

FUNDAÇÃO ESTATAL SAÚDE DA FAMÍLIA-FESF-SUS / FUNDAÇÃO OSWALDO CRUZ
– FIOCRUZ/BA RESIDÊNCIA MULTIPROFISSIONAL EM SAÚDE DA FAMÍLIA

HEMANUELE ALVES GOUVEIA

**REUNIÃO DE COMUNIDADE COMO INSTRUMENTO DE GESTÃO PARTICIPATIVA
NA ESTRATÉGIA DE SAÚDE DA FAMÍLIA**

CAMAÇARI

2018

HEMANUELE ALVES GOUVEIA

**REUNIÃO DE COMUNIDADE COMO INSTRUMENTO DE GESTÃO PARTICIPATIVA
NA ESTRATÉGIA DE SAÚDE DA FAMÍLIA**

Trabalho de conclusão do Programa de Residência Multiprofissional em Saúde da Família da Fundação Estatal Saúde da Família-FESF-SUS/Fundação Oswaldo Cruz-FIOCRUZ/BA para obtenção do título de Especialista em Saúde da Família.

Orientadora: Esp. Aline Gomes.

CAMAÇARI

2018

HEMANUELE ALVES GOUVEIA

**REUNIÃO DE COMUNIDADE COMO INSTRUMENTO DE GESTÃO PARTICIPATIVA
NA ESTRATÉGIA DE SAÚDE DA FAMÍLIA**

Trabalho de Conclusão de Residência
apresentado ao Programa de Residência
Multiprofissional em Saúde da Família
FESFSUS/FIOCRUZ-Ba para obtenção do
título de Especialista em Saúde da Família.

EXAMINADORA

Orientadora. Esp. Aline Gomes
Fundação Estatal Saúde da Família-FESF-SUS

CAMAÇARI

2018

GOUVEIA, Hemanuele Alves. Reunião de Comunidade como Instrumento de Gestão Participativa na Estratégia de Saúde da Família. 2018. Trabalho de Conclusão (Residência Multiprofissional em Saúde da Família) - Fundação Estatal Saúde da Família (FESF-SUS) / Fundação Oswaldo Cruz (FIOCRUZ/Ba), Camaçari, 2018.

RESUMO

Introdução: O movimento de democratização dos serviços públicos de saúde vem sendo impulsionado desde os anos setenta através de estratégias como participação comunitária e conselhos de saúde sendo marco legal a criação das Leis Orgânicas da Saúde (LOA) nº. 8.080/90 e 8.142/90. Visto a necessidade de diferenciação de conceitos para compreensão do proposto, houve abordagem em torno do Controle Social, Participação Popular e Mobilização Social. **Objetivo:** Relatar a vivência do processo de implementação da reunião de comunidade como instrumento de gestão participativa na Unidade Básica de Saúde do PHOC III, Camaçari-BA. **Metodologia:** Estudo descritivo de natureza qualitativa na modalidade relato de experiência, com referência ao processo de implementação da reunião de comunidade na Unidade Básica de Saúde no bairro do PHOC III. Esta tem implantada a Estratégia Saúde da Família e dois Programas de Residência em Saúde da Família. Destacam-se os desafios e estratégias do processo de implementação da reunião de comunidade e avanços obtidos. **Resultados:** A mudança da dinâmica de organização do serviço iniciou desde a implantação das Residências. A criação da reunião de comunidade permitiu estabelecer uma relação mais horizontalizada e maior vinculação entre diversos atores possibilitando o desenvolvimento e operacionalização de projetos que impactaram o serviço de saúde e a rotina dos usuários. **Considerações Finais:** Essa escrita contribuiu para que de forma mais clara possibilitasse repensar o processo de trabalho sustentado ainda hoje no pouco investimento em formas alternativas de oferta do cuidado. **Palavras-chave:** Participação Popular, Controle Social, Mobilização Social e Gestão Participativa na Atenção Básica.

SUMÁRIO

1. INTRODUÇÃO	5
2. OBJETIVOS	7
2.1 Geral:	7
2.2 Específicos:	7
3. METODOLOGIA.....	8
4. DISCUSSÃO	9
5. CONSIDERAÇÕES FINAIS.....	16
6. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICOS.....	18

1. INTRODUÇÃO

O movimento de democratização dos serviços públicos de saúde vem sendo impulsionado desde os anos setenta através de estratégias como participação comunitária e conselhos de saúde. Esses espaços surgem quando o modelo tradicional centrado no saber das profissões se torna ineficaz na oferta do cuidado humanizado de modo que propicie o vínculo (BRASIL, 2007; CAMPOS, 1998; CECÍLIO, 2010).

