

JOSÉ FRANCISCO PEREIRA SOARES

**ESPAÇO DE AÇÃO-REFLEXÃO-AÇÃO COM USUÁRIOS ACERCA DO
CONTROLE SOCIAL NO SUS**

Rio Grande

2010

**UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO GRANDE
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM ENFERMAGEM
MESTRADO EM ENFERMAGEM**

JOSÉ FRANCISCO PEREIRA SOARES

**ESPAÇO DE AÇÃO-REFLEXÃO-AÇÃO COM USUÁRIOS ACERCA DO
CONTROLE SOCIAL NO SUS**

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Enfermagem da Escola de Enfermagem da Universidade Federal do Rio Grande, como requisito para obtenção do título de Mestre em Enfermagem – Área de Concentração: Enfermagem e Saúde. Linha de Pesquisa: Ética Educação e Saúde.

ORIENTADORA: DRA. ROSEMARY SILVA DA SILVEIRA

CO-ORIENTADORA: DRA. GEANI FARIAS MACHADO FERNANDES

**Rio Grande
2010**

S676e Soares, José Francisco Pereira.

Espaço de ação-reflexão-ação com usuários acerca do controle social no SUS / José Francisco Pereira Soares ; orientação da Prof^a Dr^a Rosemary Silva da Silveira ; co-orientação da Prof^a Dr^a Geani Farias Machado Fernandes. – Rio Grande : FURG, 2010.

99 f.

Dissertação (Mestrado) – Universidade Federal do Rio Grande – Mestrado em Enfermagem.

1. Enfermagem. 2. Controle social. 3. Sistema Único de Saúde - SUS. 4. Saúde pública. I. Silveira, Rosemary Silva da. II. Fernandes, Geani Farias Machado III. Título.

CDU 616-083:614

JOSÉ FRANCISCO PEREIRA SOARES

ESPAÇO DE AÇÃO-REFLEXÃO-AÇÃO COM USUÁRIOS ACERCA DO
CONTROLE SOCIAL NO SUS

Esta dissertação foi submetida ao processo de avaliação pela Banca Examinadora para obtenção do Título de

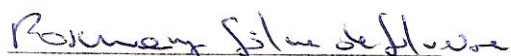
MESTRE EM ENFERMAGEM

e aprovada na sua versão final em 28 de agosto de 2010, atendendo às normas da legislação vigente da Universidade Federal do Rio Grande, Programa de Pós-Graduação em Enfermagem, Área de Concentração Enfermagem e Saúde.



Dra. Helena Heidtmann Vaghetti
Coordenadora do Programa

BANCA EXAMINADORA:

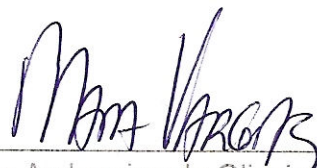


Dr^a Rosemany Silva da Silveira
Presidente (FURG)

Dr^a Geani Farias Machado Fernandes
(Co- Orientadora)



Dr^a Valéria Lerch Lunardi
Membro (FURG)



Dr^a Mara Ambrosina de Oliveira Vargas
Membro (UNISINOS)

A Deus, por permitir a força e as provações necessárias ao aprendizado. Obrigado.

Aos meus pais, Narciso e Carmem e minha irmã, Mariângela, pelo exemplo de força, coragem e perseverança que sempre estimularam a luta, e a busca pelo conhecimento.

A Elizah minha amiga e companheira que com paciência e abnegação compreendeu e possibilitou este trabalho.

Arthur e Otávio, anjos que iluminam minha vida, sua alegria e presença me acalmam, dando-me forças para continuar sonhando.

AGRADECIMENTOS

Em especial, agradeço à Professora Dra. Rosemary Silva da Silveira, pela confiança e paciência, muitas vezes posta a prova. Aceitou-me como orientando, me proporcionando o privilégio de compartilhar um pouquinho de seu conhecimento.

Agradeço sua consideração, paciência, amizade e respeito sinceros em toda a trajetória deste trabalho.

Aos professores do Programa de Pós-Graduação em Enfermagem da FURG, em especial a Professora Valéria Lunardi, contribuindo sempre que necessário, compreendendo as dificuldades e estimulando nas horas difíceis. A Professora Geani por seu envolvimento neste trabalho e também, sua contribuição como Co-orientadora. A Professora Mara Ambrosina Vargas por sua disponibilidade e compreensão.

Aos usuários da UBS do Bairro Subuski que participaram do Círculo de Cultura, possibilitando este trabalho.

Agradeço de forma muito especial ao Prof. Narciso Vieira Soares por sua contribuição e disponibilidade, envolvendo-se como um pai sempre que solicitado.

À Escola de Enfermagem da FURG que oportunizou a realização do Curso de Mestrado em Enfermagem em seu Programa de Pós Graduação.

Aos meus familiares, minha tia Ervanis, ao Dindo Camilo, a Zaida, ao Adão, a Eunice a Eliane, o Elder, a Lenira, ao José Carlos, a todos que de uma forma ou outra também contribuíram com a realização deste estudo, obrigado.

Aos amigos e pessoas queridas de Rio Grande e de Santo Ângelo, em especial a Profa. Zaléia, que me incentivou e me acolheu em vários momentos.

Aos colegas do mestrado, por alegrias e carinho que deixam saudades.

“É que ninguém caminha sem aprender a caminhar, sem aprender a fazer o caminho caminhando, sem aprender a refazer, a retocar o sonho por causa do qual a gente se pôs a caminhar”

Paulo Freire, 1992.

RESUMO

SOARES, José Francisco Pereira. Espaço de ação-reflexão-ação com usuários acerca do controle social no SUS. 2010. 95p. Dissertação (Mestrado em Enfermagem) – Programa de Pós-Graduação em Enfermagem, Universidade Federal do Rio Grande, Rio Grande.

O SUS necessita do envolvimento dos usuários nas ações de controle social com vistas a minimizar as fragilidades do sistema. Trabalhadores e gestores partilham da responsabilidade de fortalecer esses sujeitos para o exercício de seus direitos em saúde. Assim, este estudo teve como objetivo construir um espaço de ação-reflexão-ação com os usuários da rede básica, que permitisse refletir sua condição de autonomia e participação no controle social. Desenvolveu-se um estudo de caráter qualitativo, apoiada nos preceitos metodológicos de Paulo Freire, fundamentados na percepção crítica da realidade. Os sujeitos envolvidos foram usuários atendidos por uma Estratégia de Saúde da Família do Bairro Subuski na Cidade de Santo Ângelo, interior do Estado do Rio Grande do Sul. Os participantes foram sete usuários do SUS com idades variando entre 17 e 72 anos. O Círculo de Cultura foi desenvolvido entre os meses de fevereiro a abril de 2010. Esta pesquisa foi submetida ao Comitê de Ética em Pesquisa na Área da Saúde da Universidade Federal do Rio Grande (CEPAS – FURG), sob o parecer nº 129/2009, permitindo contemplar todos os preceitos éticos que regem a pesquisa com seres humanos. A análise e a inter-relação dos dados ocorreu a partir das falas emergidas durante os encontros registrados em áudio e transcritos, emergindo duas categorias: Direitos do usuário: existência ou negação e Participação dos usuários no controle social: possibilidades e impossibilidades. Os usuários expressaram angústias relacionadas ao desrespeito aos seus direitos, afirmando que a falta de informação e de comprometimento ético por parte de trabalhadores de saúde e da gestão local os torna vulneráveis. Em relação a sua participação no controle social, evidenciaram possibilidades e impossibilidades relacionadas à sua falta de credibilidade no sistema político e na gestão local, contribuindo para a fragilidade dos usuários e para a falta de acesso efetivo a seus direitos e à participação democrática. Foi possível evidenciar a necessidade de investir na aplicação de estratégias envolvendo a contribuição de gestores e trabalhadores da saúde na valorização da autonomia dos usuários. Assim, perceber estes sujeitos como co-participes para a melhoria da qualidade do setor, bem como fomentar o exercício da cidadania e da justiça social precisam ser impulsionados de forma a integrar ambientes de atuação e formação profissional, competindo à profissão de enfermagem assumir sua responsabilidade na promoção da saúde e no protagonismo social.

Descritores: Autonomia, Empoderamento, Enfermagem e Controle Social.

ABSTRACT

SOARES, José Francisco Pereira. Space of action-thought-action about social control at SUS. 2009. 95p. Dissertation (Masters in Nursing) – Programme of Post-Graduation in Nursing, Universidade Federal do Rio Grande, Rio Grande.

SUS needs the commitment of its users in the actions of social control with the aim to minimize the fragilities of the system. Workers and management share the responsibility of strengthening these individuals to exercise their health rights. The present study aimed to build a space of action-thought-action with the users of public health, which allowed them to reflect their status of autonomy and participation in social control. A study of qualitative feature was developed supported in the methodological concepts of Paulo Freire, reasoned in the critic perception of reality. The individuals involved were users served by a ESF in the Subuski neighbourhood, city of Santo Angelo, in the countryside of the state of Rio Grande do Sul. There were seven participants of the SUS aged between 17 and 72 years. The Culture Circle was developed between the months of February and April 2010, shortly after the approval of research by the Committee of Ethics Research in Healthcare under the no. 129/2009, allowing the contemplation of all ethical principles governing research with humans. Analysis and interrelationships of the data was based on the contents and meanings emerged during the meetings, which were recorded in audio and transcribed, enabling their understanding and grouping according to their affinities. From these analyses, two categories emerged: user's rights, existence or denial; and the user's participation in social control: possibilities and impossibilities. In relation to the perception of their rights, the users expressed fears related to the failure committed by health workers, claiming that the lack of information and ethical commitment of the workers and management makes them vulnerable. Regarding their participation in the social control, their perception that highlight the possibilities and impossibilities are related to the lack of credibility in the political system and in local management, which enables the fragility of these individuals with no guarantee concerning the effective access to their rights and to the democratic participation. The study shows the need to invest in the application of strategies involving the contribution of managers and healthcare workers in the recovery of users' autonomy. Considering these individuals as co-participants in order to improve the quality of the sector as well as foster the exercise of citizenship and social justice needs to be improved so as to integrate environments of work and vocational training, giving the nursing profession the chance to take responsibility in the promotion of health and social role.

Descriptors: Autonomy, Empowerment, Nursing, Social Control.

RESUMEN

SOARES, José Francisco Pereira. Espacio de acción-reflexión-acción acerca del control social en el SUS. 2009. 95p. Disertación (Maestrazgo en Enfermería) – Programa de Posgrado en Enfermería, Universidad Federal del Río Grande, Río Grande.

EL SUS necesita del involucramiento de los usuarios en las acciones de control social con vistas a minimizar las fragilidades del sistema. Trabajadores y administradores dividen de la responsabilidad de fortalecer estos sujetos para el ejercicio de sus derechos en salud. Este estudio tuvo como objetivo construir un espacio de acción-reflexión-acción con los usuarios de la red básica, que permitiese reflejar su condición de autonomía y participación en el control social. Se desarrolló un estudio de carácter cualitativo, apoyada en los preceptos metodológicos de Paulo Freire, fundamentados en la percepción crítica de la realidad. Los sujetos envueltos fueron usuarios atendidos por una ESF del Barrio Subuski en la Ciudad de Santo Ângelo, interior del Estado de Rio Grande do Sul. Los participantes fueron siete usuarios del SUS con edades variando entre 17 y 72 años. El Círculo de Cultura fue desarrollado entre los meses de febrero a abril de 2010, justo después de la aprobación de la investigación por el Comité de ética en Investigación en el Área de la Salud bajo el parecer n° 129/2009, permitiendo contemplar todos los preceptos éticos que rigen la investigación con seres humanos. El análisis y las interrelaciones de los datos se dieron a partir del contenido y sus significados emergidos durante los encuentros registrados en audio y transcritos, viabilizando su entendimiento y agrupación conforme sus afinidades. De estos análisis emergieron dos categorías: derechos del usuario: existencia o negación y participación de los usuarios en el control social: posibilidades e imposibilidades. Acerca de la percepción de sus derechos, los usuarios expresaban angustias relacionadas a la falta de respeto de estos por parte de los trabajadores de la salud, afirmando que la falta de información y de compromiso ético por parte de trabajadores y de la gestión local los vuelve vulnerables. En relación a su participación en el control social, sus percepciones que evidencian posibilidades e imposibilidades se relacionan a la falta de credibilidad en el sistema político y en la gestión local, viabilizando la fragilidad de estos sujetos, sin garantizarles acceso efectivo a sus derechos y la participación democrática. Fue posible evidenciar la necesidad de invertir en la aplicación de estrategias envolviendo la contribución de administradores y trabajadores de la salud en la valorización de la autonomía de los usuarios. Percibir estos sujetos como co-participes para la mejoría de la calidad del sector, bien como fomentar el ejercicio de la ciudadanía y de la justicia social necesita ser impulsado de forma a integrar ambientes de actuación y formación profesional, compitiendo a la profesión de enfermería asumir su responsabilidad en la promoción de la salud y en el protagonismo social.

Descriptor: Autonomía, Empoderamiento, Enfermería, Control Social.

