

AS CONTRIBUIÇÕES DA COMUNIDADE PARA O TRABALHO DA EQUIPE DE UM PSF

Maria José Sanches Marin¹

Luciana Rocha de Oliveira²

Mércia Ilias³

Elza de Fátima Ribeiro Higa¹

Considerando a relevância da participação popular na construção de novos modelos de saúde, o presente estudo propõe-se a verificar as contribuições dessa participação nas ações de saúde de uma Unidade de Saúde da Família. Trata-se de estudo de análise documental, a partir de atas de 24 reuniões mensais da equipe com a comunidade. Após a leitura dos registros, os assuntos discutidos foram agrupados em quatro temáticas: recursos materiais e humanos, acesso aos serviços de saúde de maior complexidade, adesão da comunidade às atividades oferecidas pela unidade e promoção da saúde e prevenção de doenças. Constata-se que, embora as discussões vislumbrem a visão integral da saúde e possibilitem co-responsabilidade, fortalecimento do vínculo e troca de informação, ainda é necessário maior avanço para se obter a efetiva participação da comunidade na co-gestão do sistema de saúde.

DESCRITORES: programa saúde da família; participação comunitária; saúde pública

COMMUNITY CONTRIBUTIONS TO A FHU TEAM WORK

Considering the importance of people participating in the construction of new health models, this study aimed to characterize and analyze contributions brought by community to health actions carried out in a Family Health Unit. It is a documentary analysis based on the records of 24 monthly meetings between the team and community. After reading the records, subject was divided into four themes: material and human resources, availability to secondary level health services, community adherence to the unit activities, health promotion and disease prevention. Discussions opened a wide perspective on health and stimulated co-responsibility, stronger links and information exchanging. Nevertheless, there is a need to improve community effective participation in the co-management of the health system.

DESCRIPTORES: family health program; community participation; public health

LAS CONTRIBUCIONES DE LA COMUNIDAD PARA EL TRABAJO DEL EQUIPO DE UN PSF

Considerando la relevancia de la participación de la población en la construcción de nuevos modelos de salud, el presente estudio propone caracterizar y analizar las contribuciones de la participación de la comunidad en las acciones de salud de una Unidad de Salud de la Familia. Se trata de un estudio de análisis documental, basado en actas de 24 reuniones mensuales del equipo con la comunidad. Después de la lectura de los registros, los asuntos fueron clasificados en cuatro temáticas: recursos materiales y humanos, accesos a los servicios de salud de nivel secundario, adherencia de la comunidad a las actividades ofrecidas por la unidad y promoción de la salud y prevención de enfermedades. Verificó-se que las discusiones destacaron una visión íntegra de la salud e hicieron posible la co-responsabilidad, fortalecimiento del vínculo y cambio de información. Todavía es necesario avanzar para obtener la efectiva participación de la comunidad en la co-gestión del sistema de salud.

DESCRIPTORES: programa salud de la familia; participación comunitaria; salud pública

¹ Enfermeira, Doutor em Enfermagem, Docente; ² Enfermeira, Programa de Saúde da Família do Município de Marília, Brasil, Especialista em Saúde da Família, Docente Colaboradora; ³ Médica, Mestre em Saúde Pública, Docente. Faculdade de Medicina de Marília, Brasil

INTRODUÇÃO

A participação comunitária é um movimento que vem sendo incentivado como uma estratégia de enfrentamento dos problemas de saúde, conseguindo, assim, maior consciência política e compartilhamento das responsabilidades e de informações, na busca de melhor autonomia e qualidade de vida das pessoas.

A participação dos cidadãos na gestão pública em saúde vem sendo articulada desde o Movimento Nacional pela Reforma Sanitária, o qual teve por marcos de reafirmação e consolidação as 8ª e 9ª Conferências Nacionais, respectivamente, em 1986 e 1992, e vem ocorrendo nos Conselhos Municipais de Saúde (CMS), os quais possuem composição, paridade e atribuições asseguradas por norma jurídica⁽¹⁾.

O delineamento dado à política de saúde brasileira, pela constituição de 1988, contribuiu com tal construção ao atribuir ao Ministério da Saúde o compromisso de reestruturar o modelo de atenção, partindo do referencial de saúde como direito de cidadania e pressupondo a organização dos serviços cada vez mais resolutivos, integrais e humanizados⁽²⁾.