Como fundamento legal desse movimento tem-se a Constituição de 1988 que propiciou a ampliação dos espaços de participação popular, inclusive através da elaboração da Carta Magna permitindo a participação dos movimentos populares na gestão das políticas públicas. No âmbito da saúde, o marco legal dá-se com a criação das Leis Orgânicas da Saúde (LOA) n.º 8.080/90 e 8.142/90 que consolida a criação do Sistema Único de Saúde (SUS) e direciona o controle social no SUS aos critérios estaduais e municipais de saúde, mas é a última que dispõe sobre a participação social imersa em todas as esferas de gestão do SUS estabelecendo uma nova forma de fazer gestão (ROLIM, 2013).

A abordagem em torno da democratização dos serviços públicos permeia momentos, espaços, atores e conceitos sendo o último de diferenciação necessária para compreensão do que se propõe.

Controle Social X Participação Popular X Mobilização Social

Tanto o controle social quanto a participação popular são princípios do Sistema Único de Saúde (SUS) que visa garantir maior democracia da gestão da saúde. O controle social nesse contexto, se relaciona com a expressão de direito público de liberdade e cidadania e o poder de interferência no controle das ações de saúde, enquanto que a participação popular se traduz na expressão de poder político, no direito de discutir e acompanhar o que está sendo realizado na saúde (BRITO, 1992). Já a mobilização social, segundo Toro (1996), ocorre quando um grupo de pessoas, uma comunidade ou uma sociedade decide e age com um objetivo comum, buscando, quotidianamente, resultados decididos e desejados por todos.

Na mesma perspectiva, os conceitos podem ter inúmeros significados. Em um conceito mais próximo ao anterior, Jacobi (1992) entende a participação como participação política das entidades representativas da sociedade civil em diferentes espaços responsáveis pelas políticas públicas na área social. Arouca (1987) entende a participação popular como uma prática social que

supõe a participação das classes sociais enquanto que para Valla (1989) denota movimentos e organizações sociais que existem independentemente dos partidos políticos e dos mecanismos participativos. Já o controle social em Saúde, é tido também como uma estratégia para democratizar o poder, o espaço, o canal de manifestação da participação social regulada e institucionalizada. É um movimento de repolitização da saúde decorrente de estratégia de mobilização social conforme Portaria 399/06 (Brasil, 2006). Nesse conjunto, a Gestão Participativa vem a representar a concretude da participação social institucionalizada e o canal para a efetivação do controle social (OLIVEIRA, 2003).

As unidades de saúde e seus profissionais, nesse contexto, podem ser compreendidos como produtores sociais, capazes de criar condições que viabilize o movimento de mobilização social de modo a promover transformação da realidade através do desejo de mudança, tendo como prerrogativa a autonomia dos diferentes atores e a coletivização (TORO, 1996).

No cenário em que se baseia o relato, a possibilidade de criação de espaços de participação popular é de grande potencial, visto que dispõe de profissionais em formação para a Saúde da Família implicados em oferecer novas formas de cuidado e atores da comunidade abertos a escuta das propostas de mudança da equipe de saúde. A Unidade de Saúde do PHOC III é uma das quatro Unidades que os Programas de Residência de Medicina de Família e Comunidade e Residência Multiprofissional em Saúde da Família no município de Camaçari.

Os Programas de Residência estão implantados no município desde 2015. Integram esses programas a Estratégia Saúde da Família (ESF) do município de Camaçari-BA, composta por equipes de referência formadas por: enfermeiros, odontólogos, médicos, técnicos de enfermagem e agentes comunitários de saúde (ACS) e uma equipe de apoio matricial (NASF) formado por nutricionista, fisioterapeuta e professor de educação física. Vale sinalizar que os cargos técnico de enfermagem e agente comunitário de saúde possuem vínculo empregatício diferente, ambos servidores estatutários do município.

As equipes são apoiadas por um Núcleo Ampliado de Saúde da Família e Atenção Básica Nasf-AB em que fiz parte como Nutricionista e de onde parto para apresentar a experiência vivenciada em uma das Unidades de Saúde em que atuava. Chamo a atenção para o fato de que os Programas de Residência tem como modalidade o residente assumir o serviço tendo acompanhamento e apoio direto de um corpo docente.

A oportunidade de atuar enquanto profissional em um serviço que tem implantada a Estratégia de Saúde da Família, trouxe a possibilidade de experienciar novas formas de cuidado bem como estar em espaços formais da gestão, cito em nível de serviço as reuniões de equipe, de unidade e de colegiado gestor. Vivenciando esses espaços comecei a me questionar sobre o porquê da dificuldade de operacionalizar o que havia sido planejado. Diante das inquietações busquei compreender os fatores que pudessem justificar essa dificuldade.

Percebi que uma das principais barreiras para a operacionalização daquilo que havia sido planejado era a falta de compreensão e/ou de sentido por parte da população e que o espaço de reunião de comunidade era potente para se pensar as necessidades da população e possibilidades de construção conjunta das ofertas do serviço. Assim, justifico a escrita do relato trazendo também a motivação decorrente da conjuntura atual em que se rediscutem as conquistas sociais e direitos adquiridos sendo necessário pensar na garantia da participação da sociedade civil na construção da saúde e do território em que se vive em sua totalidade.