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO	14
2 REVISÃO DA LITERATURA	20
2.1 A autonomia do usuário em saúde.....	20
2.2 O controle social no SUS.....	24
2.3 O processo de empowerment.....	28
3. ESTRATÉGIAS METODOLÓGICAS	32
3.1 A opção por Freire.....	32
3.2 Caracterização do estudo.....	33
3.3 O local do estudo.....	34
3.4 Considerações éticas da pesquisa.....	36
3.5 Descrição do ambiente e sujeitos.....	37
3.6 A aproximação com o Círculo de Cultura.....	39
3.7 Levantamento dos temas geradores.....	40
3.8 Codificação X descodificação.....	44
3.9 Desvelamento crítico.....	48
3.10 Organização e análise dos dados.....	49
4 RESULTADOS E DISCUSSÕES	51
4.1 Direitos dos usuários: existência ou negação.....	51
4.2 Participação no controle social: possibilidades e impossibilidades.....	65
5 CONSIDERAÇÕES FINAIS	84
REFERÊNCIAS	88
APÊNDICE: TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO	96
ANEXO: PARECER DE APROVAÇÃO DO COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA NA	

ÁREA DA SAÚDE (CEPAS).....	99
----------------------------	----

INTRODUÇÃO

A saúde no Brasil tem passado por muitas transformações na busca pela qualidade. O contexto de organização e mobilização social na luta por mudanças na gestão de recursos e serviços em saúde teve início nas décadas de 70 e 80, resultando no reconhecimento da saúde como direito de cidadania. Este envolvimento compreende aspectos sociais, políticos e econômicos, mobilizando gestores, trabalhadores e usuários na busca pela consolidação de direitos no setor saúde (MENDES, 2006).

O envolvimento de diversos segmentos da sociedade culminou na consolidação de uma reforma no modelo sanitário brasileiro (COTTA et al., 2002; PEGO e ALMEIDA, 2001; BRASIL, 2002), reconhecendo a saúde como um direito de todos e um dever do Estado (BRASIL, 1988), alicerçando a consolidação do Sistema Único de Saúde (SUS). Fundamentado em preceitos como a universalização do atendimento a saúde, a descentralização de ações e a equidade no acesso aos serviços (BRASIL, 1988, 1990a), estas diretrizes enfocam o atendimento integral à saúde da população, bem como sua participação no controle social do SUS (LABRA, 2005).

Com vistas à garantia da participação democrática de cidadãos e demais segmentos do setor saúde, a Lei 8.142 de 1990 estabelece o controle e a participação dos usuários com a realização de Conferências de Saúde e a criação dos Conselhos de Saúde, prevendo o envolvimento e a representação da sociedade nas diferentes esferas de governo (BRASIL, 1990a). Estes Conselhos de Saúde, de caráter deliberativo, passam a configurar um setor institucional necessário para o funcionamento dos sistemas locais de saúde, arbitrando sobre o financiamento e o controle de ações e serviços de saúde (BRASIL, 1990a).

Neste sentido, Figueiredo (2001), Noronha e Soares (2001) reconhecem os Conselhos de Saúde como estratégias institucionais que visam a viabilidade da participação social nas decisões do setor saúde, bem como, um instrumento de fomento à dinâmica social de interesse e estímulo para uma cultura participativa na comunidade. Paim (2003, p. 593) afirma que o surgimento dos conselhos Municipais e Estaduais de saúde “possibilitou a criação de canais de participação do cidadão na formulação e acompanhamento das políticas de saúde”.

Todavia, a perspectiva de envolvimento e participação da comunidade no controle social tem apresentado alguns aspectos que merecem atenção. Fleury (1997), Cotta et al. (1998, 2006), Van Satralen et al. (2006) afirmam que a exigência legal e o reconhecimento do Controle social são ainda insuficientes para sua legitimação. A participação dos usuários nestas ações, necessita do reconhecimento do direito de representatividade junto aos órgãos competentes, bem como, do compromisso e envolvimento dos usuários com o exercício de sua cidadania.

Vàzquez et al. (2003) afirmam que a participação no controle social é visto sob diferentes aspectos na concepção de alguns usuários, caracterizando-a como um dever, como solidariedade ou uma colaboração com os serviços de saúde. Dentre as concepções dos diferentes sujeitos envolvidos no setor saúde, Arantes et al. (2007) referem que enfermeiras da atenção básica consideram a presença dos usuários nos Conselhos de Saúde e a participação da comunidade junto aos serviços, avaliando ações e reivindicando melhorias, podem ser caracterizadas como ações dos usuários para o controle social no SUS.

Esta concepção de participação nas reuniões do Conselho de Saúde, e de fiscalização, presente na opinião dos trabalhadores da saúde, também é evidenciada por diferentes autores, (CREVELIM e PEDUZZI, 2005; CAMPOS e WENDHAUSEN, 2007), reafirmando a necessidade de aprimoramentos destes conceitos (LONGHI, 2009), fortalecendo valores que permitam a busca pela cidadania e o exercício dos direitos da autonomia dos usuários em saúde.

Assim, a mobilização para o desenvolvimento deste estudo teve início no transcorrer de minha graduação em enfermagem, ao direcionar atenção para os aspectos relacionados à participação dos usuários nos processos de tomada de decisão e controle social. Percebia que o envolvimento destes sujeitos não se constituía em prioridade, não havendo envolvimento ou participação em tais decisões.

Algumas situações vivenciadas pelos usuários de saúde, como o co-pagamento por serviços públicos, longos períodos de espera por atendimento, número restrito de fichas para atendimento, a falta de profissionais e de recursos materiais, assim como de vagas para internação hospitalar, faziam parte desta realidade. A aparente negligência e imprudência praticadas por profissionais da saúde, bem como a insensibilidade e o desrespeito pelos usuários eram evidenciados assim como a negligência com o diagnóstico clínico, substituído na

maioria das vezes, por exames de alta complexidade ou pela prescrição indiscriminada de medicamentos, fortaleciam o entendimento de uma cultura baseada em um modelo de atenção excludente e pouco resolutivo.

Outras evidências se apresentaram durante o desenvolvimento de atividades teórico-práticas junto à comunidade, reforçadas por relatos de alguns usuários acerca de dificuldades enfrentadas nos serviços públicos de saúde. Estas constatações reforçavam inquietações sobre a relação entre usuários e os serviços, impulsionando dúvidas como: Porque estes usuários não se utilizavam dos mecanismos de controle social na tentativa de intervir pela qualidade destes serviços? Haveria fatores determinando sua mobilização e seu envolvimento nas ações de Controle Social? Quais seriam estes fatores?

Por outro lado, observava-se a insipiência de maiores esforços por parte da comunidade, no sentido de participar e reivindicar ações e investimentos em saúde, questionando e cobrando melhorias. A atuação dos trabalhadores da saúde, visando estimular o envolvimento destes sujeitos no controle social apresentava-se pouco significativa ou até mesmo inexistente frente à relação da comunidade e o exercício de seus direitos. Em algumas ocasiões foi possível evidenciar que o envolvimento dos usuários em atividades propostas pelas equipes, não contava com sua participação nas etapas de planejamento ou na definição de prioridades, da mesma forma que algumas dessas atividades de caráter educativo pareciam assumir enfoque apenas informativo.

Ao refletir sobre o contexto de saúde e o envolvimento da comunidade nos processos de decisão, emergiam os seguintes questionamentos: A postura dos profissionais de saúde estaria estimulando a participação dos usuários nas decisões em saúde? Os profissionais têm a compreensão necessária sobre a importância da participação da comunidade no processo de decisão e controle social? Quais estratégias estão sendo, ou poderiam ser adotadas no sentido de envolver os usuários nos processos de decisão em saúde?

A realização do Curso de Especialização Multiprofissional em Estratégia de Saúde da Família permitiu compreender melhor alguns aspectos relacionados ao processo de trabalho em saúde, bem como temas referentes à gestão e ao controle social no SUS, aprimorando conhecimentos que puderam ser transpostos para a vivência profissional, na atuação em uma instituição de internação psiquiátrica.

Esta vivência profissional viabilizou a identificação da responsabilidade

implícita aos trabalhadores da saúde, em especial da profissão de enfermagem na valorização da autonomia dos usuários, permitindo refletir sobre alternativas para a sensibilização dos demais trabalhadores tendo em vista o respeito à autonomia destes sujeitos. Estas reflexões alavancaram o fortalecimento e a instrumentalização para a temática que se aplicaram no exercício da função docente em uma Instituição de Ensino Superior (IES), permitindo estimular a reflexão de novos conhecimentos aliados à importância do envolvimento social como uma responsabilidade no processo de construção do conhecimento.

Ao lançar um olhar investigativo sobre o cenário de saúde local, constata-se a predominância do modelo biomédico de atenção a saúde, sendo este considerado por muitos autores (ALMEIDA, 1991; MERHY, 1992, 2000; CAMPOS, 1992, 2000; SCHRAEBER et al., 1996; ARTIGAS et al., 2007) como reducionista baseado na hegemonia de uma abordagem clínica, centrado predominantemente na doença. Estes autores apontam a necessidade de mudanças nessa concepção de atenção para um modelo que valorize o atendimento integral dos sujeitos, mediante a articulação de saberes e fazeres que incluam a humanização, a criação de espaços para a reflexão e a livre manifestação dos usuários, como alternativas para a superação das práticas atuais.

Neste sentido, identifica-se nas Estratégias de Saúde da Família a possibilidade de viabilizar a atenção primária à saúde, assegurando integralidade e qualidade (BRASIL, 2001). Entretanto, esta realidade, ainda parece distante, haja vista evidências de práticas direcionadas a uma atenção baseada na queixa-consulta. Este atendimento, no entanto, pode mobilizar valores simbólicos das classes dirigentes, aliviando tensões sociais ou promovendo controle sobre as famílias em função de ideologias dominantes (PAIM, 1993). Neste sentido, acredita-se que o direcionamento das práticas em saúde para a consolidação de um modelo de atenção centrado no usuário, representa uma importante responsabilidade que compete aos órgãos de gestão e seus compromissos de valores com a responsabilidade política e social.

Este contexto permite supor que a concepção dos usuários, bem como de alguns trabalhadores e gestores de saúde, acerca da sua função social, ainda resguardam fortes influências de uma herança cultural que valoriza interesses pessoais ou institucionais sobrepostos ao envolvimento social democrático.

Gaspari, Ventura e Holanda (2000) identificam o Brasil como uma nação de

fortes heranças culturais de relações de poder exercidas pelo Estado, iniciada nos períodos de regimes ditatoriais e militares, entre os anos de 1937 a 1988. Esta forte iniciativa para consolidar uma cultura de alienação e submissão, atribuída a contextos opressivos, teve como resultado o distanciamento dos cidadãos/usuários das esferas de representatividade (HOLANDA, 1976; GASPARI, VENTURA e HOLANDA, 2000).

Beauchamp e Childress (2002) identificam na perspectiva de Kant, a idéia de um governo paternalista que inicialmente age por benevolência, intervindo junto aqueles com autonomia nula ou limitada, ou seja, o governo feito por um pai, no sentido de suprimir as necessidades ou regular a vida de uma comunidade. O Paternalismo então, “é a ação de contrariar as preferências [...] na qual a pessoa que contraria justifica sua ação com base no objetivo de beneficiar a pessoa cuja vontade é contrariada” (BEUCHAMP e CHILDRESS, 2002, p. 297).

Alguns destes valores culturais poderiam envolver os usuários na percepção de uma identidade que os exclui das esferas de representatividade. Do mesmo modo, é preciso refletir acerca da postura do Estado e seu compromisso em fomentar o espaço social democrático, valorizando a consolidação de uma cultura de alienação, no qual o cidadão deva confiar, ou delegar a este a responsabilidade de arbitrar seus por seus direitos (GASPARI, VENTURA e HOLANDA, 2000). O usuário, por sua vez, poderia estar sob a regência de sentimentos como o medo, acreditando que esta responsabilidade poderia privá-lo de liberdade, ou envolvê-lo em situações conflituosas, resultando em possíveis represálias ou punições por seu envolvimento. Atento a estas reflexões Longhi (2009, p. 27), afirma que “estaríamos cometendo um equívoco em “culpabilizar” a sociedade, em especial, os usuários, pela sua falta de participação, sem antes apreender o contexto sócio-histórico-cultural-econômico que os permeia.”

Deste modo, reforça-se a necessidade de idealizar um processo de produção de saúde que invista na capacitação dos usuários para o exercício de sua autonomia, afastando-os de qualquer possibilidade de imergir em universos de comodismo e alienação.

O usuário do SUS que protagonizou esta investigação é, na maioria das vezes, um sujeito repleto de necessidades, nem sempre objetivadas em uma doença; que pouco conhece sobre seus direitos, convivendo diariamente com dificuldade de acesso aos serviços de saúde; que precisa permanecer em longas

filas para conseguir uma consulta; que permanece aglomerado nos corredores dos serviços de urgência e emergência das instituições de saúde quando o número de leitos é insuficiente e, ainda, que parece ficar agradecido, conformado com a assistência recebida, demonstrando que o modo de ser cuidado e o afeto recebido correspondem às suas expectativas ou à maneira como gostariam de ser cuidados. Quando estes usuários dispõem de recursos financeiros para utilizar serviços privados de saúde, parecem resistir a este panorama excludente, pois, na maioria das vezes, trata-se de indivíduos esclarecidos acerca de seus direitos e de como reivindicá-los.

Nesta perspectiva, acredita-se que o usuário precisa estar amparado e ser valorizado como protagonista de sua trajetória em um processo de construção social e manutenção de sua qualidade de vida. Necessita estar amparado em um contexto sólido e de interesses convergentes. Desta forma, este estudo traz a seguinte questão de pesquisa: como o usuário em saúde identifica-se neste cenário de omissão/opressão/ desconhecimento de sua condição de protagonista das ações em saúde e controle social?

Sendo assim, esta proposta assistencial é norteada pelo objetivo de **construir um espaço de ação-reflexão-ação coletiva com os usuários da rede básica, que permita refletir a sua condição de autonomia e participação no controle social.**

Ao compreender a complexidade das discussões, podem-se identificar inúmeros fatores que contribuem para a construção e solidificação das discussões em torno do tema. Para se compreender os diferentes aspectos presentes nas discussões acerca desta temática, elucidam-se alguns conceitos que visam balizar as discussões e evidenciar a relevância da temática. Direcionando-se a abordagem ao usuário como indivíduo e cidadão, cumpridor de seus direitos e imbuído de deveres e atribuições como toda relação social sadia, identifica-se a necessidade de abordar a condição de autonomia.