Nessa proposta, a idéia de "saúde para todos", sem a participação ativa das pessoas, não será possível para o ano 2010, pois delas depende o necessário aval para impulsionar a prevenção e a atenção primária à saúde. Essa participação também deve ser a facilitadora da coordenação das múltiplas atividades do Estado no setor saúde e permitir que seja construída uma visão holística da saúde⁽³⁾.

A participação cidadã caracteriza-se pela substituição da categoria comunidade ou povo pela sociedade como categoria central. Esse conceito está fundamentado na universalização dos direitos sociais, na ampliação do conceito de cidadania e em uma nova compreensão do caráter do Estado, remetendo à definição das prioridades nas políticas públicas com base em um debate público⁽⁴⁾. Assim, pode-se considerar tal participação como o controle sobre a própria situação, mediante intervenções em decisões, iniciativas e gestões, que afetam as condições de vida em que tal situação e projetos se desenvolvem⁽⁵⁾.

Devido a tal atuação, o envolvimento da coletividade tem-se firmado gradualmente nos últimos anos e tem produzido diretrizes políticas cada vez mais compatíveis com a realidade, de modo a garantir e racionalizar recursos materiais, financeiros e humanos, ao mesmo tempo em que as pessoas

adquirem cada vez mais consciência das suas tarefas e da responsabilidade inerente a elas⁽⁶⁾.

Atualmente, com quase duas décadas de construção desse modelo, parece evidente a importância da participação ativa e contínua da sociedade nas ações a serem desenvolvidas. Contribui com isso a implementação do Programa Saúde da Família (PSF), que vem ocorrendo em todo território nacional e possui características que favorecem a integração entre comunidade e equipes de saúde da família, bem como a relação trabalhador-usuário. Nesse sentido, destaca-se a introdução dos agentes comunitários de saúde (ACS) nas equipes, adscrição da clientela em um território definido e o trabalho em equipe.

O trabalho em equipe, nas unidades de saúde da família, favorece o envolvimento e a participação da comunidade na construção de um projeto assistencial comum, visto que a população de referência é a destinatária do trabalho desenvolvido, pressupondo um processo de democratização das instituições.

A filosofia do PSF busca, portanto, alcançar em longo prazo uma alteração da relação entre cidadão e o Estado, promovendo o conceito de saúde como um direito de cidadania e possibilitando a inserção ativa dos indivíduos nos processos de melhoria da qualidade de vida por meio de sua participação na discussão das políticas públicas⁽⁶⁾.

Apesar de se considerar relevante tal participação, estudo sobre o PSF aponta para a ausência do usuário como protagonista do seu próprio viver e da produção de seu cuidado, visto que a equipe ainda coloca a população fora do âmbito das decisões sobre o que lhe diz respeito⁽⁷⁾. Os avanços na participação e no trabalho em equipe não têm garantido a construção de um projeto assistencial comum⁽⁴⁾.

A participação democrática nas decisões e ações que definem o destino da sociedade brasileira vem sendo duramente conquistada, haja vista a tradição autoritária e excludente que constituiu a sociedade brasileira ao longo da história⁽⁸⁾.

Diante do exposto, reconhecendo a relevância da participação das pessoas da comunidade na implementação de um modelo que visa à melhoria da qualidade de vida e as dificuldades para torná-la efetiva, buscou-se, aqui, compreender como tal participação vem ocorrendo em um PSF, com a finalidade de contribuir com dados que permitam a reflexão e o desenvolvimento dessa construção.

OBJETIVO

Verificar as contribuições da participação da comunidade nas ações de saúde de uma Unidade de Saúde da Família.

METODOLOGIA

Trata-se de estudo de análise documental, a partir das atas das reuniões da equipe da USF Santa Augusta, da cidade de Marília, SP, com a comunidade.

A Unidade de Saúde da Família Santa Augusta teve início de seu trabalho em 27 de abril de 2003. A área de abrangência possui 2348 pessoas. A equipe de saúde é formada por uma médica, uma enfermeira, uma dentista, uma auxiliar de consultório dentário, duas auxiliares de enfermagem, seis agentes comunitários, uma auxiliar de serviços gerais e, duas vezes por semana, um motorista. Além de servir como campo de estágio para estudantes da primeira, segunda e quarta séries dos Cursos de Enfermagem e Medicina da Faculdade de Medicina de Marília e à Residência Multiprofissional de Saúde da Família da mesma instituição, a USF conta com residentes médicos e enfermeiros e, a partir de 2006, com residentes de odontologia, fisioterapia e serviço social. A USF atende população urbana e rural.