2. OBJETIVOS

2.1 Geral:

- Relatar a vivência do processo de implementação da reunião de comunidade como instrumento de gestão participativa na Unidade Básica de Saúde do PHOC III, Camaçari-BA.

2.2 Específicos:

- Discorrer sobre os desafios e estratégias do processo de implementação da reunião de comunidade;

- Explicitar avanços obtidos a partir da reunião de comunidade.

3. METODOLOGIA

Trata-se de um estudo descritivo de natureza qualitativa na modalidade relato de experiência, com referência ao processo de implementação da reunião de comunidade na Unidade Básica de Saúde no bairro do PHOC III, Camaçari-BA onde tem a Estratégia Saúde da Família implantada (ESF).

A reunião de comunidade teve início com a primeira turma de residentes em oito de agosto 2015. Surgiu da necessidade de os profissionais organizar e tornar o serviço compreensível para a população, em especial o acolhimento com classificação de risco que estava em processo de implantação mudando a dinâmica de funcionamento da unidade. Existia também a necessidade de criação de um espaço que permitisse maior vinculação entre os profissionais e a comunidade, de forma que pudessem pensar alternativas para a melhor oferta de cuidado, como grupos de educação em saúde, conhecimento das necessidades da população, conhecimento do território e a revitalização de um terreno baldio ao lado da unidade tendo como finalidade o lazer.

A criação desse espaço deu-se de forma desarticulada entre os profissionais, a decisão de criá-lo não foi unânime entre trabalhadores, alguns não acreditavam na viabilidade e pensavam ser um espaço pouco produtivo, outros viam como uma tarefa a mais que geraria sobrecarga de trabalho, nesse processo os residentes e o corpo pedagógico de preceptores conduziram as reuniões. Quatro reuniões de comunidade aconteceram desde a sua criação. A chegada dos novos residentes em 2016, o processo de transição, entre os profissionais, a baixa adesão da comunidade e a dificuldade de garantir a reunião na agenda da unidade foram fatores agravantes para a não ocorrência desse espaço até abril de 2016.

A organização da reunião inicialmente dava-se apenas por profissionais, na reunião do dia quinze de fevereiro de 2017, a partir de um longo processo de motivação ao protagonismo da comunidade, a coordenação do espaço aconteceu de forma compartilhada entre profissionais e representantes da comunidade, desde então, as reuniões subsequentes também aconteceram da mesma maneira. A participação dos profissionais se dava seguindo critério de afinidade pelo espaço, pela pauta do dia e disponibilidade de agenda.

A periodicidade das reuniões foi pactuada com a população, uma vez ao mês, sempre nas últimas sextas-feiras conforme disponibilidade de agenda dos profissionais da Unidade devido demanda reduzida por assistência nesse dia e turno.

A equipe do Núcleo Ampliado de Saúde da Família e Atenção Básica, para participar das reuniões de comunidade se organizava de acordo com a disponibilidade de agenda, de modo que ao menos um profissional participasse. Eu, motivada pelo cenário social, político e profissional, tendo afinidade com o espaço e estando envolvida em processos resultantes da reunião, me embebi desse universo participando ativamente de quase todos os momentos.

O relato de experiência acontece a partir da sexta reunião em seis de maio de 2016 a sete de julho de 2017. Para nortear a escrita, fiz um resgate histórico das reuniões anteriores ao período que participei através dos registros no livro ata da Unidade de Saúde, além do compartilhamento de informações por uma das residentes que impulsionou o processo. O resgate da minha vivência, ocorreu a partir de registros fotográficos, registros em livro ata e memórias.

O embasamento teórico dessa construção deu-se por meio de buscas nas bases de dados Medline, Lilacs, Scielo e Portal de Periódicos CAPES/MEC através dos descritores: Participação Popular, Controle Social, Mobilização Social e Gestão participativa na Atenção Básica sendo priorizadas publicações dos últimos dez anos. Não foi necessário submeter ao Comitê de ética.

4. DISCUSSÃO

Desde a implantação da Unidade de Saúde da Família do PHOC III, o planejamento das ações e organização se dava de forma centralizada nos profissionais. Com a chegada dos profissionais da residência, a dinâmica de organização do espaço começou a ser modificada, houveram mudanças tanto no modelo de agenda padrão da equipe mínima e NASF, quanto na relação entre profissionais e comunidade e entre os próprios profissionais, esse último se mostrou como um dos desafios na implantação do espaço de reunião de comunidade.

A compreensão do espaço proposto, bem como a sua importância para os processos de saúde se davam a partir de diferentes percepções, alguns profissionais ainda centrados no cuidado com base no modelo biomédico mostravam-se resistentes, pois realizar uma reunião com a comunidade em um turno significava menos vagas nas agendas para oferta de atendimentos individuais, além de que poderia gerar da comunidade questionamentos e cobranças com relação aos serviços ofertados e/ou não ofertados.