2 REVISÃO DA LITERATURA

2.1 A autonomia do usuário em saúde

Ao refletir acerca do conceito de autonomia, observa-se uma complexa representação de significados que dão origem ao termo. Sua derivação semântica do idioma grego *autos* significando próprio e *nomos* contemplando o significado de regra ou lei, enfatiza suas características fundamentais relacionadas ao governo de cidades, posteriormente, estendendo-se a sentidos diversos que passaram a abranger os direitos de liberdade, privacidade, escolha e vontade própria (BEUCHAMP e CHILDRESS, 2002).

Alguns estudos abordam autonomia numa perspectiva de liberdade do sujeito sobre si mesmo, sua vontade e decisão, dentre esses, Morin (2001) considera a autonomia embasada na direção da vontade do indivíduo para a ação, a partir de influências sociais e culturais. Já Backes (2009) entende que o enfermeiro precisa desenvolver uma cultura empreendedora, estimulando a participação cidadã, com ações focadas no sujeito para o desenvolvimento de seu protagonismo. A autora considera que o enfermeiro dispõe de muitas alternativas para promover a cidadania por intermédio de suas ações de cuidado, viabilizando desta forma o fortalecimento da democracia e da autonomia tanto dos profissionais quanto dos usuários (BACKES, 2009).

Sob este enfoque, Silveira (2006) afirma que o processo de construção moral do profissional ocorre ao longo da sua história de vida de cada ser humano, constituindo-se de interações familiares, da formação, do contexto do trabalho e de sua subjetividade, destacando-se ainda a necessidade de sensibilizar os trabalhadores para compreender os valores que norteiam suas ações, de modo a favorecer o exercício de sua autonomia.

A autonomia passa a constituir-se de significados filosóficos e sociais, capazes de instigar a reflexão sob diferentes aspectos. Ao direcionar o enfoque ao exercício da autonomia do usuário, concorda-se com Beuchamp e Childress (2002)

ao afirmarem que o indivíduo age de forma livre conforme suas escolhas, semelhante a um autogoverno, com sua política e territórios definidos, da mesma forma que pode sofrer influências externas alterando sua capacidade de exercer a autonomia, estando submetidos ao controle ou incapacitados de praticar seus desejos.

Ao observar-se o distanciamento do cidadão do exercício de sua autonomia e o desconhecimento de seus direitos, percebe-se a necessidade de mais atenção e intervenção por parte dos trabalhadores da saúde, no sentido de valorizar e estimular o exercício da autonomia desses sujeitos, incentivando e valorizando seu poder de decisão e de escolha. Neste sentido, os profissionais da enfermagem caracterizam-se por sua inserção comunitária e envolvimento nas propostas educativas como membros de uma equipe multidisciplinar. Backes (2009) considera a enfermagem como uma profissão social, capaz de reconhecer o indivíduo em sua complexidade.

Este envolvimento e comprometimento requerem que a profissão “invista em atitudes pró-ativas, capazes de promover o desenvolvimento social pela ampliação das oportunidades reais dos seres humanos para desenvolverem suas potencialidades e, torná-los protagonistas da sua própria história”(BACKES 2009, p. 211).

É nesta perspectiva de estimular o exercício da autonomia do usuário, fortalecido pelo envolvimento dos trabalhadores da saúde que emerge a estratégia do *empowerment*¹, buscando resgatar o compromisso entre os atores sociais e sua inter-relação de saberes. Este envolvimento coletivo permite a emancipação dos sujeitos, em uma luta por melhores níveis de saúde. Sendo assim, Fleury-Teixeira et. al (2008, p. 2118) afirmam que “esta busca por uma ampliação da autonomia, representa o fator chave de uma proposta de *empowerment* individual e coletivo”.

Nesse sentido, para essas discussões, Freire propõe o diálogo entre os sujeitos, como um compromisso ético e libertador, desafiando-os a “pensar criticamente a realidade social, política e histórica” (FREIRE 2000, p. 44). O conceito de *empowerment* relaciona-se à promoção da saúde, enquanto que sua prática prevê a capacitação através da educação ou mobilização da comunidade

¹ O termo *empowerment* não dispõe de sinônimo no idioma português. Neste sentido, em função de seu significado literal abrir margem para múltiplas interpretações, optou-se por utilizar sua grafia no idioma de origem, preservando seu sentido, tendo em vista que sua adaptação para o português, empoderamento, não contempla sua amplitude e abrangência.

reconhecendo a necessidade de busca pela qualidade de vida.

Dando ênfase aos conceitos de promoção da saúde, identifica-se na Carta de Ottawa (OPAS, 1986) a definição de um processo de capacitação dos indivíduos para aumentar seu controle sobre sua saúde. Esta afirmação nos permite identificar a necessidade de envolvimento de esferas de gestão e dos profissionais, no sentido de promover essa capacitação, permitindo o acesso à informação, à saúde e ampliando espaços de participação.

Czeresnia (2003) afirma que a promoção da saúde é o fortalecimento da capacidade individual e coletiva para lidar com a multiplicidade dos condicionantes da saúde, de forma que, o indivíduo, estando preparado para compreender e agir frente às diferentes situações, informado e consciente da necessidade de seu envolvimento, estaria mais apto a administrar suas necessidades de forma mais autônoma.

Fortes e Spinett (2004) afirmam que um conjunto de ações com intuito de promover a saúde prevê o desenvolvimento da capacidade coletiva e individual da autonomia, com vistas à qualidade de vida. A autonomia como um elemento reciprocamente integrado aos princípios da promoção da saúde, se complementa de forma prática, promovendo a participação dos indivíduos sobre seus determinantes de saúde.

Nesta perspectiva, Soares e Camargo (2007) afirmam que existe uma relação de dependência que abrange o processo saúde/doença a ser superada, e para isto, é preciso fortalecer as relações para que haja uma compreensão dessas redes de dependência que são fundamentais para o cuidado, superando a autoridade ou paternalismo das relações. Ainda utilizando as palavras dos autores, evidencia-se que “a autonomia merece ser resgatada como uma condição de saúde e de cidadania, da própria vida, um valor fundamental, portanto, mas que não é nem pode ser absoluta” (SOARES e CAMARGO 2007, p. 74)

O reconhecimento da autonomia dos usuários de saúde identifica uma ação respeitosa por parte dos trabalhadores da saúde como uma das partes mais envolvida em sua consolidação com vistas à legitimidade na promoção da saúde. Concorda-se com Beauchamp e Childress (2002) ao afirmarem que o respeito pela autonomia implica em reconhecer e estimular o exercício de seu direito de agir.

Para Fleury-Teixeira et. al (2008, p. 2120) “o desenvolvimento da autonomia e os mecanismos para tal apenas podem ocorrer através da comunidade”. Todavia, os

autores reconhecem alguns entraves importantes, relacionados a ampliação da condição de autonomia afirmando que existem “claros limites no que toca a esta ampliação da autonomia no coletivo, porque as condições locais são articuladas num sistema social e no limite, a ele submetidas”.

A autonomia apresenta-se, então, como um princípio interdependente de relações de respeito como condição para a tomada de decisões em saúde (BEAUCHAMP E CHILDRESS, 2002). É neste sentido que se identifica que as conquistas e os espaços de participação dos usuários, familiares e profissionais da saúde fortalecem a possibilidade do exercício da autonomia.

Aciole (2007) evidencia as dimensões pedagógicas do controle das práticas em saúde do SUS, com o intuito de priorizar as ações de construção e consolidação de ferramentas coletivas na conquista de valorização social. Tais instrumentos pedagógicos coletivos representam alternativas na direção da democracia e espaços para a defesa dos interesses públicos na área das políticas de saúde. Esta abordagem permite teorizar que as ações em saúde buscam reorganizar formas de enfrentar as dificuldades e os conflitos, tencionando ações de interesses individuais e coletivos, priorizando uma cultura de relações intersetoriais.

Tratando-se do ideário de um novo modelo de atenção á saúde, baseado em propostas de construção coletiva e discussões comunitárias, o SUS necessita de protagonistas destas práticas. Práticas que se utilizem do sistema no sentido de promover e complementar as ações de *empowerment*, contribuindo com a consolidação de espaços representativos e controle social.

Ao analisar a eficácia de um processo de formação sobre fonoaudiologia desenvolvido com Agentes Comunitários de Saúde, Brites, Souza e Lessa (2008) observaram que o vínculo de informações proporcionou a troca de experiências, resultando em um nível de *empowerment* individual, tanto entre os agentes quanto entre os pesquisadores.

Torna-se importante o apoio aos diferentes instrumentos que buscam a promoção da saúde, bem como reconhecer a necessidade de facilitar a inserção destas discussões entre os ambientes de representatividade política e governamental. Com este olhar, Andrade e Vaitsman (2002) discutiram a participação de usuários de serviço público de saúde em uma associação de pacientes, constatando que a valorização da cultura participativa nas instituições de saúde, contribui para o exercício da autonomia e elevação da auto-estima dos

indivíduos, melhorando sua qualidade de vida.

Frente a estas reflexões, percebe-se a necessidade da autonomia do usuário em saúde ser reconhecida nos diferentes ambientes de inserção. A sua valorização nas esferas de representatividade diz respeito não apenas a espaços, mas também ao acesso e o interesse dos diferentes segmentos em reconhecer esta condição. Neste sentido, a mobilização dos usuários pela garantia de acesso e direitos a saúde tiveram seu percurso histórico marcado por grandes conquistas, culminando com a garantia constitucional de sua participação nos segmentos de representação política, tornando-se peça fundamental nas ações de controle social do SUS.

2.2 O controle social no SUS

As conquistas populares no Brasil têm suas origens nos movimentos de mobilização social em defesa do direito à saúde. Esta trajetória simbólica foi marcada prioritariamente a partir da década de 80, com a Reforma Sanitária, a qual não se reduz à reformulação do Sistema de Saúde, mas diz respeito a todo um processo histórico e político de transformação da situação existente, visando à superação dos problemas relativos ao estado de saúde da população (BRASIL, 2001).

A Reforma Sanitária aconteceu no bojo de mobilizações sociais e políticas, decorrentes do descontentamento da sociedade com a realidade de saúde, numa tentativa de buscar adequar os serviços prestados pelo Estado e reverter às constantes violações dos direitos dos usuários, a qual vem progressivamente se consolidando. A Reforma culminou com a realização da 8ª Conferência Nacional de Saúde (1986) com a proposição do Sistema Único de Saúde (SUS) e com a concepção de saúde como direito de cidadania e dever do Estado, viabilizando os pressupostos estabelecidos na Constituição Federal em seus artigos 196 a 200, como um conjunto de ações e serviços disponibilizados aos cidadãos brasileiros, assegurando essa participação (BRASIL, 2002).

O SUS como um projeto inovador vem ao longo das últimas décadas, apresentando avanços ímpares no que se refere à possibilidade de participação e autonomia do usuário, através de políticas e programas em diferentes âmbitos que

objetivam viabilizar ações concretas de prevenção de doenças, promoção, proteção e reabilitação da saúde da população. O Ministério da Saúde vem incentivando e fortalecendo cada vez mais a participação popular nas decisões relacionadas ao seu processo de saúde e bem estar. Dentre estas propostas estão as de inserção do usuário do SUS como co-participante nas esferas de decisão que compreendem o planejamento, a gestão e o controle social em diferentes realidades no cenário nacional (BRASIL, 2002).

A regulamentação do SUS correu com a Lei Orgânica nº 8080/90, definindo as condições de promoção, proteção e recuperação da saúde. A Lei Orgânica nº 8142/90 surge na mesma época e dispõe sobre a participação comunitária e o controle social, chamando a atenção para a importância da participação da sociedade através de seus representantes, na discussão, definição, planejamento, execução e acompanhamento das políticas de saúde governamentais, fazendo com que o gerenciamento das questões relativas à saúde, seja público e coletivo. As últimas Conferências Nacionais de Saúde, da 9ª a 12ª, afirmam essa necessidade de fortalecer os mecanismos de controle social existente (BRASIL, 2006).

Assim, a implantação do SUS vem sendo foco de interesse e pesquisas no cenário das políticas públicas. Vários indicadores de saúde foram construídos, implantados e são monitorados com o objetivo de avaliar ações e serviços desenvolvidos junto à população em todo o país. Nesse sentido, destacam-se o monitoramento de indicadores de saúde e qualidade de vida como mortalidade, morbidade, cobertura vacinal, dentre outros.

Refletir sobre questões históricas das políticas de saúde, sobre os indicadores epidemiológicos, sobre diferentes posições ocupadas pelos usuários e sua participação nos processos decisórios relacionados ao SUS é fundamental para uma adequação da oferta de serviços, de ações preventivas e de promoção à saúde às reais necessidades de cada grupo populacional.

Estes questionamentos nos levam a refletir sobre possíveis estratégias de atuação dos enfermeiros no sentido de trabalhar propostas de *empowerment* dos sujeitos. Nesse sentido, a equipe de Estratégia de Saúde da Família (ESF) pode ser um espaço para a concretização dessa possibilidade. Instituído em meados de 1993 com a denominação de Programa de Saúde da Família, a ESF foi regulamentada de fato em 1994 e, atualmente, já se encontra implantada, praticamente em todo o país. É considerada uma importante estratégia para reordenação do modelo assistencial

da atenção básica, tendo em seu arcabouço a pretensão de mudar a forma tradicional de prestação de assistência, avançando para um novo modelo de atenção primária com a intenção de resolver a maior parte dos problemas de saúde da população (RONCOLLETA et. al, 2002; DA ROS, 2006).

A importância de se discutir formas de participação dos usuários nos serviços públicos de saúde deve-se a uma concepção bastante difundida no campo da saúde pública: o avanço substantivo na qualidade dos serviços e das ações de saúde requer a participação efetiva da população, apontando soluções e problemas que atendam suas demandas mais diretamente (ANDRADE, 2002).