Além de atender a demanda de consultas médicas, de enfermagem e odontológicas, a equipe realiza visitas domiciliares para as pessoas consideradas de maior risco e com doenças incapacitantes e atividades com grupos de hipertensos e diabéticos, futebol, caminhada, reeducação alimentar, artesanato, corte de cabelo, pré-natal, grupo de crescimento e desenvolvimento entre outros. Semanalmente são realizadas reuniões de equipe, quando se discute os problemas da comunidade bem como o processo de trabalho da equipe.

Uma vez ao mês é realizada reunião de comunidade com a participação dos profissionais da equipe, alunos da Faculdade de Medicina de Marília (cursos de medicina e enfermagem), presidente da comunidade local, representantes do Conselho da Zona Sul (CONSUL) e outras pessoas da comunidade. Além dos elementos da equipe, participam das reuniões aproximadamente de quatro a dez pessoas. Essas reuniões são registradas em ata e enviadas para a Equipe Gestora do PSF na Secretária Municipal de Higiene e Saúde de Marília.

Para a realização deste estudo foram utilizados os dados registrados em atas de 24 reuniões

de comunidade da USF Santa Augusta, no período de março de 2003 a março de 2006.

A análise dos resultados foi realizada conforme os passos da técnica de análise de conteúdo descrita por Bardin⁽⁹⁾, compreendendo: leitura flutuante de cada uma das unidades de registros, segunda leitura com a finalidade de desmembrar as unidades de registro para classificar e agregar os dados brutos contidos nas mesmas em representação do conteúdo e a categorização por grupos de unidades de registros com significado e elementos comuns. Tal análise possibilitou agrupar as discussões narradas nas atas em quatro temáticas: *recursos materiais e humanos, acesso aos serviços de saúde de maior complexidade, adesão da comunidade às atividades oferecidas pela unidade e promoção da saúde e prevenção de doenças*, as quais são apresentadas em forma de tabelas com os respectivos elementos comuns, seguidas de análise descritiva.

RESULTADOS

Ao referir-se aos temas discutidos nas reuniões da equipe do PSF cujas atas foram analisadas, a temática acesso aos serviços de saúde de maior complexidade, agrupada na Tabela 1, revela-se como preocupação para a comunidade devido aos limites impostos na continuidade do cuidado à saúde.

Tabela 1 - Distribuição dos assuntos, ações e resultados obtidos a partir das reuniões de comunidade com a equipe da USF referente à temática: acesso aos serviços de saúde de maior complexidade. Marília, SP, 2006

Tema	Ação	Resultados
Dificuldade de agendamento nas especialidades médicas.	Comunicado ao grupo gestor da Secretaria da Saúde a necessidade de aumentar a oferta de serviços.	A demanda continua reprimida.
Demora na aprovação do processo de laqueadura.	Prestados esclarecimentos quanto à forma como o processo é avaliado.	Usuários permanecem insatisfeitos.
Demora na realização de mamografia.	Usuárias foram orientadas a realizar o exame no mutirão feito pelo Hospital das Clínicas de Marília.	A maioria das mulheres que estavam à espera realizou o exame.
Reclamação da qualidade do atendimento no hospital de referência.	Comunicada à equipe gestora da SMHS que realizou diálogo com os responsáveis pelo hospital.	Não foi observado resultado satisfatório.

O acesso às tecnologias de saúde representa aspecto importante a ser considerado pelo setor, visto que a implantação dos PSF com a finalidade de reorganizar a atenção básica não tem sido suficiente para atender as necessidades da população.

Conforme apontado por Merhy, o PSF deve ser explorado dentro de seus limites e incorporado como uma modalidade tecnológica integrante da complexa rede de atenção, antes de ser considerado suficiente para resolução de todos os problemas⁽¹⁰⁾.

A dificuldade da população em ter acesso a especialistas, exames e procedimentos específicos fere princípios constitucionais e regulamentares do sistema de saúde brasileiro quando considera "a saúde como um direito de todos", a "integralidade", "equidade" e "universalidade".

A dificuldade em agendar consulta com especialistas e exames específicos, conforme citado pela comunidade, revela lacuna importante na atenção secundária e, em decorrência disso, os usuários ficam predispostos a agravamentos da condição de saúde com possíveis internações de urgência. Além disso, tal aspecto gera desconforto para a equipe da USF, a quem cabe dar respaldo e explicações para a situação de demora.