Analisando esse desafio e considerando que todos nós somos frutos de um meio cultural permeado de crenças, valores, ideais que refletem no nosso fazer, compreendo a forma como cada um se relaciona com seu trabalho e entendo a resistência pelo novo. Contudo é preciso refletir sobre a necessidade de deslocamento dos sujeitos seja na saúde ou em outro meio para além da compreensão do seu momento. Corrobora com esse desafio a ideia trazida por Toro (1996) ao dizer que participar ou não de algo é uma decisão individual e que depende essencialmente de o sujeito também se enxergar ou não como responsável e capaz de construir e provocar mudanças.

Compreendo que todo processo de participação de uma sociedade precisa partir de um objetivo comum e a partir daí ter um disparador para que aconteça. Para os profissionais e comunidade do PHOC III, um dos disparadores foi a necessidade de criação de um espaço de troca, a reativação deste, parte dos mesmos anseios do momento de implantação.

Parto da implantação da reunião de comunidade, chego ao momento de implementação desse espaço conquistado. Aqui me desloco na tentativa de uma escrita que tornem claros os momentos vivenciados desse processo fluido, mas transpassado por grandes desafios e avanços.

A reunião de comunidade após alguns meses de interrupção, retoma no dia 06 de maio de 2016, mediado por residentes do segundo ano, o espaço era caloroso de afetações, descontraído e produtivo. Era possível enxergar em cada rosto a expectativa pela notícia esperada “Vamos retomar NOSSO espaço”. Para os profissionais/residentes recém-chegados, a expectativa não parecia ser menor, me colocava a ler cada gesto, expressão e pensar que existiam ali objetivos claros, reais e executáveis como o desejo de melhorias das condições de trabalho para os profissionais de modo que pudessem retribuir com melhor qualidade da assistência prestada.

Apesar de ter clareza sobre aquele meio, soava desafiador ao passo que era possível perceber as diversas formas de manifestações dos diferentes atores, as distintas compreensões do espaço e os conflitos de interesse. Aqui reflito sobre a capacidade pedagógica dos profissionais (me incluo), no fomento ao crescimento de senso crítico da população sendo que a formação destes profissionais não parece ser direcionada às demandas reais do SUS e conseqüentemente da população.

Dialogando com a minha inquietude, Vasconcelos (2004) ao falar sobre a Educação Popular, discute o processo de formação, falando da pouca priorização de um modelo que torna essencial as discussões em torno do que é difícil, desafiador e que priorize o sentir, pensar e agir dos atores em meio aos problemas de saúde na construção coletiva de soluções sanitárias. Chama

atenção para a forma de trabalho baseado na reprodução de práticas normatizadoras, que não favorece o processo de transformação social a partir de trocas de saberes e reflexões da realidade de saúde, que “boicota a participação popular”, pois faz calar os sujeitos e afasta as lideranças locais do envolvimento com os serviços, do processo de transformação social através do diálogo de saberes e da reflexão crítica de suas realidades de vida e saúde” (VASCONCELOS, 2004, p. 77). De forma a reafirmar Ceccim (2004, p.43) reafirma ao dizer que,

A formação não pode tomar como referência apenas a busca eficiente de evidências ao diagnóstico, cuidado, tratamento, prognóstico, etiologia e profilaxia das doenças e agravos. Deve buscar desenvolver condições de atendimento às necessidades de saúde das pessoas e das populações, da gestão setorial e do controle social em saúde, redimensionando o desenvolvimento da autonomia das pessoas até a condição de influência na formulação de políticas do cuidado.

Contudo, mesmo compreendendo as lacunas que existem entre a realidade dos serviços de saúde e a formação de seus profissionais, a mobilização social mostrou ser a mais desafiadora das missões. A discussão em torno desta pode se dá de distintas maneiras, aqui continuarei a relacionar com o conceito de busca coletiva por interesses comuns, mesmo compreendendo que também pode se relacionar com comunicação, mas retomarei esse ponto mais a diante. As dificuldades encontradas em torno da mobilização social tornam claras quando se imagina em um mesmo espaço um universo de pessoas, valores e interesses semelhantes ou não e um objetivo principal como elemento central.

De modo que fique mais compreensível o conflito de interesses referido, cito o período de campanhas eleitorais no município que coincide com o processo de reimplantação da reunião. Em um dado momento, houve participação na reunião de comunidade de representantes políticos com o objetivo claro de apropriação do espaço para alcançar suas metas. Nessa hora, se percebe o quão empoderada desse meio a população local está, atores da própria comunidade resgatam em fala a essência do espaço. Esse fato se comunica com a teoria de empoderamento reforçada por Silva (2004) relacionado com a capacidade de as pessoas resolverem seus problemas paradoxais e multifacetados ao invés de transferir a responsabilidade para o outro.