Inúmeros são os desafios que se visualizam para a consolidação do SUS dentre eles estão os relacionados aos mecanismos destinados ao controle social, tais como: garantia de efetiva implantação dos Conselhos Municipais de Saúde; consolidação do caráter deliberativo e fiscalizador dos Conselhos de Saúde, exigindo que reflexões acerca de práticas democráticas sejam fomentadas entre os usuários e demais segmentos; reafirmação da participação popular e do controle social na construção do modelo de atenção a saúde, bem como, a ampliação de canais de interlocução entre os usuários e sistema de saúde; de mecanismos de regulação, dentre outros. Dificuldades estas relacionadas à inconsistência de uma cultura política democrática da população brasileira, demonstrando a fragilidade de seu processo de construção e a persistência de uma tradição autoritária, ainda presente na realidade nacional (SILVA; CRUZ e MELLO, 2007).

Assim, a ampliação dos espaços de participação dos sujeitos nos processos decisórios sobre a temática da saúde, aliada à reorientação dos serviços, poderão permitir maior envolvimento nas ações comunitárias, consolidando os ideais de promoção à saúde e, possibilitando, através da participação, que indivíduos e coletividade aumentem o controle sobre os determinantes da saúde (CARVALHO, 2004).

A Lei Orgânica da Saúde 8.142/90 assegura o espaço dos usuários no controle social, entretanto a efetiva participação necessita de forças e organizações populares, de construções coletivas com envolvimento e interesse, com intenção de mudar a realidade da saúde. Problematizar a participação do usuário como protagonista de sua autonomia poderá lhe conferir o direito de assumir-se como sujeito da construção coletiva em saúde, como um sujeito que busca a possibilidade de transgredir, de transformar e de promover mudanças.

Deste modo, buscando fortalecer e possibilitar atividades coletivas e a democratização de informações, Pires (2005) propõe a política do cuidado como uma referência indutora de mudanças e acredita numa ajuda que prioriza a autonomia e a elaboração própria dos sujeitos como agentes de mudanças.

Pinheiro (2001) entende que os preceitos que norteiam o SUS devem ser incorporados às diferentes iniciativas e ações, na perspectiva de inovar e reorganizar práticas e políticas de saúde, buscando efetivar a participação coletiva em ações e decisões em saúde. Neste sentido, faz-se importante articular ações que permitam a descentralização de informações, permitindo o acesso e o uso destas informações na tentativa de estimular a criatividade e o envolvimento dos diferentes atores sociais.

Kleba, Comerlatto e Collisetti (2007), referem à troca de conhecimentos e de experiências entre conselheiros municipais de saúde como uma ferramenta importante para uma análise das situações de saúde e tomada de decisões em saúde. Na opinião desses autores, o grande desafio está em fortalecer o compromisso dos atores com o próprio processo de educação permanente e a criação de um espaço de referência com informações e recursos disponíveis.

Ainda na perspectiva dos órgãos de representação, Wendhausen, Barbosa, e Borba (2006) afirmam a importância da participação na transformação de co-produção de vivências. Ao mapear os recursos para o empoderamento em quatro conselhos gestores de Itajaí-SC, identificaram a disponibilidade de recursos positivos e negativos em relação ao alto grau de escolaridade e a pouca representatividade dos gestores.

A carta de Ottawa como proposta inovadora na promoção da saúde propõe conceitos como o *empowerment*, alicerçada em estratégias de políticas públicas saudáveis, de criação de ambientes sustentáveis, de reorientação dos serviços de saúde, do desenvolvimento da capacidade dos sujeitos e do fortalecimento de ações comunitárias, corporificando a razão de ser da promoção à saúde, buscando possibilitar que indivíduos e coletivos aumentem o controle sobre os determinantes da saúde (CARVALHO, 2004).

Dentre os autores brasileiros, Freire destaca a intervenção social radical, com propostas de mudanças pautadas em ações a partir da problematização da realidade social dos sujeitos. Para tanto, é fundamental interromper a reprodução social das estruturas opressoras, que perpetuam situações de dominação e

cerceiam a tarefa ontológica da humanidade de “ser mais” (FREIRE, 1997b).

O pensamento de Freire desde os anos 70 inspirou com maior rigor no país, o campo da educação popular em saúde, a partir de experiências importantes de trabalhos comunitários, pesquisas ativas, capacitação de lideranças e agentes, de movimentos sociais (VASCONCELOS, 2003). Neste sentido, *empowerment* pode ser compreendido como um processo de ação coletiva, que se dá na interação entre indivíduos, o qual envolve, necessariamente, um desequilíbrio nas relações de poder na sociedade. Embora o autor reconheça a importância do *empowerment* individual, fundamentado numa percepção crítica sobre a realidade social, ressalta que tal aprendizagem deve participar das transformações mais amplas da sociedade (FREIRE, 1986).

Outro aspecto significativo é o envolvimento de trabalhadores da saúde como facilitadores do processo de *empowerment*, despertando um crescente interesse dentre as propostas de ações governamentais. Esta atenção ocorre em virtude de reflexos positivos de ações estratégicas que contribuem para mudanças no perfil de saúde da população brasileira. Nessa perspectiva, o *empowerment* do usuário como cidadão capaz de usufruir com consciência seus direitos e deveres, pode resultar em melhorias na qualidade de vida e bem estar, à medida que opina e decide sobre questões que envolvem sua saúde, seu viver em sociedade.

2.3 O processo de *empowerment*

O uso dos conceitos de *empowerment* e autonomia requerem reflexões sobre a participação dos profissionais de saúde no resgate aos direitos dos usuários. Nesse sentido Silveira (2006) refere que os profissionais de enfermagem interiorizam valores que podem se traduzir em mudanças em seu fazer profissional, permitindo novas formas de pensamento, de interação social e de emoções. Afirma, ainda, que estas mudanças seriam capazes de dar novos rumos à construção do sujeito, bem como para as estruturas organizacionais (SILVEIRA, 2006).

Tendo em vista o envolvimento dos trabalhadores da saúde, especialmente, dos profissionais de enfermagem como facilitadores do processo de *empowerment*, despertando um crescente interesse nas propostas de ações governamentais,

identifica-se a importância de sua contribuição e compromisso com um fazer ético com vistas à promoção da saúde, à defesa dos direitos dos usuários, bem como, de ações estratégicas que possam contribuir para mudar o perfil de saúde da população.

Para compreender o conceito de *empowerment*, é importante considerar um movimento ou reação que tende a acumular forças que se opõem ao exercício da autonomia do outro. Neste sentido, a definição de poder segundo Bobbio et. al. (1993, p. 93) “é a capacidade ou a possibilidade de agir, de produzir efeitos. Tanto pode ser referida a indivíduos e a grupos humanos como a objetos ou a fenômenos naturais”.

O *empowerment* emerge como uma possibilidade para a construção de novas estratégias direcionadas ao fortalecimento dos direitos na luta contra os mecanismos do poder opressor. Pode ser entendido como a capacidade do ser humano reivindicar seus direitos, exercer deveres, fortalecer-se para o exercício da autonomia e para um agir ético. Essa construção possibilita a inserção do ser humano num determinado contexto social e histórico, de modo a fortalecê-lo e capacitá-lo a sentir-se parte deste.

Vasconcelos (2003, p. 20) define *empowerment* como o “aumento de poder e autonomia pessoal e coletiva de indivíduos e grupos sociais nas relações interpessoais e institucionais, principalmente daqueles submetidos à relação de opressão, dominação e discriminação social”.

O *empowerment* é um conceito complexo que toma emprestado noções de distintos campos de conhecimento presentes nas sociedades dos países desenvolvidos a partir da segunda metade do século XX. Um conceito que tem origem nas lutas por direitos civis, movimentos feministas e ideologia da ação social que diz respeito às ações coletivas na busca de sua autonomia pela escolha como forma de poder, que está intimamente relacionado à saúde no que tange à proteção e promoção da saúde como co-responsabilidade do usuário (CARVALHO, 2004).

Sua influência no setor social se reflete nas discussões que consideram direitos trabalhistas, organização, exclusão e vulnerabilidade social. As afirmações de sua utilização como estratégia, ampliam horizontes de diversas áreas de atuação, problematizando relações de opressão, proporcionando reflexões e mudanças.

Conforme a Organização Internacional do Trabalho (OIT,2005):

“Empoderamento é um neologismo que vem da palavra inglesa *empowerment* e significa uma ampliação da liberdade de escolher e agir, ou seja, o aumento da autoridade e do poder dos indivíduos sobre os recursos e decisões que afetam sua vida. Fala-se então, do empoderamento das pessoas em situação de pobreza, das mulheres, dos negros, dos indígenas e de todos aqueles que vivem em relação de subordinação ou são excluídos socialmente” (p.81).

Os conceitos de *empowerment* relacionados às lutas sociais de indivíduos que sofrem ações de um poder excludente ou opressor são demonstrados por diversos autores, apontando para as ações de *empowerment* entre mulheres, crianças e adolescentes, discutindo sua situação de vulnerabilidade social e exclusão, no sentido de enfatizar a relevância do estímulo a estas discussões e iniciativas. Tratando-se de ações de *empowerment* entre grupos marginalizados, suas contribuições fortalecem as iniciativas para formação de ambientes de discussão social.

A problematização e discussão de problemas coletivos abrangem significativo valor na construção social como um suporte fornecido por profissionais (TORNQUIST, 2002; MENEGUEL et al. 2003; SILVA e SOARES, 2004; MENEGUEL et. al, 2005; LAPIERRE, MATIN e PERREAULT, 2006; GASPAR et. al., 2006; GRIPPO e FRACOLLI, 2008; NEVES e CABRAL, 2008).

Autores como Akerman et al.. (2002); Becker et al.. (2004); Stotz e Araújo (2004); Carvalho (2004); Bydlowski, Westphal, Pereira (2004); Rios et al.. (2007); Carvalho e Gastaldo (2008) vêm direcionando suas discussões, na construção do conceito de *empowerment* intimamente relacionado às ações de promoção da saúde

A proposta de *empowerment* é identificada como a capacidade de articular estratégias e valores coletivos, contribuindo com a repolitização dos debates e das práticas sociais (CARVALHO e GASTALDO, 2008). Os estudos de Rios et al. (2007) relatam sua experiência na capacitação de conselheiros municipais, utilizando abordagens problematizadoras, constatando que a troca de conhecimentos e ampliação do acesso à informação possibilitou a análise da situação para a tomada de decisões. Na opinião desses autores, o grande desafio está em fortalecer espaços de referência com informações e recursos disponíveis (RIOS et. al, 2007).

A experiência dos trabalhos comunitários demonstra que é possível

influenciar e apoiar diferentes setores no sentido de contribuir para a mudança nas políticas de saúde. Ornelas (2007) desenvolveu estudos na área da saúde mental, identificando que a aplicação do *empowerment* trouxe maior controle e responsabilidade à vida dos indivíduos, aumentando sua participação nos processos de decisão.

Neste sentido as iniciativas de enfrentamento com vistas à ampliação de espaços para a aplicação das estratégias de *empowerment*, tem se distribuído entre diferentes áreas do conhecimento. Com o fortalecimento das discussões de inclusão e fortalecimento dos sujeitos para o exercício da autonomia, é possível compreender a importância da participação do indivíduo de forma pró-ativa na defesa de seus direitos.

A seguir, é descrito o percurso metodológico adotado para viabilizar as diferentes etapas deste estudo, objetivando inserir os sujeitos numa esfera de discussões e reflexões.

3 ESTRATÉGIAS METODOLÓGICAS

3.1 A Opção por freire

No delineamento do estudo buscou-se uma aproximação com a proposta metodológica de Freire e seus pressupostos teóricos metodológicos numa tentativa de desvelar a realidade vivenciada no setor saúde por usuários do SUS. O método de alfabetização proposto por Freire originou-se no movimento de cultura popular, no final da década de 50, emergindo os Círculos de Cultura, voltados para os analfabetos. Sua pedagogia enfatizava a percepção da discriminação existente na sociedade, apontando possibilidades de superação das condições vigentes. Deste modo, os menos avantajados poderiam desvelar a realidade e buscar melhores condições de vida, exercer a crítica e a cidadania.

Assim, neste estudo buscou-se a aproximação com a proposta pedagógica libertadora de Freire, buscando defender uma perspectiva de mudanças e transformações direcionada aos interesses dos usuários, visando sua emancipação por meio de uma transformação social. Assim, os enfoques metodológicos do autor nortearam esse estudo buscando-se o reconhecimento das potencialidades dos usuários, permitindo que cada um pudesse reconhecer-se como sujeito, resgatando sua condição de seres históricos, protagonistas de sua qualidade de vida.

Segundo Freire (1980), a educação problematizadora é fundamental para que o homem busque a superação de suas imperfeições, de seu saber relativo. O homem é um ser singular, histórico e inacabado, comprometido com o mundo, capaz de distanciar-se dele para admirá-lo, estando em processo de contínuo crescimento e transformação, conhecendo e reconhecendo-se, criando e recriando, agindo e reagindo, transformando a si e à seu mundo, na busca contínua do “ser mais”.

A proposta de Freire possibilitou a cada usuário refletir sobre a realidade em que está inseridos, tomar consciência de si, sobre sua responsabilidade social e política, o que lhes permitiu uma “forma própria de ver o mundo” (FREIRE, 1980, p. 76). Essas reflexões podem mobilizá-los na busca por seus direitos em saúde acredita-se que as reflexões poderão favorecer o exercício de sua autonomia e de

sua cidadania.

Partindo do pressuposto que um processo educativo exige sujeitos livres, participativos, trocando idéias, vivências e responsabilidades, entende-se que foi importante a criação de espaços coletivos para estranhar, refletir e perceber como os usuários estão se construindo para o exercício da autonomia e do *empowerment* (FREIRE, 1980).

3.2 Caracterização do Estudo

Optou-se pela pesquisa qualitativa numa tentativa de compreender os usuários a partir das relações que estabelecem entre si e o mundo. A construção de conhecimentos deve contemplar as “experiências vividas pelas pessoas como um instrumento para a melhor compreensão do contexto social, cultural, político e histórico no qual estas experiências ocorrem”, com a possibilidade de descobrir o significado atribuído pelos usuários, como indivíduos sociais e históricos que “interpretam o mundo dentro de um dado contexto” (POLIT, BECK e HUNGLER, 2004, p. 205).