Ao organizar o sistema de saúde, conforme o princípio da hierarquização e regionalização, tem-se idéia de expansão da cobertura e democratização do acesso. No entanto, a rede de atenção básica não tem conseguido tornar-se a "porta de entrada" mais importante, haja vista a alta demanda existente nos prontos-socorros e a dificuldade de acesso aos serviços especializados⁽¹¹⁾. Explica-se tal fato pela insuficiência de recursos para o setor saúde, má utilização daqueles já existentes, além da discriminação existente no setor privado, que se baseia exclusivamente no critério econômico e busca garantir sua sobrevivência pela criação de planos de saúde.

Tabela 2 - Distribuição dos assuntos, ações e resultados obtidos a partir das reuniões de comunidade com a equipe da USF referente à temática: adesão da comunidade às atividades oferecidas pela USF. Marília, SP, 2006

Tema	Ação	Resultados
Falta de adesão nas reuniões de comunidade.	Cada pessoa presente na reunião responsabilizou-se conscientizar os demais usuários para participar das reuniões. Confecção de faixa com data e horário e colocação em frente da unidade; realizaram-se convites durante os atendimentos na USF e nas visitas domiciliares. Impressão de convites e entrega nos domicílios.	Houve pouca melhora na adesão. Os usuários alegam descrença, cansaço e coincidência com o horário de novelas.
Falta de adesão às atividades em grupos propostas pela unidade.	A equipe passa a estimular mais as pessoas; propostos passeios como ida ao bosque; criados grupos de atividades para capacitar para o trabalho; propostas novas técnicas de artesanato, entre outras.	Houve aumento quase insignificante na adesão.
Falta de adesão ao exame preventivo de câncer de colo uterino e de mama.	Feita orientação na sala de espera, realizado "dia especial" com sorteio de um "kit beleza". Disponibilizado o horário noturno.	Houve aumento da cobertura.

Adesão, do ponto de vista etimológico, do latim *adhaesione*, significa junção, união, aprovação, acordo, manifestação de solidariedade, apoio; pressupõe relação e vínculo. Entende-se ser um processo multifatorial, estruturado a partir da relação entre quem cuida e quem é cuidado e envolve a constância, a perseverança e a frequência⁽¹²⁾.

Referindo-se à adesão nas reuniões de comunidade, foi discutido o pequeno número de pessoas que vem participando da mesma, em torno de quatro a dez por reunião. Alguns apontam como motivo "o cansaço após o trabalho", "a coincidência com o horário das novelas", além da desvalorização da reunião enquanto espaço resolutivo.

Outras atividades de promoção e prevenção, propostas pela equipe, também têm apresentado pouca adesão, o que parece merecer reflexão e análise quanto à efetividade das mesmas e adequação às necessidades da população. Além disso, tais medidas precisam ser ampliadas, envolvendo a intersectorialidade, visando não apenas manter uma ocupação e recreação, mas sim qualificação que possibilite conquistas e perspectivas de melhoria das condições de vida.

Na literatura, a maioria dos estudos que tratam da adesão referem-se ao processo de adoecimento e ao tratamento medicamentoso, dificultando maior compreensão das condições que podem estar envolvidas com a adesão a ações de promoção e prevenção como as propostas pela equipe, pois essas demandam a construção de uma consciência cidadã.

Chamam a atenção o fato de que a cidadania "não é algo natural", posto que está submetida a regras sociais e culturais. Nas sociedades coletivistas, como a que vivemos, "o todo prevalece sobre as partes, à hierarquia é o princípio básico e o que vale é a relação". Assim, se o indivíduo não tem nenhuma ligação com pessoa ou instituição de prestígio, ele é tratado como inferior⁽¹³⁾.

Os casos de resistência revelam, muitas vezes, que as pessoas estão se sentindo desvalorizadas ou não está havendo verdadeiro diálogo entre os saberes da equipe e dos usuários. Destaca-se ainda que, na confrontação de saberes, é importante considerar a complexidade articulada no núcleo de histórias e a cultura que explicitam a mesma, obtendo-se, assim, a explicação para a dificuldade de adesão⁽¹⁴⁾.

Esse aspecto representa desafio aos profissionais da equipe de saúde que, muitas vezes, adotam condutas autoritárias, considerando o saber científico de sua apropriação como verdade absoluta.