Analisando esse e outros momentos por um ângulo diferente, remeto aoutro ponto bastante presente, a disputa de poder. Segundo Vasconcelos (2003), ao estabelecer uma nova relação de poder entre sujeitos que buscam por objetivos comuns, implica no movimento de reconstrução de relações hierárquicas seculares, principalmente quando se refere a profissionais e usuários de serviços. Não visualizei essa relação de poder entre funcionários e usuários do serviço nesse espaço, mas foi perceptível a supervalorização do profissional pelo usuário de modo que era um

exercício constante desmistificar a ideia pré-formada dos usuários quanto aos profissionais serem maiores detentores do saber, a tentativa era horizontalizar as relações

Foucault (1994), ao abordar esse ponto, traz uma visão mais ampliada sobre as relações de poder. Segundo este, o poder funciona em rede de maneira que uma manifestação mesmo que ínfima encontra apoio em outros pontos dessa rede se potencializando e tornando outros poderes também mais potentes. Essa abordagem se aproxima da vivência ao ponto que a organização dos serviços de saúde também se dá em rede.

Assim, a participação enquanto direito de discutir e planejar o que se faz na saúde, na perspectiva de Oliveira (2009), também envolve disputa de poder, mas que precisa ser entendida como um processo continuado de democratização da vida municipal tendo como alguns de seus objetivos o desenvolvimento da participação na definição de programas e projetos e na gestão dos serviços municipais. Na visão de Demo (1998, p.18) interpretado por Oliveira (2009, p.143), a “Participação é um processo de conquista, em constante vir-a-ser e que se tem como uma ação inacabada. Não é dádiva nem concessão, nem é preexistente. O processo de participação envolve disputa por poder, mostra-se como outra forma de poder”.

Nesse cenário complexo, a estratégia mais coerente sempre mostrou ser a “neutralidade”. Apesar de não acreditar que sujeitos implicados em causas comuns e relevantes possam ser neutros em qualquer que seja o espaço, cotidianamente era preciso se reconectar enquanto mediador, e este ser alguém que utilizasse de meios claros e imparciais para instrumentalizar os demais e de forma compartilhada desatar os nós críticos. E assim mostrou ser a tendência.

Em 2016, a saúde do município enfrentou um período crítico. Houve greve de servidores da saúde durante oito meses, porém as Unidades de Saúde da região quatro, onde funcionam os Programas de Residência permaneceram funcionantes às demandas assistenciais do município. Ressalto este ponto para afirmar as dificuldades enfrentadas na busca por resolução das demandas reprimidas, que mesmo a equipe de saúde estando desfalcada organizaram para que mantivessem ativos os atendimentos e os espaços coletivos.

Diante de um cenário desarrumado do ponto de vista organizacional em que nos encontrávamos, era necessário mais uma vez pensar estratégias para que houvesse colaboração de outros atores, não era possível manter inalterada a forma de fazer trabalho, a reunião de comunidade permitiu que houvesse o compartilhamento das dificuldades e apoio da comunidade perante a

situação e mais uma vez funcionou como um disparador como espaço de comunicação/negociação entre o serviço de saúde e a comunidade.

A aposta em criar esse espaço de construção compartilhada e a maneira como este se articulava, não deu margem a dúvida quanto a sua contribuição para o impulsionamento de um modelo de saúde que supera o tecno-assistencial. A partir dessa compreensão, é possível mais uma vez perceber a potencialidade da participação da população nesses espaços. Este se torna potente não apenas para avaliação do grau de satisfação dos usuários com a saúde, mas também para cooperação ou extensão comunitária, organização de programas de educação em saúde e consultiva (MERHY, 1997).

Por acreditar na potencialidade de uma construção coletiva, surge a necessidade de se fazer o planejamento da Unidade de forma participativa. Utilizamos do espaço de reunião de comunidade para pensar nossas ações partindo da necessidade real da população, contudo o exercício não foi tão simples. Apesar de dispor de uma metodologia pouco elaborada para o espaço, de ter clareza sobre o objetivo, ainda assim foi um deslocamento processual e intenso enquanto mediadora.

Esse modelo de cogestão, permite que diferentes sujeitos sejam inseridos no processo de análise e tomada de decisão, sendo a construção compartilhada de conhecimentos e intervenções uma das marcas desse modelo (BARBOSA, 2009). O novo modelo de democracia participativa privilegia a capacidade dos indivíduos e grupos sociais influírem constitutivamente no estado através da capacidade de se organizarem coletivamente em grupos sociais (COSTA, 2013).

A partir da identificação de cada obstáculo, novas estratégias foram traçadas, fez-se necessário deslocamentos pessoal e profissional para que o espaço pudesse cumprir com seu principal objetivo e não diferente, que os mediadores pudessem contribuir com a construção, instrumentalização e continuidade do mesmo.