Num estudo qualitativo, os elementos do delineamento da pesquisa evoluem no decorrer da proposta “à medida que o pesquisador toma decisões constantes que refletem o que já foi aprendido” (POLIT, BECK e HUNGLER, 2004, p. 200). Requer flexibilidade e sensibilidade por parte do pesquisador para “ajustar-se ao que está sendo aprendido durante a coleta de dados” (POLIT, BECK e HUNGLER, 2004, p. 201). Exige um envolvimento intenso do pesquisador, a seleção de um cenário real e produtivo para a coleta de dados, uma “análise contínua dos dados” possibilitando desenvolver a capacidade do pesquisador para identificar aspectos importantes de seu interesse a serem desvelados e explorar os fenômenos no contexto da saúde dos usuários, bem como, compreendê-los a partir de suas experiências e visões de mundo (POLIT, BECK e HUNGLER, 2004, p. 200-201).

Entre as abordagens da pesquisa qualitativa utilizadas na enfermagem e no campo da saúde, o referencial de Freire tem sido objeto de interesse crescente por parte de diversos pesquisadores no Brasil (Giorgi (1997), Siqueira (1998), Cestari

(1999) e Fernandes (1999), Silveira (2000), Soares (2002), Silveira (2006) e em âmbito internacional.

Tem contribuído para a compreensão tanto das relações entre os sujeitos, no contexto de trabalho da saúde, no cuidado à saúde do usuário e do trabalhador, bem como, de pesquisas educativas, de ação-reflexão-ação, que prevêem o reconhecimento das potencialidades do outro, a importância do diálogo, do encontro e da horizontalidade das relações, através das quais, os usuários podem fortalecer-se e construir-se para o exercício da autonomia e do *empowerment* (FREIRE, 1980, 1997).

Assim, esta proposta metodológica articula-se com o pensamento de Freire, no sentido que ambos convergem em busca do desvelamento da realidade social, revelando o oculto, caracterizando situações vivenciadas pelos sujeitos. Por meio de uma relação dialógica, intermediada pelo Círculo de Cultura, buscou-se desvelar a percepção dos usuários acerca da participação nas decisões sobre sua saúde no contexto do SUS, numa tentativa de valorizar suas opiniões e de favorecer a tomada de consciência dos usuários acerca das políticas e ações de saúde, contribuindo com a inter-relação dos autores, trocando saberes e evidenciando estratégias para superar dificuldades.

3.3 O Local do estudo

Esta prática educativa teve como cenário o município de Santo Ângelo, também conhecida como a Capital das missões por sua localização à encosta ocidental do planalto médio rio-grandense e região noroeste do estado do Rio Grande do Sul. Sua área total é de 677 km², compreendendo 60 km² de área urbana e 617 km² da área rural (IBGE, 2007). Distante 450 km da capital Porto Alegre, o município é formado por miscigenação étnica, abrangendo manifestações culturais como: o Movimento de Tradições Gaúchas (MTG), a Feira Nacional do Milho (FENAMINHLO) entre outras iniciativas artísticas diversas (SANTO ÂNGELO, 2009).

Sua economia se manifesta no setor comercial e prestação de serviços, sendo mais expressivo o comércio de máquinas e implementos agrícolas (IBGE,

2007). O Município dispõe de duas Instituições de Ensino Superior privados, com cursos diversificados, entre eles a graduação e pós-graduação em enfermagem.

Entre os 73.800 habitantes, 36 mil são do sexo masculino e 38 mil do sexo feminino. Conforme os dados disponíveis no IBGE (2007), o município dispõe de 30 estabelecimentos de saúde, cinco (5) Unidades Básicas de Saúde da Família e onze (11) Unidades Básicas distribuídas entre a área rural e urbana. São três Unidades Hospitalares, com aproximadamente 255 leitos para internação e destes, 198 são disponíveis para o atendimento aos usuários do SUS (IBGE, 2007).

A Secretaria Municipal de Saúde do Município está sob os cuidados do Secretário atual desde o ano de 2004. Seu quadro de pessoal conta com aproximadamente 243 funcionários, sendo destes 89 do quadro efetivo, admitidos por concurso público e os demais distribuídos entre cargos de confiança, estagiários, contratos temporários e emergenciais. As unidades básicas de saúde que compreendem a ESF são em número total de cinco (05), compostas pela equipe básica, formadas por médico, enfermeiro, auxiliar ou técnico de enfermagem, agentes comunitários de saúde, atendente de consultório odontológico e odontólogo.

Estas equipes desenvolvem atividades básicas previstas em uma agenda mínima do Ministério da Saúde para as ações de promoção e proteção a saúde da população, compreendendo os programas de saúde da mulher, saúde da criança, programas de diabéticos e hipertensos, programas de imunizações e ações complementares de baixa complexidade.

Na medida em que a assistência prestada à população direciona sua atenção para o alcance das metas estabelecidas pelo Ministério da Saúde, evidencia-se a disponibilidade dos recursos financeiros e humanos para o cuidado à saúde da população no que diz respeito ao cumprimento das agendas mínimas. As ações de saúde desenvolvidas nas unidades básicas de saúde parecem contemplar as expectativas da gestão do SUS. Ao investigar junto aos profissionais enfermeiros que atuavam nas ESF do município quais eram as estratégias utilizadas por estes para promover as ações de controle social em suas comunidades, Santos e Soares (2008) identificaram que apenas uma das 05 enfermeiras atuantes nas ESF local sabia conceituar controle social; as demais solicitaram esclarecimentos, reforçando a necessidade de promover discussões e reflexões nesta comunidade (SANTOS e SOARES, 2008)

O órgão de representação máxima dos usuários, o Conselho Municipal de

Saúde, atualmente desenvolve suas ações de forma mais ativa, fortalecendo-se com a participação da comunidade, dos profissionais e dos representantes do governo municipal como estrutura tripartite. Esta esfera de representação guarda em seu histórico a experiência de ter sido destituído por uma gestão municipal anterior, em função de divergências políticas dos interesses da administração Municipal. Apesar do seu histórico, o conselho mantém suas funções, buscando garantir o ambiente de participação do usuário. Entretanto, identifica-se uma carência relacionada aos fatores que poderiam contribuir para a participação da comunidade nas esferas de discussão de modo a interferir no exercício da autonomia dos usuários em saúde.

O alvo deste estudo foi uma comunidade coberta pela ESF em uma Unidade Básica de Saúde da Família (UBSF) localizada em um bairro da periferia da cidade. A equipe de trabalhadores é formada por uma enfermeira, uma odontóloga, uma médica, 04 agentes comunitários de saúde, uma auxiliar de enfermagem, distribuindo suas ações entre os 2.400 usuários, cerca 722 famílias. Este bairro conta ainda com uma escola de ensino fundamental, um centro comunitário religioso, um clube de mães comunitário e um clube de moradores que se reúne no salão comunitário da igreja. As atividades em grupo desenvolvidas com a comunidade compreendem a realização de grupos de gestantes, de diabéticos, de hipertensos e de mães. Os encontros se dão no ambiente comunitário, sendo que o grupo de hipertensos é desenvolvido na sede da UBSF.

Esta unidade foi escolhida tendo em vista a disponibilidade dos trabalhadores e a existência efetiva de grupos de usuários com encontros regulares.

3.4 Considerações Éticas da pesquisa

Para a realização deste estudo, foram respeitadas as determinações da Resolução 196/96 que traz orientações sobre as pesquisas envolvendo seres humanos. Submeteu-se o projeto ao Comitê de Ética em Pesquisa na Área da Saúde CEPAS da Universidade Federal do Rio Grande, obtendo aprovação sob n 23116.00711/2009-91 Parecer n 129/2009. Inicialmente solicitou-se autorização à Direção da escola de Enfermagem. A seguir, solicitou-se a autorização da Secretaria Municipal de Saúde do Município de Santo Ângelo para realização do estudo

(APÊNDICE A). Esclareceu-se junto aos usuários, a necessidade do seu consentimento para a realização deste estudo. Apresentou-se o Termo de Consentimento Livre e Informado, por escrito em duas vias de igual teor (APÊNDICE B) após lida, foi assinada, permanecendo uma com o participante e outra com o pesquisador.

Assegurou-se manter a privacidade dos usuários e a confidencialidade das informações, o direito a desistir da participação a qualquer momento se assim desejassem, bem como, o anonimato dos participantes, os quais foram identificados pela letra "S", representando sujeito: S1, S2, S3, S4, S5, S6 e S7, permitindo-se, ainda o direito ao acesso aos dados da pesquisa e esclareceu-se a todos que os eventuais desconfortos gerados mediante sua participação seriam mínimos.

3.5 Descrição do ambiente e sujeitos

No planejamento para a realização dos encontros, dispensou-se cuidado à organização do ambiente, como temperatura agradável, luminosidade adequada, privacidade, visando garantir a livre manifestação dos participantes, acomodação em círculo permitindo uma maior aproximação e disponibilidade para ouvir suas manifestações. O proporcionar um ambiente favorável ao envolvimento e acolhimento de cada sujeito estimulou-se a sua participação nas atividades e discussões propostas, respeitando as diversidades culturais, utilizando-se de uma linguagem acessível, valorizando o conhecimento individual e do grupo, suas experiências de vida, bem como, proporcionando a discussão de temáticas, as quais puderam ser exemplificadas e relacionadas com o cotidiano de cada usuário.

O ambiente físico disponível para as atividades em grupo foi um salão localizado no terreno da UBSF, mesmo local em que são realizadas as reuniões de trabalho; os momentos de confraternização da equipe; as atividades de educação com um grupo de terceira idade do Núcleo de Educação de Jovens e Adultos e o grupo de hipertensos. Foi assegurado um ambiente de privacidade e despreocupação em relação aos comentários realizados pelos usuários, uma vez que sua inserção nas esferas de discussão sobre suas condições de saúde pode significar uma tentativa de articular esforços para o exercício de sua autonomia e

cidadania, permitindo assim, a participação do usuário no controle social.

Por intermédio do diálogo, os participantes deixaram aflorar seus sentimentos, dúvidas, incertezas, sua forma de ler o mundo na busca por transformações do viver cotidiano. Assim, a partir da problematização do cotidiano em relação à saúde é possível que os usuários tenham despertado suas consciências podendo percebê-la como um desafio a ser enfrentado. Esse novo olhar requer um esforço permanente para desvelar o pensamento crítico através de uma concepção humanista e libertadora, na qual os usuários juntamente com os trabalhadores poderão exercer o controle social e transformar a realidade que está posta.

O grupo foi constituído por seis mulheres e um homem, com idades variando entre 17 e 72 anos e, o grau de escolaridade variou do semi-analfabetismo ao ensino médio completo. Suas atividades profissionais complementam a renda familiar, distribuindo-se em diferentes atividades, entre elas, atividades domésticas, prestação de serviços em geral, atividades artesanais, e benefícios da Previdência Social.

A renda familiar dos participantes não ultrapassa a média dos três salários mínimos. A relação familiar foi considerada por eles como normal constituída pelo casal e, com uma variação do número de filhos: nenhum filho, um, dois ou seis filhos de diferentes idades.

Dentre as atividades desempenhadas pelos entrevistados cita-se: costura, artesanato, ajudante de cozinha em restaurantes, ou ainda, com a aposentadoria. Suas origens étnicas em maioria são caucasiana, com pele e olhos claros, reforçada pelo relato de participação em atividades promovidas por grupos de etnias Italiana ou Alemã e expressões típicas de uma criação no interior.

Neste cenário cultural, o método proposto por Freire permitiu o inter-relacionamento entre os sujeitos e seus diferentes saberes, refletindo sobre sua autonomia e participação nas ações em saúde. O Círculo de Cultura, dividido em etapas, permitiu que estas fossem trabalhadas de forma dinâmica; relacionando-se num movimento de ida e vinda, sendo realizado entre os meses de fevereiro e abril de 2010, com integrantes do grupo de hipertensos, perfazendo um total de oito encontros.

As etapas propostas por Freire acontecem de modo imbricado nas discussões. Apesar de sua imbricação, estas foram divididas para sua melhor compreensão, sendo elas: Levantamento dos Temas Geradores, Codificação e

Descodificação e o Desvelamento Crítico que serão abordadas na seqüência.

3.6 A Aproximação com o Círculo de Cultura

Ao iniciar a descrição do referencial teórico libertador na perspectiva de Freire, buscou-se convergir com sua proposta, caracterizada por uma epistemologia construtivista. Consistindo em aproximações, encontros, diálogos com os sujeitos através de uma proposta pedagógica, de natureza política que possibilitou o convívio com os usuários, o compartilhamento de experiências, bem como, discutir expectativas e percepções individuais e coletivas, tendo em vista a transformação de sua realidade. Essa iniciativa emancipatória propõe a autonomia dos sujeitos e o diálogo em torno das situações reais, sem excluir o poder ou as diferentes experiências e conhecimentos, mas valorizando e buscando a superação das contradições.

Nesta proposta reflexiva e dialógica, o pesquisador assumiu a função de animador das discussões com o intuito de viabilizar a produção de conhecimento sobre as inter-relações entre os atores e os diferentes saberes envolvidos nesta prática social, valorizando interesses e as manifestações dos envolvidos. Um espaço coletivo em que todos ensinaram e aprenderam com diferentes experiências, diferentes formas de agir e pensar tendo em vista a construção de estratégias para o exercício da autonomia, norteado pelo processo de conscientização destes participantes.

Freire propõe que teoria e prática caminhem sempre juntas e unidas num ato dialético e político na construção do saber; facilitando que o ensino e a aprendizagem façam parte da práxis dialética com vistas à conscientização, podendo levar a transformação social. Para favorecer a participação e o exercício da autonomia dos usuários, foi necessário o reconhecimento das suas condições de sujeitos, de seres históricos e protagonistas de sua qualidade de vida.