Além disso, parece que a valorização da cura, do uso de medicamento e do aspecto biológico como a única forma de obter melhora nas condições de saúde ainda está presente no imaginário tanto dos usuários como da equipe. Tal fato também pode dificultar o delineamento de medidas que visem a promoção e a prevenção de forma a atender as necessidades das pessoas e, conseqüentemente, a sua adesão.

Parece, portanto, que a falta de adesão da população às medidas de atenção à saúde, na busca de melhoria da qualidade de vida, é multifatorial e as estratégias de superação devem considerar, especialmente, o estabelecimento de vínculo, troca

de saberes e o respeito pelo outro.

Apesar da pequena participação da comunidade, tanto nas reuniões de equipe como nas atividades desenvolvidas na unidade, observa-se, pelas discussões, grande avanço na abordagem de temáticas voltadas para a promoção da saúde e prevenção das doenças, revelando preocupações com o desenvolvimento de intervenções que vão além da simples medicalização da vida e visam a melhoria dos níveis de saúde, conforme se observa na Tabela 3.

A Carta de Ottawa define promoção da saúde como "o processo de capacitação da comunidade para atuar na melhoria da qualidade de vida e saúde, incluindo maior participação no controle deste processo"⁽¹⁵⁾. Nesse sentido, as reuniões de comunidade têm retratado a temática, conforme demonstrado na Tabela 3.

Tabela 3 - Distribuição dos assuntos, ações e resultados obtidos a partir das reuniões de comunidade com a equipe da USF referente à temática: promoção da saúde e prevenção de doenças, Marília, SP, 2006

Tema	Ação	Resultados
Animais na rua.	Orientação, quanto aos riscos e à importância de mantê-los no domicílio, nas reuniões e nos domicílios pelos ACS durante as visitas.	Houve diminuição de animais na rua.
Lixo espalhado pelas ruas e terrenos baldios e falta de reciclagem do mesmo.	Solicitação de latões para coleta de lixo reciclável em frente ao centro comunitário; Pessoas da comunidade passaram orientações aos demais.	Os latões foram colocados, as pessoas foram orientadas e a própria comunidade passou a fiscalizar. Houve acentuada diminuição do lixo espalhado.
Campanha do agasalho.	Colocação de cartazes na unidade e recipiente para depositar os agasalhos.	Os agasalhos doados foram distribuídos para população mais carente.
Transporte coletivo.	Discussão sobre a má sinalização e imprudência dos motoristas.	Lombada e orientação.
Horta comunitária.	Solicitação de apoio da Secretaria Municipal de Agricultura e mobilização da comunidade para aquisição de sementes e terreno.	Técnico agrícola realizou orientações; vizinho da unidade cedeu um terreno e empresas contribuíram com sementes.
Bolsa família.	Esclarecimentos quanto aos critérios de inclusão e permanência no programa.	Não houve questionamentos.
Projeto diretor do Ministério da Câmara de Trânsito que disponibiliza recursos para problemas ligados à pavimentação de ruas e sinalização.	Realizado junto com a comunidade um relatório contendo os locais que necessitam de melhorias e a construção de um mapa com a pontuação das dificuldades.	Colocação de placas de trânsito, sinalização e lombadas.
Semana "Sorria Marília".	Feito convite para a comunidade.	Houve comparecimento de 30 pessoas, para as quais foram realizadas palestras sobre saúde bucal e distribuídos brindes.
Dia Mundial de Combate a AIDS.	Feito convite para participação no grupo de orientações da unidade.	Realização de grupos de orientações e distribuído preservativos.
Semana de prevenção de acidentes de trabalho.	Feito convite para participação no grupo de orientações da unidade	Houve pouca participação da comunidade.

Tal discussão leva a crer que a população e a equipe vêm se aproximando e compreendendo o conceito de saúde de uma forma mais ampliada, incluindo o ambiente, a moradia, a educação, o trabalho e o transporte entre outros.

Há também indicação da busca de alianças intersetoriais em prol da saúde da população, cujo foco está centrado nas atividades do campo social, com o apoio dos profissionais da equipe de saúde.

Nas reuniões de equipe, uma das temáticas destacadas refere-se aos recursos materiais e humanos da unidade, conforme se observa na Tabela 4. A falta de medicamentos básicos foi tema abordado em várias reuniões e salienta-se o descontentamento da população, haja vista a grande valorização atribuída a tal item e o risco que a falta dele pode representar para a saúde das pessoas.