Apesar da reunião de comunidade se dá de forma mais consolidada e organizada, passou por constante incerteza quanto sua continuidade uma vez que ao final de cada ciclo anual da Residência acontece troca dos residentes, estes representam a grande maioria do quadro de profissionais da Unidade de Saúde e estão mais envolvidos no processo de fomento à manutenção da reunião. De modo a tornar possível a continuidade da reunião de comunidade e ter menor impacto com a mudança de profissionais, aos que estavam saindo do serviço, era atribuída a responsabilidade de fazer a transição com os novos profissionais.

Nesse processo de se deparar com desafios e se fazer necessário traçar estratégias, foi fundamental ter maior apropriação do território e das suas peculiaridades, bem como do espaço de reunião e das relações e perspectivas dos sujeitos daquele meio e a sua volta, se tornar mais disponível para acolher as demandas desse espaço e das pessoas que o compunham. De forma natural, a maior vinculação da comunidade e entre profissionais surge como uma necessidade e também consequência do processo. Ainda sobre vinculação, considero como um dos maiores avanços alcançados a partir da reunião de comunidade.

Diante da aproximação entre os sujeitos dos diferentes espaços e a forma horizontalizada como as relações se davam, era possível haver trocas de conhecimentos, vivências e com maior intensidade desenvolver empatia. Kleba (2009) vem corroborar com a necessidade de transformar relações autoritárias em relações mais horizontais para se alcançar o empoderamento dos atores, continua relacionando a forma como os sujeitos fazem suas escolhas com a capacidade de participação dos mesmos.

De forma concreta, essa relação mais horizontalizada e a maior vinculação possibilitou o desenvolvimento e operacionalização de projetos que impactaram tanto o serviço de saúde quanto a rotina de muitos usuários. Aqui cito a criação do grupo de convivência “Mais Saúde” assim intitulado pelos usuários, pois surge mediante proposta de ser um espaço que pudesse favorecer desenvolvimento de práticas corporais e educação em saúde tendo como foco a promoção de saúde e prevenção de doenças e agravos.

Não diferente da reunião de comunidade, o grupo também transitou na incerteza de permanência devido a dificuldade de disponibilizar horário nas agendas dos profissionais para que semanalmente estivessem o facilitando, baixa ou inexistente adesão de profissionais servidores, mudança ou saída de profissionais no serviço e evasão de usuários quando o grupo por si só já não conseguia garantir demanda daqueles que buscavam por práticas corporais diariamente.

O grupo “Mais Saúde” configurou como um grande dispositivo para mobilização social, nesse ponto relaciono o conceito prévio a comunicação. A partir do grupo, foi possível também orientar a população sobre funcionamento do serviço de saúde, compartilhar informações sobre fatos e demandas do território, disparar convite para participação nas reuniões de comunidade ou outro espaço interno quando avaliada necessidade.

Pensando na lógica de um novo modelo de saúde, Campos (2003) defende que o trabalho das equipes em saúde deve fazer com que a capacidade de se pensar em um contexto social e

cultural seja ampliada entre os usuários, ainda justifica dizendo que seria possível ampliar a autonomia e a capacidade de intervenção das pessoas nas suas próprias vidas se fosse utilizado um modelo de atenção que reforçasse a educação em saúde.

Para além da criação e manutenção do grupo de convivência, outros avanços importantes aconteceram a partir da articulação do espaço de reunião. Destaco a revitalização do terreno ao lado da unidade que antes era destinado ao depósito de resíduos e após intervenção da comunidade com apoio dos profissionais de saúde, passou a ser uma horta cultivada por um morador vizinho a Unidade.

Outro fato também de grande relevância em se tratando de avanço, e talvez um dos que causou maior impacto nesse contexto, foi a participação de gestores municipais de saúde na reunião de comunidade. Esse deslocamento permitiu conectar dois extremos, a gestão e a população. Merhy (2007) reafirma esse modelo de organização ao dizer que a relação entre quem produz e quem consome não pode ser limitada à divisão por entender que a produção e o consumo são simultâneos e que acontece a partir desse encontro. Contrário a esse movimento, o não reconhecimento de que a gestão se forma a partir de interação entre indivíduos, reproduz “formas burocratizadas de trabalho, com empobrecimento subjetivo e social dos trabalhadores e dos usuários” (CAMPOS, 2003, p. 86).

Essa troca entre a gestão, comunidade, profissionais de saúde e o ainda permitiu avançar em vários pontos como sala de vacina que era uma reivindicação antiga, foi reaberta depois de longo período desativada, houve troca de funcionário de outro setor após insatisfação e solicitação da comunidade. Após inúmeros assaltos e à Unidade de Saúde e a partir da pressão social foi reforçado o sistema de segurança do serviço, além da descentralização da marcação de exames laboratoriais que passaram a acontecer na própria unidade desde 2015.

Os Programas de Residência que funcionam nessa região também passaram por momentos de instabilidade, com a mudança da gestão municipal e os trâmites legais que ocorreram a renovação do contrato se deu de forma mais tardia fazendo com que fosse gerado um clima de incertezas e ansiedade tanto nos trabalhadores, quanto na população. Diante da possibilidade de troca da equipe e temendo a descontinuidade das atividades que vinham sendo desenvolvidas pelos profissionais da Residência, a população organizou um documento com assinaturas da comunidade solicitando permanência dos programas e este foi entregue aos gestores municipais, na figura do secretário de saúde em uma das reuniões de comunidade.