Para Gadotti (1997, p. 713), “círculo de cultura é um lugar onde um grupo de pessoas se reúne para discutir sobre sua prática, seu trabalho, a realidade local e nacional, sua vida familiar”. Um espaço onde os indivíduos aprendem e ensinam

com suas práticas. Este método baseia-se numa relação horizontal e participativa, em que não existe um que sabe e outro que não sabe, mas um educador que pode aprender com os educandos e, educandos que podem aprender com o educador, numa possibilidade permanente de troca de conhecimentos.

3.7 Levantamento dos Temas geradores

Os temas geradores são as expressões dos sujeitos acerca de sua participação e tomada de decisões relacionadas às suas situações de vida e saúde; utilizando-se temas ou palavras que servirão para conduzir novas discussões no diálogo estabelecido entre animador e usuários, educador-educandos. Para Freire (1993, p. 93),

“estes temas se chamam geradores porque, qualquer que seja a natureza de sua compreensão, como a ação por eles provocada, contêm em si a possibilidade de desdobrar-se em outros tantos temas que, por sua vez, provocam novas tarefas que devem ser cumpridas”.

Nos círculos de cultura buscou-se favorecer o desvelamento da realidade dos usuários, utilizando-se da problematização de suas vivências, trazendo à tona suas percepções, problematizando suas ações e incertezas, compartilhando-as com o grupo, discutindo acerca de possibilidades de enfrentamento. Durante os encontros, estes sujeitos eram estimulados a relatar suas experiências quanto usuários do serviço público de saúde, na tentativa de compreender a importância de tentar desmistificar suas verdades na busca por transformações no modo de perceber e viver seu cotidiano de saúde.

Para viabilizar a dinâmica de relações que se estabelecem nesse processo educativo, buscou-se investir no planejamento da entrada no campo de investigação. Caracterizado por uma etapa de sensibilização, motivação e organização da comunidade para os Círculos de Cultura, foram realizados contatos

preliminares com a equipe de trabalhadores da UBS do Bairro Subuski, usuários, estagiários dos cursos técnico de enfermagem e de graduação em enfermagem que desenvolvem atividades nesta UBS, apresentando a proposta de trabalho a estes sujeitos.

Esta proposta alicerçou-se na compreensão da importância de estabelecer uma relação de acolhimento e proximidade com estes sujeitos. Da mesma forma, essa iniciativa buscou contemplar uma inserção na realidade desta comunidade, indo ao campo de investigação em diferentes ocasiões antes do envolvimento com o Círculo de Cultura. Minayo (2004) afirma a importância deste momento, destacando o significado dado a uma “Estratégia de Entrada no Campo”, podendo viabilizar uma maior aproximação entre os participantes.

Deste modo, o planejamento da inserção no campo de pesquisa previu um contato preliminar com a enfermeira que atua na UBS em estudo, com o objetivo de facilitar o acesso e a aproximação com a comunidade, bem como, apropriar-se de aspectos culturais dos usuários e trabalhadores da saúde. Neste sentido, foram planejados dois encontros com a comunidade durante as atividades educativas desenvolvidas junto ao grupo de hipertensos, os quais seriam disponibilizados espaço para apresentação da proposta de pesquisa e envolvimento com estes sujeitos. O primeiro contato com a comunidade do Bairro Subuski teve a organização e desenvolvimento das atividades realizado pela equipe de saúde, direcionando as discussões em torno do tema sobre “bons hábitos alimentares”, conforme previsto no cronograma de atividades da unidade.

A atividade desenvolvida pela enfermeira e três agentes comunitárias teve como objetivo refletir em torno de bons hábitos alimentares para manutenção da qualidade de vida, trazer orientações aos usuários e dicas para contribuir com a manutenção dos hábitos alimentares saudáveis. Buscou-se ainda, instigar os usuários a expressarem como assumem a responsabilidade com os cuidados necessários para manutenção de hábitos que viabilizem uma qualidade de vida mais saudável.

A apresentação do pesquisador nesta atividade contou com a contribuição da enfermeira da UBS, cedendo espaço para participar das discussões e da prática educativa. No espaço de tempo disponível, foi possível realizar algumas provocações à comunidade, com o intuito de estimular suas reflexões em torno de suas vivências como usuários de saúde. Estas provocações permitiram socializar as

intenções do pesquisador em relação à proposta de investigação, seus objetivos, bem como, lançar o convite a todos os presentes no grupo de hipertensos para participarem dos encontros para o Círculo de Cultura. Alguns participantes manifestaram seu interesse de modo espontâneo, aderindo imediatamente ao convite.

Este momento de interação e reconhecimento entre a comunidade e o pesquisador proporcionou revelar a estes sujeitos os objetivos e a metodologia a ser desenvolvida. Buscou-se ainda estimular sua participação, enfatizando o uso da abordagem metodológica na perspectiva de Freire que, valoriza a percepção dos usuários sobre si e sobre a realidade.

Após algumas intervenções e questionamentos da comunidade acerca da realização das atividades do grupo, houve a disponibilidade de tempo para uma aproximação do pesquisador com a comunidade de modo mais informal. De forma mais descontraída, desenvolveu-se uma breve roda de conversa permitindo que cada participante tivesse a oportunidade de relatar suas percepções sobre saúde, sua vida e experiências como usuários dos serviços públicos. Esta etapa de inserção na comunidade permitiu identificar sujeitos com muitas dúvidas, sendo algumas relacionadas aos serviços oferecidos pelo sistema de saúde e as diferentes formas de avaliar a qualidade desses serviços. Abordou-se com os integrantes da comunidade uma breve idéia das discussões a que o Círculo de Cultura se propunha, estimulando-os a participar e contribuir na consolidação de um espaço de discussão coletiva sobre sua realidade em saúde.

Ao final desta atividade, foi confirmada a data do próximo encontro do grupo de hipertensos, previsto no cronograma de atividades da equipe. Desta forma, dando continuidade a inserção no campo de investigação, planejou-se juntamente com a equipe o segundo encontro de aproximação com a comunidade. A equipe de saúde sugeriu que ficasse a cargo do pesquisador, planejar e coordenar o próximo encontro de hipertensos, ficando disponível a escolha do tema e a metodologia a ser utilizada.

Sendo assim, pensou-se uma atividade educativa cujo foco central seria resgatar a importância da atividade física para manutenção da qualidade de vida, propondo-se uma abordagem lúdica que contou com a contribuição de uma acadêmica do Curso de Graduação em Educação Física, numa tentativa de envolver os participantes em atividades físicas e musicais, despertando seu entusiasmo e

animação. Percebeu-se que este momento com o grupo de usuários propiciou prazer, espontaneidade, visando à aproximação dos usuários com conceitos de hábitos saudáveis, estimulando sua participação nos encontros para refletir acerca de questões que envolvem seu cotidiano e realidade em saúde.

Neste encontro, os usuários tiveram a oportunidade de realizar atividades físicas que também podem ser realizadas no ambiente doméstico, com equipamentos de uso diário, como vassouras, embalagens de alimentos não perecíveis, apoio em móveis, uso de escadas, tapetes, tijolos e demais objetos disponíveis em suas residências. Após o desenvolvimento das atividades de baixa exigência física, oportunizou-se momento de relaxamento e posteriormente, de reflexão acerca das facilidades e dificuldades na manutenção da qualidade de vida do hipertenso e ainda, estimulando cada um a refletir acerca de sua responsabilidade no auto-cuidado. Percebeu-ser o entusiasmo e a surpresa dos participantes em relação ao acesso a estas práticas.

Ao final da atividade, reforçou-se o convite informal com agendamento prévio para o próximo encontro, momento em que os usuários prontamente manifestaram interesse. Houve a combinação quanto ao local e horário compatível que atendesse aos participantes, acordou-se que a realização dos encontros do Círculo de Cultura teria intervalo semanal, sendo realizado no salão disponível na UBS com duração mínima prevista de uma hora e trinta minutos.

A abordagem e a problematização dos diferentes temas emergidos foi priorizada a partir das necessidades dos integrantes do grupo e do objetivo da proposta, nos seis encontros seguintes. Buscou-se manter um ambiente acolhedor através da problematização do contexto de saúde e de vida dos usuários a partir da seguinte provocação: como têm sido suas vivências como usuários do Sistema Único de Saúde em relação ao respeito ou à negação de seus direitos?

A cada encontro, os participantes foram instigados a expressarem suas idéias, indicando as temáticas a serem problematizadas, mantendo uma correlação com o tema gerador central da pesquisa, permitindo, ainda, novas reflexões e aprofundamentos sobre os temas já abordados. Essas informações permitiram uma compreensão melhor dos dados emergidos, os quais foram agrupados e devolvidos ao grupo nos encontros seguintes em forma de problematização.

Segundo Freire (1993, p. 86), “será a partir da situação presente, existencial, concreta, refletindo o conjunto de aspirações do povo, que poderemos organizar o

conteúdo programático da educação ou da ação política”. Ainda, as discussões devem expressar os anseios, as inquietações, as reivindicações dos sujeitos, devem vir “carregadas da significação de sua experiência existencial” (FREIRE, 1989, p. 20).

No contexto de problematizações, o pesquisador pode oportunizar e estimular os usuários a participarem das discussões, refletindo acerca de seu envolvimento e sua participação nas decisões referentes ao seu contexto de vida e saúde, reservando espaço para o esclarecimentos das dúvidas emergidas nas discussões.

3.8 Codificação x Descodificação

Os termos codificação e descodificação devem servir para criar um momento comum de descobertas, tomando consciência do mundo vivido. Para Freire (1993, p.97),

“A codificação de uma situação existencial é a representação desta, com alguns de seus elementos constitutivos, em interação [...] num movimento de ir e vir, do abstrato ao concreto, dá-se a descodificação do tema gerador, superando a abstração com a percepção crítica do concreto, agora mais desvelado”.

Neste estudo, o momento da codificação esteve representado pelas manifestações dos usuários acerca de seu entendimento sobre o tema discutido ou as palavras geradoras centrais de cada discussão ou de exemplos trazidos para o grupo.

Dentre os temas geradores, emergiu o desconhecimento sobre os direitos dos usuários do SUS; a (des)instrumentalização para reivindicar e exigir respeito a esses direitos; a passividade e submissão do usuário à hegemonia médica. A dificuldade do usuário em participar do Conselho Municipal de Saúde por medo de expor-se, de incomodar-se e de assumir o compromisso necessário, bem como o sentimento de descrédito no processo democrático; a falta de estratégias para favorecer a informação acerca, dos direitos dos usuários também emergiram nas discussões.

Da mesma forma, identificou-se a descodificação nas discussões realizadas com o grupo, permitindo visualizar de forma mais crítica a realidade vivida individualmente pelo usuário e as experiências coletivas. Nestes momentos, fez-se importante a presença atenta do animador, transcendendo a condição de ouvinte e estimulando os participantes à discussão, buscando desafiá-los, através da “problematização” das situações apresentadas, codificadas e das contribuições surgidas no decorrer das reflexões.

O processo de descodificação objetivou proporcionar aos participantes percepções cada vez mais significativas de sua realidade de saúde, permitindo-lhes, além da reflexão, uma mobilização para tomada de consciência acerca de suas necessidades através da problematização de sua realidade.

Para Gadotti (1997, p. 727),

“Problematizar é propor a situação como problema. A problematização nasce da consciência que os homens adquirem de si mesmos que sabem pouco a seu próprio respeito. Esse pouco saber faz com que os homens se transformem e se ponham a si mesmos como problemas”.

O primeiro encontro do grupo foi marcado por uma preparação do ambiente, disponibilizando-se as cadeiras em forma de círculo, permitindo o contato visual, face-a-face entre todos os participantes. Inicialmente, realizou-se uma dinâmica de apresentação do grupo, tornando o ambiente descontraído e propício ao diálogo. Logo após, a explanação sobre os objetivos e a metodologia de trabalho a ser utilizada, com o objetivo de desvelar a realidade dos usuários para fortalecer o universo temático de problematização e reflexão foi utilizada uma provocação inicial, trazendo aos presentes um convite à reflexão acerca de sua condição de usuários dos SUS e o relato de algumas de suas vivências.

O grupo foi estimulado pelo animador a compartilhar suas vivências, trazendo à discussão seus relatos, permitindo expor suas diferentes realidades, seus valores, manifestando-se de forma espontânea. A cada instante percebia-se que o grupo sentia-se satisfeito pela oportunidade de exteriorizar suas ansiedades. Manifestava uma necessidade de aproveitar o espaço coletivo proporcionado, para expressar os sentimentos que aparentemente os angustiava. Tornava-se mais evidente a

ansiedade do grupo em relatar suas experiências negativas como usuários, trazendo cada vez mais exemplos de negligência, desrespeito aos direitos e impunidades.

As discussões permitiram refletir acerca das diferentes reações dos usuários frente às experiências vividas e os motivos que nortearam a conduta assumida por estes. Ao discutir-se sobre sua condição de usuário foi apontada a necessidade de lutar por seus direitos em saúde, pois estes poderiam estar sendo negados ou até mesmo inexistirem neste contexto. Estas colocações foram trazidas e apresentadas ao grupo como forma de validação, refletindo-se com o grupo no encontro seguinte.

Tendo em vista a condição de desinformação enfrentada por estes sujeitos sobre seus direitos, a partir do segundo encontro, foi disponibilizado a cada participante a carta dos direitos dos usuários, realizando-se a leitura e, a seguir, fomentando a discussão sobre a necessidade do envolvimento de cada cidadão e a importância de apoiar os trabalhadores da saúde para a efetivação da qualidade dos serviços. Foram distribuídas três cópias desta carta para cada usuário, de modo que mantivessem uma consigo e distribuíssem as demais a conhecidos, promovendo assim, a informação e o envolvimento de outros sujeitos na discussão de seus direitos.