Tabela 4 - Distribuição dos assuntos, ações e resultados obtidos a partir das reuniões de comunidade com a equipe da USF referente à temática: recursos materiais e humanos da unidade. Marília, SP, 2006

Tema	Ação	Resultado
Elogio ao trabalho da equipe.	Repasso na reunião de equipe como forma de incentivo.	Equipe mostrou-se satisfeita e motivada com a informação.
Participação da comunidade na melhoria do trabalho em equipe.	Colocar caixa de sugestões na entrada da unidade.	Usuários colocam sugestões que são discutidas nas reuniões de equipe.
Mudança de integrantes da equipe.	Apresentação do novo médico à comunidade. Esclarecido a necessidade de mudança da psicóloga e assistente social.	População deu boas-vindas e demonstrou boa aceitação. Participantes concordaram com a decisão.
Falta de medicamentos básicos na USF.	Feito contato com farmacêutica responsável pela dispensação de medicamentos da Secretaria da Saúde e com grupo gestor.	Alguns medicamentos foram manipulados, outros foi necessário aguardar um tempo, gerando descontentamento e questionamentos.
Inadequação da área física da unidade.	Encaminhado um relatório para a Secretaria Municipal.	Foi providenciada mudança para um local mais amplo e adequado ao atendimento, após dois anos e meio de funcionamento da unidade.

As constantes crises no setor saúde interferem sobremaneira no processo e na qualidade da assistência. Apesar da avançada tecnologia existente para a preservação da saúde e da vida e existência de leis e princípios que asseguram os direitos das pessoas, nota-se a falta de efetivação das mesmas e o sofrimento da população como consequência.

A inadequação da área física foi questionada pela população, devido à exposição da sala de espera ao sol, no período da tarde, causando desconforto, principalmente nos dias quentes. A equipe também aponta o incômodo com o tamanho da sala de reuniões, localização e tamanho da sala de vacinação, falta de espaço apropriado para realização das inaloterapias e número de consultórios insuficientes, principalmente para atendimento dos residentes e estudantes. Após insistentes reivindicações da comunidade em conjunto com a equipe, foi providenciada mudança de local, o que proporcionou melhoria na qualidade do atendimento e a satisfação dos usuários.

Em uma das reuniões, mostraram satisfação com o acolhimento da equipe para com a comunidade, o vínculo e respeito desenvolvidos. Tal fato foi discutido em reunião de equipe e considerado forma de motivação e estímulo ao trabalho. Além disso, como uma forma de ampliar a participação da comunidade na melhoria do trabalho da equipe, houve proposta

de se colocar uma caixa de sugestões para que as pessoas possam contribuir com o desenvolvimento das atividades. Semanalmente a equipe recolhe as sugestões e discute-as em suas reuniões. Em alguns casos, leva o assunto para discutir nas reuniões de comunidade.

Mudanças de integrantes da equipe que, em algumas situações, ocorreram por motivos pessoais e, em outras, por necessidade dos gestores, também foram tema de discussão com a comunidade. Apesar de identificar algumas perdas, houve compreensão de tal necessidade.

As discussões referentes aos recursos materiais e humanos parece reforçar o vínculo e cumplicidade na busca de alternativas, visando o atendimento das necessidades, apesar de que, nem sempre as solicitações foram atendidas.

A organização da estrutura dos serviços de saúde, ainda que represente o primeiro passo na busca da qualidade da atenção em saúde, garante que o processo e os resultados sejam satisfatórios.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Atingir o pleno exercício da cidadania na busca de condições dignas de vida representa desafio aos profissionais de saúde e à comunidade. Há de se considerar o grande avanço que as reuniões da equipe com a comunidade, cujas atas foram analisadas no presente estudo, representam na construção de um sistema democrático e humanitário, visando a melhoria da qualidade de vida das pessoas.

As temáticas classificadas a partir dos registros dessas reuniões da equipe com a comunidade - *recursos materiais e humanos, acesso aos serviços de saúde de maior complexidade, adesão da comunidade às atividades oferecidas pela unidade e promoção da saúde e prevenção de doenças* - possibilitam a compreensão de que a população e a equipe vêm buscando novas alternativas no modo de fazer saúde, por meio de propostas que vislumbram modificar o conceito de saúde/doença. A obtenção do envolvimento da comunidade nas ações é passo importante para a consecução dos objetivos.

