicação, mas perguntado se gostariam de ser ouvidos. Nem os assuntos discutidos foram impostos. Não existe um “pacote pronto”, todos os assuntos/dinâmicas surgiram da comunidade e foram encaminhados com o maior respeito possível, porém sempre tomando o cuidado de resumir a discussão, no final, para que a comunidade não tivesse a sensação de que foi apenas um debate do ponto de vista teórico. Segundo Freire,¹⁸ o diálogo critica e promove os participantes do círculo. Assim, juntos, recriam criticamente o seu mundo: o que antes só absorvia, agora contribui com as soluções. E ousamos dizer que quando têm suas reivindicações atendidas, suas ideias implantadas, sentem-se parte e passam a efetivamente ser SUS.

A carência de diálogo parece ter sido a maior questão enfrentada e, parcialmente resolvida pelos trabalhadores até o momento, pois muitos dos problemas apontados e enfrentados não estão equacionados. Essa escuta, que também pode ser traduzida como “dar a palavra”, reconhecer o direito de falar, criticar, questionar, propor, é de fato cuidado. A escuta atenta e generosa das versões, verdades, crenças e das histórias do outro se refere a um tempo em que o cuidador abdica da fala e presta atenção a quem fala, a quem conta e confessa. Talvez essa seja a chave do sucesso da iniciativa.

Temos convicção de que ainda é cedo para afirmar que a experiência obteve êxito total, mas se acredita que o diálogo com a comunidade é o caminho a ser percorrido cada vez com mais intensidade. Espera-se, também, que essa vivência seja generalizada para todo município e resulte não apenas em melhoria dos processos de trabalho e assistência à comunidade, o que, sem dúvida, já começou a acontecer, mas que dê origem a políticas de saúde e a uma forma de participação popular mais orgânica, organizada e menos cartorial do que “estão os conselhos de saúde”. Quem sabe os grupos (hoje totalmente espontâneos) não venham a ser os conselhos locais de saúde de amanhã?

REFERÊNCIAS

1. Simões AV. Controle social na estratégia saúde da família: concepções e ações dos usuários e trabalhos de saúde [dissertação]. Jequié: Universidade Estadual da Bahia; 2010.
2. Ministério da Saúde. Gabinete do Ministro. Portaria nº 399, de 22 de fevereiro de 2006 [citado 2015 maio 5]. Disponível em: <http://bvsm.sau.gov.br/bvs/sau-de-legis/gm/2006/prt0399_22_02_2006.html>.
3. Fleury S, Vasconcelos L, Lobato C. (org.) Participação, democracia e saúde. Rio de Janeiro: Cebes; 2009.
4. Vazquez ML et al. Caderno de Participação social nos serviços de saúde: concepções dos usuários e líderes comunitários em dois municípios do Nordeste do Brasil. Saúde Pública. Rio de Janeiro, 2003 mar./abr.; 19(2):579-591.
5. Albuquerque PC, Stotz EM. A educação popular na atenção básica à saúde no município: em busca da integralidade. Interface. Botucatu. 2004; 8(15):259-274.
6. Ministério da Saúde. Secretaria de Gestão Estratégica e Participativa. Política Nacional de Educação Popular e Saúde. Brasília – DF. 2012 [citado 2015 maio 10]. Disponível em: <<http://www.crpsp.org.br/diverpsi/arquivos/PNEPS-2012.PDF>>.
7. Oliveira LC, Avila MMM, Gomes AMA, Sampaio MHLM. Participação popular nas ações de educação em saúde: desafios para os profissionais da atenção primária. Interface. Botucatu. 2004; 18(Suppl.2):1389-1400.
8. Zitkoski JJ. Diálogo/Dialogicidade. In: Streeck DR, Redin E, Zitkoski JJ. (org.). Dicionário Paulo Freire. Belo Horizonte: Autêntica; 2008. p.130-131.
9. Prado EVD, Santos ALD, Cubas MR. Educação em saúde utilizando rádio como estratégia. Curitiba: CRV; 2009.
10. Crevelim MA, Peduzzi M. A participação da comunidade na equipe de saúde da família. Como estabelecer um projeto comum entre trabalhadores e usuários? Ciência & Saúde Coletiva. 2005; 10(2):323-331.
11. IBGE. Dados demográficos de Dias D’Ávila [citado 2015 maio 12]. Disponível em: <<http://cidades.ibge.gov.br/xtras/temas.php?lang=&codmun=291005&idtema=119&search=bahia|dias-d`%C3%81vila|estimativa-da-populacao-2013>>.
12. Carvalho MS, Sousa MF. Como o Brasil tem enfrentado o tema provimento de médicos? Interface - Comunicação, Saúde e Educação. 2013 out./dez.; 17(47):913-926.
13. OMS. Carta de Ottawa. Ottawa, novembro de 1986 [citado 2015 maio 10]. Disponível em: <http://bvsm.sau.gov.br/bvs/publicacoes/carta_ottawa.pdf>.

14. Mendes EV. A Atenção Primária à Saúde no SUS. Fortaleza: Escola de Saúde Pública do Ceará; 2002.
15. Brasil. Constituição da República Federativa do Brasil. Brasília: Senado Federal. 1988 [citado 2015 maio 12]. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/constituicao/constituicao.htm>.
16. Giovanella L et. al. Saúde da família: limites e possibilidades para uma abordagem integral de atenção primária à saúde no Brasil. *Ciência & Saúde Coletiva*, 2009; 14(3):783-784.
17. Minayo MCDS. Saúde e doença como expressão cultural. In: Mynayo MCS, Amancio Filho A, Moreira CGB. (org.). *Saúde, trabalho e formação profissional*. Rio de Janeiro: Fiocruz, v.1; 1997.
18. Freire P. *Pedagogia do oprimido*. 17ª ed. Rio de Janeiro: Paz e Terra; 1987.

Submissão: outubro de 2015

Aprovação: janeiro de 2016