Esta conduta viabilizou o envolvimento dos participantes, buscando dar continuidade às reflexões em suas relações sociais, ao repassar uma cópia da carta dos usuários a outras pessoas, enfatizando-se a responsabilidade assumida por estes sendo multiplicadores de informação em saúde.

Este sentimento do grupo em relação à oportunidade de manifestação foi respeitada, inicialmente, durante os três primeiros encontros, sendo então focalizadas discussões individuais e coletivas como elementos estimuladores para as discussões. Com base nestas queixas e exemplos das vivências, eram problematizadas as diferentes situações, refletindo acerca das possibilidades de reagir com vistas à preservação de seus direitos e as possibilidades de exercício destes direitos. Neste contexto de reflexões, o grupo foi conduzido a problematizar suas vivências, com base na abordagem direcionada por eles em temas geradores como: a desinformação, a falta de comprometimento dos profissionais, o desrespeito aos seus direitos, a postura ética inadequada de alguns profissionais da saúde, permitindo emergir a primeira categoria de análise que representa a existência ou negação dos direitos dos usuários em saúde.

A partir do quarto encontro, percebeu-se que as discussões ainda tendiam

manter-se centradas nas queixas e relatos de descontentamentos com relação aos serviços de saúde e ao desrespeito aos direitos dos usuários. Neste sentido, buscou-se problematizar as discussões, lançando questionamentos, tentando trazer para o enfrentamento a postura adotada por cada usuário em busca de seus direitos. Estas discussões trouxeram a tona alguns temas que evidenciaram a necessidade de contribuir para a instrumentalização destes sujeitos. Alguns temas como: o controle social, o Conselho Municipal de Saúde, o direito e o dever de envolver-se com o controle social evidenciaram a carência de informações, sendo preciso resgatar alguns desses conceitos, de forma mais detalhada.

Neste cenário de temas que nortearam os relatos dos usuários identificou-se a segunda categoria de análise representando as possibilidades e impossibilidades para o controle social. A partir deste momento, as discussões em torno da temática puderam transparecer um possível despertar do grupo para um aprofundamento em torno de suas ações para a mudança de sua realidade em saúde, evidenciando a reflexão em torno das ações.

Sendo assim, o quinto encontro iniciou com a apresentação de um vídeo, uma adaptação do filme: “Políticas de Saúde no Brasil: um século de luta pelo direito à saúde” do Ministério da Saúde e Universidade Federal Fluminense. O vídeo, de aproximadamente 13 minutos, conta a trajetória histórica do SUS e a participação dos usuários no controle social. Este estimulou a discussão sobre os conselhos de saúde, o papel dos conselheiros e gestores, a importância da participação dos usuários e o poder de controle sobre o sistema de saúde que precisa ser garantido pela sociedade, cobrando do poder público seus direitos e garantindo seu espaço no controle social do SUS. Alguns relatos

Neste encontro, surgiu a proposta do grupo para a realização de uma discussão acerca da importância das informações e esclarecimentos sobre os direitos dos usuários com a comunidade. Esta proposta foi construída ao longo dos encontros, de forma que ao perceber a ideia mais madura, o grupo foi estimulado a realizar um contato prévio com a equipe de saúde da UBSF, que consentiu com a proposta. A iniciativa de estimular outras pessoas a refletir sobre seus direitos em saúde pode demonstrar o nível de reflexão do grupo no sentido de comprometer-se com o coletivo, compreendendo a importância da instrumentalização na luta por seus direitos em saúde.

Desta forma, ficou acertada uma atividade a ser planejada no grupo de

hipertensos em que alguns integrantes do grupo estariam dispostos a contribuir com seus relatos, estimulando a participação dos demais participantes. Dentre as mudanças percebidas, destaca-se a percepção dos usuários em relação a sua falta de informação, bem como a necessidade de compartilhar informações com outros usuários. Nos relatos do grupo, foi possível evidenciar que assim como se sentiam melhor esclarecidos e seguros para reivindicar seus direitos, outros também poderiam e deveriam sentir-se e que sua intervenção nesta realidade seria de compartilhar suas experiências e seu conhecimento adquirido.

Estes temas nortearam as reflexões do grupo, permitindo que os relatos dos usuários pudessem ser orientados de forma a conduzir sua percepção da realidade e a necessidade de sua parcela de contribuição para a transformação desta realidade e enfrentamento destas questões de seu cotidiano como usuários de saúde.

3.9 Desvelamento Crítico

Segundo Gadotti (1996, p. 719), o desvelamento crítico “é a ação que os homens e as mulheres devem exercer para retirar o véu que não os deixa ver e analisar a verdade das coisas”. Trazer à tona a realidade, através de sua percepção reconhecendo as situações reais em profundidade, permite tornar-se um agente transformador.

Neste estudo, como já referido, a busca pelo desvelamento crítico se processou mediante problematização junto aos participantes do círculo de cultura acerca de sua condição de sujeito usuário do sistema público de saúde. Os primeiros encontros com o grupo permitiram identificar suas ansiedades, de forma a transparecer que sua percepção inicial do pesquisador traria a possibilidade de resolução imediata dos problemas. A partir da análise crítica da realidade, na qual os usuários encontram-se inseridos, identificou-se que sua iniciativa em tornar-se mais instrumentalizados sobre seus direitos em saúde, bem como, contribuir para a divulgação de informações relacionadas aos direitos em saúde a outros usuários, parece refletir sua busca pela superação das dificuldades encontradas em saúde, ampliando as possibilidades de intervenção e enfrentamento da mesma.

Consolidou-se assim uma ação de intervenção em que, os integrantes do grupo participaram da reunião de hipertensos, realizada na semana seguinte. Foi solicitado a enfermeira da UBS e esta cedeu o espaço da reunião para que fosse trabalhado o tema do controle social no SUS. Foram planejados os momentos, dispondo espaço para relatos individuais de vivências em saúde e dos integrantes do Circulo de Cultura, relatando sua experiência de instrumentalização sobre seus direitos em saúde a importância de todos se envolverem com o tema.

Alguns usuários podem ter assumido individualmente alguma mudança em suas posturas, com maior envolvimento e comprometimento. No entanto, é necessário o compromisso coletivo do grupo para que as modificações ou transformações desejadas aconteçam.

3.10 Organização e Análise dos dados

Inicialmente, ocorreu a transcrição dos dados registrados em áudio, permitindo assim uma síntese do conteúdo e uma análise inicial do teor das discussões anteriores, preparando o material para o próximo encontro. Desta forma, buscou-se evidenciar os aspectos mais significativos, de modo a resgatá-los e aprofundá-los, com os usuários participantes, no encontro seguinte, proporcionando, deste modo, a devolução dos dados para a codificação, descodificação e validação do grupo e, também, como subsídio das discussões e reflexões seguintes.

A análise e a inter-relação dos dados foram realizadas simultaneamente à fase de coleta dos dados. Polit, Beck e Hungler (2004, p. 358) contribuem dizendo que “a análise qualitativa é uma atividade intensiva, que exige criatividade, sensibilidade conceitual e trabalho árduo”.

Segundo Polit, Beck e Hungler (2004, p. 148-149) a finalidade da análise dos dados em uma pesquisa qualitativa “é usar os dados, fundamentados na realidade, para proporcionar uma explicação dos eventos, como ocorrem na realidade – não como foram contextualizados nas teorias pré-existentes”.

Assim, a análise dos dados foi realizada a partir da leitura e re-leitura dos temas enfocados no transcorrer da pesquisa; da codificação do que foi “relevante ou problemático para os participantes do estudo” da evidência dos aspectos mais

significativos, estabelecendo-se suas relações com o tema central e o objetivo (FREIRE, 1989, POLIT, BECK E HUNGLER, 2004, p. 367).

O registro dos dados levantados durante os encontros ocorria em vários momentos: durante os encontros, na transcrição dos diálogos, das anotações individuais e grupais e, no intervalo dos encontros, procurando captar a essência dos dados.

Num primeiro momento, organizaram-se os dados a partir da transcrição das falas contidas nas gravações, buscando elucidar o teor dos diálogos e sua adequação com o objetivo proposto. A partir dos dados levantados em cada encontro, era realizada uma síntese do encontro para ser resgatado e validado com os usuários no encontro subsequente.

Após a transcrição das falas, procurou-se realizar sua leitura exaustiva, enfocando não apenas as informações obtidas, mas procurando rever os momentos vividos e o significado expresso nas revelações dos usuários, na tentativa de captar sua intuição e a essência de seus depoimentos. Buscou-se compreender unidades de significado, lendo-as e relendo-as, para selecionar os aspectos mais relevantes.

Assim, os temas emergiram a partir da problematização das discussões, do aprofundamento das análises e da construção de outros autores, permitindo a emergência das seguintes categorias:

- Direitos dos usuários: existência ou negação
- Participação no controle social: possibilidades e impossibilidades

Embora estes tenham sido os temas focalizados, é necessário destacar que a sua abordagem se fez ao longo dos encontros, de modo imbricado no todo das discussões.

Dando continuidade, apresenta-se a análise dos temas desenvolvidos com o grupo de usuários, durante esse processo educativo, que ousava o empowerment do grupo estudado em relação à construção de um espaço de ação-reflexão-ação coletiva que permitisse refletir acerca de sua condição de autonomia e participação no controle social.

4. RESULTADOS E DISCUSSÕES:

4.1 Direitos dos Usuários: existência ou negação

A vivência nos círculos de cultura possibilitou compreender como os participantes da pesquisa, imersos num ambiente cultural interiorano e influenciado por elementos culturais, sujeitos a um ambiente político que pode estimular ou não o exercício da cidadania, percebem-se como usuários do sistema único de saúde em relação ao respeito ou a negação de seus direitos.

Direitos esses que foram conquistados pela sociedade brasileira desde a promulgação da Constituição Federal em seus artigos 196 a 200 e assegurados com a proposição do Sistema Único de Saúde (SUS). Assim, cabe ao poder público dispor sobre as políticas de saúde com a concepção de saúde como direito de cidadania e dever do Estado. Da mesma forma, seu compromisso é de regular, fiscalizar e controlar um conjunto de ações e serviços de saúde disponibilizados aos cidadãos brasileiros, tendo como uma das diretrizes a participação da comunidade, viabilizando assim, os pressupostos estabelecidos na Constituição (BRASIL, 2002, BRASIL, 1988).

Os sujeitos do estudo foram instigados a problematizarem sua condição e vivências como usuários do sistema único de saúde. A partir desta proposição, os participantes foram expressando suas percepções, demonstrando em suas falas que, na maioria das vezes inexitem ou são insuficientes as informações dos profissionais acerca de suas condições de saúde, conforme expresso:

“Ela disse que eu estava com um probleminha no útero e tinha que operar. Quando estava operando, ela disse que [...] ia ter que tirar mais coisas, mas era para eu ficar despreocupada [...] no quarto, me explicou que ela retirou meu útero, meus ovários e que fez uma ligação no canal, que eu não sei explicar [...] fiquei mais de um ano sentindo os reflexos daquele probleminha” [S1]

“Fui pra cirurgia e ele botou a tela e não me disse que podia voltar tudo de novo, ninguém me disse. Eu nessa época trabalhava na roça ainda, [...] de tanto forcejar me saiu no mesmo lugar, [...] ninguém me disse que eu tinha que ficar sem trabalhar um tempo, resultado, tive que fazer tudo de novo” [S2]

Pode-se identificar que a conduta assumida por alguns profissionais parece negar o direito do usuário de ser informado claramente acerca de suas condições de saúde e de possíveis riscos da terapêutica proposta, bem como, de serem capacitados e de terem respeitada sua liberdade de participar da tomada de decisão, no que se refere às questões de sua saúde. A perspectiva destes usuários em capacitar-se para o exercício da autonomia e de sua participação na tomada de decisões acerca de sua saúde passa a se distanciar quando estes são submetidos à imposição de condutas terapêuticas desconhecidas.

A partir do diálogo entre os sujeitos e o pesquisador, procurou-se problematizar como são e como deveriam ser tratadas as informações sobre as condições de saúde e os possíveis riscos e agravos decorrentes da realização de condutas ou procedimentos. Percebe-se que a dinâmica de relações entre alguns profissionais e usuários ocorre de forma vertical, sugerindo o seguinte questionamento: como capacitar estes usuários para que possam participar da tomada de decisões sobre sua saúde? Estes não deveriam ter sido esclarecidos acerca de suas condições de saúde e as possibilidades de intervenção?

As falas destes sujeitos deixam transparecer que a negação do direito à informação provocou sofrimento tanto físico quanto moralmente. Para alguns deles, como mostra o relato desta usuária, os danos foram maiores, pois necessitou submeter-se a outras intervenções cirúrgicas, referindo que o fato de não ter sido informada acerca dos possíveis riscos e prejuízos a sua condição de mulher, afetou sua qualidade de vida:

[...] Não podia ter relação com o meu marido porque sentia muita dor, eu simplesmente chorava de dor [...] minha vida virou um inferno, tendo que tomar remédio para depressão [...] nem me sentia mais mulher porque ela me tirou tudo [...] eu acreditava nos médicos, eu nunca pensei que isso iria acontecer comigo [...] [S1]

A informação, como direito, é garantida no art. 198 da Constituição Federal e na Lei Orgânica 8080, de 19 de setembro de 1990, que regulamenta o Sistema Único de Saúde e dispõe sobre o princípio do “direito à informação, as pessoas assistidas, sobre sua saúde, bem como, de preservação da autonomia na defesa de sua integridade física e moral” (BRASIL, 2007, p.374).

Além do (des)respeito ao direito na forma de lei, esta postura representa a ausência de comprometimento ético dos profissionais envolvidos frente aos procedimentos realizados e possíveis riscos à saúde do usuário. Da mesma forma, representa a negação da obtenção do seu consentimento para a realização dessas intervenções no sentido de valorizar uma participação autônoma dos usuários nas decisões que lhes dizem respeito.