O protagonismo e a autonomia desenvolvidos pela população, bem como o esforço e disponibilidade para corresponsabilização com a saúde fez pensar no quão assertivo é o investimento feito em alternativas não tradicionais para oferta de cuidado e gerenciamento de um serviço de modo que promova mudança. No momento em que a comunidade se tornou também protagonista do processo de organização da saúde local, as ações passaram a ter mais sentido agregando tanto para o serviço de saúde quanto para a própria população.

Ao criar e implementar a reunião de comunidade, partiu-se de um modo de pensar e fazer gestão participativa a partir da mobilização e da participação popular. Esse modelo serviu como base para organização da população direitos que buscam cotidianamente a garantia de seu cumprimento.

Para além do espaço participativo local de saúde, é possível pensar a construção do controle social de modo que contribua para a ampliação da descentralização das decisões podendo a população acompanhar, avaliar e indicar prioridades para as ações de saúde a serem executadas, todavia, a solução dos problemas deve se dá também com o envolvimento da comunidade (SORATTO, 2010). Nessa perspectiva, foi cogitada a criação de um Conselho Local de Saúde coexistindo com o espaço de reunião de comunidade.

5. CONSIDERAÇÕES FINAIS

A escrita desse relato contribuiu para que de forma mais clara fosse possível repensar o processo de trabalho sustentado ainda hoje no pouco investimento em formas alternativas de oferta do cuidado. A identificação da potência dos espaços de promoção de participação popular como dispositivo para alcance de conquistas na saúde e no território, parte da percepção de sua capacidade de fomentar a autonomia e empoderamento enquanto redes sociais e levar a uma discussão um tanto quanto subjetiva e cheia de elementos sobre a forma como esse processo se dá no contexto da saúde e os atores envolvidos.

Esses espaços participativos, apesar de desafiadores visto sua complexidade é compreendido como importante e potente dispositivo capaz de impactar de forma positiva a dinâmica dos serviços de saúde e de um território. Nesse processo, a formação dos profissionais envolvidos pode se mostrar um desafio, porém não o caracteriza como limitador

e/ou paralisante, uma vez que ao se perceber capaz de pertencer ao meio enquanto mediadores de um processo e ter clareza da potência do espaço, o deslocamento desses profissionais torna-se natural e gradativo.

A maior vinculação da comunidade com a Unidade de Saúde e seus profissionais, bem como a aproximação entre estes últimos, é um resultado notório quando se propõe a construir coletivamente espaços como de reunião de comunidade. Essa mudança nas relações entre os diferentes atores é um disparador para o alcance de sucesso em distintas etapas do cuidado integral e ao exercício de cidadania. Contudo, vale ressaltar que existem nos serviços de saúde e até mesmo a nível de gestão municipal, outros espaços potenciais para se pensar a inserção da comunidade para além dos Conselhos.

Os termos participação popular, controle social e mobilização social são comumente utilizados em diferentes contextos e muitas vezes de forma generalista ou até mesmo como sinônimos, porém ao propor a escrita desse relato foi uma necessidade imediata compreender os conceitos, suas características, empregabilidade e diferenças. Essa complexidade entre conceitos levou à necessidade de extrapolar o contexto das ciências da saúde e buscar referenciais teóricos nas ciências sociais.

Por compreender a estreita diferenciação entre os termos trabalhados e perceber a aproximação que existe entre estes, bem como ocorrência simultânea que pode se dá em um mesmo contexto, chego a conclusão de que falar sobre o processo de implementação da reunião de comunidade fazendo referência em torno apenas da participação popular tornaria a escrita utópica visto a coexistência dos processos de mobilização social e controle social nessa construção coletiva.

6. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICOS

- AROUCA, A. S. S. O planejamento de saúde em uma sociedade em transição. *Saúde em Debate*, Rio de Janeiro, v. 11, p. 15-18, 1987.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria nº 399, de 22 de fevereiro de 2006. Divulga o Pacto pela Saúde 2006 - Consolidação do SUS e aprova as Diretrizes Operacionais do referido Pacto. *Diário Oficial da União*, Brasília, DF, 23 fev. 2006b. p.4.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Política Nacional de Humanização. *HumanizaSUS: Gestão participativa. Co-Gestão 2. ed. revisada 1. reimp.* Brasília, DF, Ministério da Saúde, 2007.
- BRITTO, C. A. Distinção entre "controle social do poder" e "participação popular". **Revista de Direito Administrativo**, Rio de Janeiro, v. 189, p. 114-122, julho, 1992.
- CAMPOS, G. W. S. O anti-Taylor: sobre a invenção de um método para co-governar instituições de saúde produzindo liberdade e compromisso. *Caderno de Saúde Pública*, Rio de Janeiro, v. 14, n. 4, p. 863-870, 1998.
- CAMPOS, G. W. S. Paidéia e modelo de atenção: um ensaio sobre a reformulação do modo de produzir saúde. *Olho Mágico*, v. 10, n. 2, p. 7-14, abr./jun. 2003.
- CECILIO, L. C. O. Colegiados de gestão em serviços de saúde: um estudo empírico. *Caderno de Saúde Pública*, Rio de Janeiro, v. 26, n.3, p. 557-566, 2010.
- CECCIM, R. B.; FEUERWERKER, L. C. M. O Quadrilátero da Formação para a Área da Saúde: Ensino, Gestão, Atenção e Controle Social. *PHYSIS: Revista Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro, v. 14, n. 1, p. 41-65, 2004.
- COSTA, A. M.; VIEIRA, N. A. Participação e controle social em saúde. In FUNDAÇÃO OSWALDO CRUZ. *A saúde no Brasil em 2030 - prospecção estratégica do sistema de saúde brasileiro: organização e gestão do sistema de saúde [online]*. Rio de Janeiro: Fiocruz/Ipea/Ministério da Saúde/Secretaria de Assuntos Estratégicos da Presidência da República, vol. 3. p. 237-271, 2013. Disponível em: <<http://static.scielo.org/scielobooks/z9374/pdf/noronha-9788581100180.pdf>>. Acesso em 20 fev. 2018.
- DEMO, P. *Participação é conquista*. São Paulo: Cortez, 1998.
- FOUCAULT, M. *A história da sexualidade: o uso dos prazeres*. 7. ed. Rio de Janeiro: Graal, 1994.
- JACOBI, P. Participação e gerência dos serviços de saúde: desafios e limites no município de São Paulo. *Revista de Administração Pública*, Rio de Janeiro, v. 2, n. 26, p. 32-43, 1992.

KLEBA, M. E.; WENDAUSEN, A. *Empoderamento: processo de fortalecimento dos sujeitos nos espaços de participação social e democratização política*. Saúde Sociedade, São Paulo, v. 18, n. 4, p. 733-743, 2009.

MERHY, E. E.; ONOCKO, R. (Org). *Praxis en salud: un desafío para lo público*. São Paulo: Hucitec, 1997.

MERHY, E. E. Um dos grandes desafios para os gestores do SUS: apostar em novos modos de fabricar modelos de atenção. In: MERHY, E. E. et al. *O trabalho em saúde: olhando e experienciando o SUS no cotidiano*. São Paulo: Hucitec, 2007.

OLIVEIRA, M. L. *Controle social e gestão participativa em saúde pública: a experiência de conselhos gestores de unidades de saúde do município de Campo Grande/MS - 1994/2002*. 2003. Tese (Doutorado em Saúde Pública) - Faculdade de Saúde Pública da Universidade de São Paulo, São Paulo, 2003.

OLIVEIRA, M. L.; ALMEIDA, E. S. Controle social e gestão participativa em saúde pública em unidades de saúde do município de Campo Grande, MS, 1994-2002. **Saúde e Sociedade**, São Paulo, v. 18, n. 1, p. 141-153, 2009.

ROLIM, L. B.; CRUZ, R. S. B. L. C.; SAMPAIO, K. J. A. J. Participação popular e o controle social como diretriz do SUS: uma revisão narrativa. *Saúde em Debate*, Rio de Janeiro, v. 37, n. 96, p. 139-147, jan./mar. 2013.

SILVA, C.; MARTÍNEZ, M. L. Empoderamiento: proceso, nivel y contexto. *Psykhé*, Santiago/Chile, v. 13, n. 1, p. 29-39, mai. 2004.

SANTOS FILHO, S. B.; FIGUEIREDO, V. O. N. Contratos internos de gestão no contexto da Política de Humanização: experimentando uma metodologia no referencial da cogestão. *Interface Comunicação Saúde Educação*, v.13, n.1, p.615-626, 2009.

SORATTO, J.; WITT, R. R.; FARIA, E. M. Participação popular e controle social em saúde: desafios da Estratégia Saúde da Família. *Physis Revista de Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro, v. 20, n. 4, p. 1227-1243, 2010.

TORO, J. B, WERNECK, N. M. D. *Mobilização Social: Um modo de construir a democracia e a participação*. UNICEF-Brasil, 1996.

VALLA, V. V. *Participação popular e saúde*. Petrópolis: CDDH: CEPTEL, 1989.

VASCONCELLOS, E. M. *O poder que brota da dor e da opressão: empowerment, sua história, teoria e estratégias*. São Paulo: Paulus, 2003.

VASCONCELOS, E. M. Educação popular: de uma prática alternativa a uma estratégia de gestão participativa das políticas de saúde. **Physis**, Rio de Janeiro, v. 14, n. 1, p. 67-83, 2004.