Apesar da baixa participação da população, assuntos diversos são discutidos, promovendo a corresponsabilidade entre os diferentes atores envolvidos no processo, o que contribui para a melhoria da

qualidade da atenção. Além disso, as reuniões têm-se constituído em espaço de troca de informações e busca de soluções conjuntas.

Nas reuniões, estabeleceu-se cumplicidade, confiança e respeito entre comunidade e equipe, que passaram a enfrentar juntas as limitações impostas pela atual política de saúde, cujas dificuldades parecem estar mais evidentes para aqueles que estão na "porta de frente" do sistema.

No entanto, as discussões ainda apresentam características de compartilhamento de informações com pouco poder nas tomadas de decisão, visto que essas ainda se encontram centralizadas, cabendo à população esperar o momento conveniente para as decisões frente às solicitações.

Constata-se a necessidade de avançar nessa construção, de forma que a população compreenda o direito de atuar na co-gestão do sistema de saúde pela efetiva participação nos processos de decisão e reivindicações, com maior consciência e força política.

Acredita-se, aqui, que a população deve ser incentivada e acolhida pela equipe para ampliar sua participação, haja vista a relevância das contribuições e o reforço na tomada de decisão da equipe, além do vínculo que se estabelece.

Espera-se que as reuniões se constituam em processo de crescente participação no desenvolvimento do trabalho da equipe e na obtenção de atenção que responda às reais necessidades da população e com sua efetiva participação.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Viana V. A universidade e o controle social do Sistema Único de Saúde no Estado de Pernambuco. Cad Extensão: saúde [periódico online]. [acessado 2005 outubro 11]. Disponível em: <http://www.proext.ufpe.br/cadernos/saude/controler.htm>
2. Constituição 1988 (BR). Constituição: República Federativa do Brasil. Brasília (DF): Centro Gráfico do Senado Federal; 1988. Art. 196-200, p. 133-4: Da saúde.
3. Briceño-León R. El contexto político de la participación comunitaria en América Latina. Cad Saúde Pública 1998;14(supl2):141-7.
4. Crevelim MA. Participação da comunidade na equipe de saúde da família: é possível estabelecer um projeto comum entre trabalhadores e usuários?. Cienc Saúde Coletiva 2005 abril-junho; 10(2):323-31.
5. Rodrigues CG. Democracia Y participation ciudadana: em busca de la equidad de nuevos recursos?. Rev Mex Sociol 1994; 3:192-204.
6. Lopes MLS, Almeida MJ. Participação popular e controle social: a experiência de Londrina. Espaço Saúde [periódico online] 2001 junho [acessado 2005 outubro 11]; 2(2). Disponível em : <http://www.ccs.uel.br/espacoformasaude/v2n2/doc/controler.htm>
7. Matumoto S. Encontros e desencontros entre trabalhadores e usuários na saúde em transformação: um ensaio cartográfico do acolhimento. [Tese] Ribeirão Preto (SP): Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto/USP; 2003.
8. Carvalho MCAA. Participação social no Brasil hoje. São Paulo (SP): Polis; 1998.
9. Bardin L. Análise de conteúdo. Lisboa: Edições 70; 1979.
10. Merhy EE. E daí surge o PSF como uma continuidade e um aperfeiçoamento do PACS. Interface Comun Saúde Educ 2001 agosto; 5(9):147-9.
11. Cecílio LCO. Modelos tecno-assistenciais em saúde: da pirâmide ao círculo, uma possibilidade a ser explorada. Cad Saúde Pública 1997 julho-setembro; 13(3):469-78.
12. Silveira LMC, Ribeiro VMB. Grupo de adesão ao tratamento: espaço de "ensinagem" para profissionais de saúde e pacientes. Interface Comunic Saúde Educ 2004 setembro-2005 fevereiro; 9(16):91-104.
13. Da Matta R. A casa e a rua. Rio de Janeiro (RJ): Guanabara-Koogan; 1991.
14. Nunes MO, Trad LB, Almeida BA, Homem CR, Melo MCIC. O agente comunitário de saúde: construção da identidade desse personagem híbrido e polifônico. Cad Saúde Pública 2002 novembro-dezembro; 18(6):1639-46.
15. Ministério da Saúde (BR). Carta de Ottawa. In: Ministério da Saúde (BR). Promoção da Saúde. Brasília: Ministério da Saúde; 2001. p.13-24.