Para tanto, faz-se necessário compreender a necessidade de articular os diferentes elementos envolvidos nas ações em saúde, direcionando esforços no sentido de tencionar mudanças que facilitem o reconhecimento destes cidadãos como usuários dos serviços de saúde. Neste sentido, percebem-se na perspectiva de uma reorganização do sistema de saúde, estratégias que valorizam a aproximação e o envolvimento dos diferentes segmentos do setor saúde na corresponsabilidade pela gestão do sistema. A valorização do respeito e dignidade do usuário, bem como o direcionamento as suas necessidades são propostas em iniciativas como a Saúde da Família, programas de Humanização do Atendimento, Educação Permanente desenvolvidos com trabalhadores da saúde, o envolvimento dos usuários nos ambientes de representatividade.

A possibilidade de intervenção dos trabalhadores da saúde é uma estratégia importante e uma exigência legal para o êxito da proposta de envolver o usuário na tomada de decisões e atender suas necessidades, contribuindo para capacitá-los a examinar suas condições de saúde e possíveis riscos, permitindo-lhes tomar a decisão no cuidado de sua saúde.

O envolvimento destes trabalhadores exige o reconhecimento do direito dos usuários em expressar suas opiniões, fazer escolhas baseadas em seus valores e crenças pessoais, o que requer a capacidade para compreender, raciocinar e decidir de acordo com suas convicções pessoais. A escolha autônoma exige “apenas um grau substancial de entendimento e liberdade de alguma coerção, e não um entendimento pleno ou uma completa ausência de influência” (BEAUCHAMP E CHILDRESS, 2002, p. 141).

Os trabalhadores da saúde precisam utilizar-se de uma linguagem acessível e esclarecedora que possibilite um entendimento razoável, favorecendo a participação dos sujeitos nas decisões. É necessário considerar a importância do respeito ao direito à informação frente às reais condições e riscos à saúde dos usuários, favorecendo a obtenção do seu consentimento informado.

Prestar as informações em saúde para a população pode ser considerado como uma condição de respeito aos seus direitos e à sua autonomia. No entanto, o princípio do respeito à autonomia não determina por si mesmo o que a usuária deve escolher ou fazer, deve ser compreendido como um “firme direito de autoridade para o controle do próprio destino pessoal, mas não como a única fonte de obrigações e direitos morais” (BEAUCHAMP E CHILDRESS, 2002, p. 144).

Requer do profissional, a obrigação da revelação das informações, verificando e assegurando o esclarecimento e a voluntariedade e, encorajando o usuário a tomar a decisão que achar adequada para si. Respeitar a autonomia da usuária significa considerar que seja garantido a cada indivíduo, além da informação, o respeito a sua opinião, respeito a sua pessoa, valorizando sua capacidade de escolha e de participar das decisões.

Faria (1999, p.84), afirma que as pessoas não são incapazes, mas, quando destituídas do exercício da cidadania e do acesso à informação, tornam-se facilmente manipuláveis nas relações sociais. Esta impossibilidade do exercício da cidadania indica a assimetria nas relações, inviabilizando a expressão do sujeito, por circunstâncias do exercício do poder.

Estas relações de poder são identificadas por Faria (1999, p.84) como uma fragilidade estabelecida pelo saber de cada sujeito, ao considerar que “Saber e poder são dois conceitos que caminham juntos”. As informações em saúde disponibilizadas à população, em geral, correspondem aos interesses dos serviços de saúde, permitindo desta forma que o exercício do poder se expresse por intermédio do discurso. Neste sentido, o acúmulo de conhecimento tenciona as relações de poder em favor de determinados grupos.

A disponibilidade das informações possibilita ao usuário a compreensão acerca de seus direitos, sentir-se incluído em um sistema de saúde que o respeita e permite usufruir dos serviços sem ferir seus interesses. Neste sentido, a contribuição dos trabalhadores da saúde vai além de permitir o acesso à informação e aos serviços, passando a representar um exercício de cidadania e inclusão social.

Da mesma forma, e não menos importante, o direito ao acesso dos usuários aos diferentes níveis de complexidade do sistema foi problematizado durante o desenvolvimento dos círculos de cultura. O direito ao acesso foi uma conquista da sociedade que resultou de mobilizações populares, articuladas a ações sociais e políticas decorrentes do descontentamento da sociedade com o setor saúde e da necessidade de transformações que valorizassem o acesso universal e a qualidade dos serviços prestados. Esta trajetória simbólica em defesa da saúde foi marcada prioritariamente na década de 80, com a Reforma Sanitária (BRASIL, 1990, 2001).

Esse percurso histórico atingiu seu auge em 1986, com a realização da 8ª Conferência Nacional de Saúde, propondo o SUS, concebendo-o como um direito de cidadania e dever do Estado, viabilizando os pressupostos estabelecidos na Constituição Federal, que assegura o direito de acesso dos cidadãos de forma universal e igualitária a todos os serviços e ações de saúde disponibilizadas pelo SUS, no sentido de promover, proteger e restabelecer a condição de saúde dos indivíduos (BRASIL, 1988; BRASIL, 2002).

Contudo, o processo de fortalecimento destas iniciativas demonstrou que não são suficientes apenas as indicações legais na busca de garantir o acesso dos usuários, pois, a organização dos serviços, a infra-estrutura e o quadro de trabalhadores representam alguns fatores que podem comprometer as relações de disponibilidade de acesso. A certeza de que o amparo legal por si só não seria resolutivo às necessidades da população nos permite compreender as diferentes iniciativas do governo com o intuito de viabilizar o acesso aos serviços.

Dentre essas iniciativas, identificou-se que com o objetivo de disponibilizar aos usuários estas e outras informações, o Ministério da Saúde editou no ano de 2006 a Carta dos Direitos dos Usuários da Saúde, baseada em seis princípios de cidadania fundamentada na Constituição Brasileira e nas Leis 8.080 de 1990, e 8.142.

Estes princípios, dispostos de forma articulada, tentam garantir ao usuário o direito ao acesso com dignidade aos serviços básicos oferecidos por diferentes prestadores de serviço. O primeiro princípio assegura ao usuário o acesso ordenado e organizado aos sistemas de saúde, objetivando fornecer-lhe justiça e eficiência no atendimento de suas necessidades. Este princípio é norteado pelas seguintes afirmações:

Todo cidadão tem direito ao acesso às ações e aos serviços de promoção, proteção e recuperação da saúde promovida pelo SUS:

- O acesso aos serviços se dará prioritariamente pelos locais próximos a moradia do usuário;
- Quando houver limitação na capacidade de atendimento dos serviços, compete ao gestor local à resolução as condições de acolhimento e encaminhamento destes usuários, prestando informações de forma clara ao usuário sobre a prioridade que deve ser dada ao local indisponível momentaneamente, baseadas em critérios de vulnerabilidade e igualdade.
- Os espaços de prestação de assistência e de controle social devem dispor de informações funcionais sobre os serviços, como horários, contatos, endereços, telefones, bem como os nomes e os horários de atuação de cada profissional que compõe a equipe.
- o acesso é aqui reconhecido como ações de prevenção e proteção e as informações disponibilizadas (BRASIL, 2006, p.3-4).

Neste cenário dinâmico entre a oferta e a demanda de serviços de saúde, percebem-se no discurso dos usuários, fatores que evidenciam tendências que parecem não convergir com suas necessidades. No decorrer das discussões, uma das participantes demonstrou em sua fala a existência do enfrentamento de dificuldades relacionadas à infra-estrutura do serviço de saúde. Ao perceber sua impotência frente ao descaso do trabalhador, da indisponibilidade imediata do exame diagnóstico complementar, ou seja, da pouca resolutividade à necessidade de saúde de seu filho, a usuária não desistiu, resistindo ao sistema e exercendo poder:

“Fui com o meu guri lá [...] ele estava com febre [...] o doutor consultou ele e disse tem que fazer RX pra ver o pulmão. E eu disse: é do pulmão eu acho que é da garganta? E daí ele disse não, tem que fazer RX do pulmão. Eu disse: tudo bem, né? mas e tem que fazer como esse RX e fica pronto quando? [...] Ele me disse [...] não sei eu acho que daqui uns 3 meses. Mas olha aquilo me deu-lhe um piálo que vou te dizer, me deu vontade de mandar ele [...] na mesma hora. Peguei e rasguei aqueles papéis na cara dele e disse assim, mas olha então vamos lá em outro doutor, nem que eu tenha que pagar a consulta [...] tivemos que pagar uma diferença lá pra ele e daí ele deu os remédios [...] Tem que morrer primeiro, depois fazer exame e depois tomar remédio” [S1].

A não realização do exame diagnóstico parece ter comprometido a resolutividade do problema. Tratando-se de uma circunstância de maior gravidade, como esperar três meses para obter o resultado de um exame diagnóstico complementar? Haveria necessidade de fazer o RX para iniciar o tratamento? Teria o trabalhador negligenciado a assistência ou se recompensa impossibilitado frente às limitações existentes no serviço de saúde?

Percebe-se, então, a existência de fragilidades nas características do serviço disponível para atender as necessidades da população, bem como a ausência de uma infra-estrutura adequada para atender as necessidades dos usuários. Como então dizer que há acesso aos serviços de saúde?

Para Motta, Fahel e Pimentel (2008, p. 6), a possibilidade de acesso ocorre quando “existirem serviços disponíveis para uso regular por parte da população, ou seja, é necessário que se disponha e se tenha acesso à infra-estrutura de serviços de saúde, com uma distribuição territorial adequada para sedimentação da busca por serviços de saúde, de tal modo a se construir um espaço de referência para os usuários do sistema de saúde”.

Neste sentido, percebe-se que, apesar dos avanços, como as recomendações da 11ª Conferência Nacional de Saúde (BRASIL, 2000), que teve como pauta a operação do Sistema Único de Saúde e o exercício do Controle Social, parecem persistir evidências de que o acesso aos serviços públicos ainda é restrito, ao menos para alguns usuários.

Estas diferenças podem relacionar-se a estratos sociais, de forma que “o desequilíbrio entre a oferta e a demanda por serviços de saúde pode afetar a natureza e abrangência do consumo destes serviços, o que pode gerar desigualdades em saúde”, representadas pelo consumo diferenciado entre os indivíduos e/ou estratos sociais (MOTTA, FAHEL e PIMENTEL, 2008, p.6).

Estes estratos sociais diferenciam-se, como evidenciam Campos (1992); Giovanella et al., (1996); Almeida et al., (1999), por circunstâncias relacionadas as condições de acesso dos usuários e à distribuição igualitária dos serviços, decorrentes de condições financeiras favoráveis que permite a aquisição dos mesmos. Da mesma forma que o serviço disponível não proporcionou a resolução do problema, apresenta-se aos usuários e, para alguns profissionais, a opção do investimento financeiro em busca de melhores resultados, transparecendo desta

forma, uma possibilidade de manipulação sobre o sistema. Esta manipulação poderia influenciar na percepção do senso comum, tentando transparecer a idéia de que o sistema é deficiente, fortalecendo desta forma, o aumento da procura por serviços privados.

Esta diferenciação na disponibilidade de acesso ao sistema fere o princípio da equidade, relacionada por Almeida et al., (1999) à perspectiva de justiça social, estabelecendo as iniquidades nas relações sociais como determinantes as possibilidades dos usuários em obter acesso as ações e serviços de saúde.

Desta forma, o termo equidade passa a abrir margem a diferentes interpretações, fundadas em princípios como a oportunidades de acesso aos serviços de saúde, disponibilidade de recursos para os usuários, ou prestação de atendimento diferenciado para pessoas diferentes, ou seja, utilizando-se o princípio da diferença, com tratamento igual para os iguais e tratamento diferente para os diferentes (RAWLS, 1990).

Com o intuito de direcionar a ordem dos serviços para a qualidade no atendimento dos usuários, identifica-se na opinião de Campos (2006) que, este conceito tem sido utilizado com o significado de justiça, relacionado à determinação de regras justas para a organização social, aplicando-se a partir de necessidades individuais ou coletivas, como se pode perceber:

“A prática da equidade dependeria de um elevado grau de democracia, de distribuição das cotas de poder, do controle social do exercício desse poder descentralizado de maneira a se evitar abusos e, paradoxalmente, também de um elevado grau de autonomia dos agentes sociais que praticam os julgamentos e instituem os tratamentos, sem o que não poderiam operar conforme cada situação singular.[...] Na realidade, a operacionalização desse conceito exige tal grau de sofisticação e de delicadeza da política, da gestão e da própria organização social que em poucas situações concretas foi possível observar-se sua aplicação efetiva.” (SOUZA CAMPOS, 2006 25p.).

Estas afirmações permitem evidenciar a necessidade da sensibilização dos profissionais para uma práxis reflexiva em relação aos direitos dos usuários, sendo representada no entendimento de Vásquez (1990) como uma ação transformadora,

de cunho social relacionada às atividades práticas, exigindo certo grau de conhecimento das necessidades a serem satisfeitas.

Neste cenário reforça-se a importância do envolvimento dos trabalhadores da saúde, mais especificamente da ESF, compreendendo as diferentes necessidades da comunidade e dos usuários, promovendo ações que contemplem de forma efetiva seus anseios, permitindo que sua práxis seja um “fazer no qual o outro ou os outros são visados como seres autônomos e considerados como os agentes essenciais do desenvolvimento de sua própria autonomia” (CASTORÍADIS, 1982, p. 94).

Todavia, é possível perceber que a atuação de alguns profissionais ainda demonstre uma visão reducionista de sua clientela e dos princípios organizadores do SUS, minimizando seu fazer a práticas com base em modelos tecnicistas que deixam lacunas na assistência às necessidades dos usuários. Este fazer limita-se a uma prática que Vâsques (1990) conceitua como práxis reiterativa ou imitativa, traduzindo-se na ação de repetir ou imitar outra ação, impossibilitando assim, mudanças na realidade e contribuindo apenas com a reafirmação do já estabelecido (BACKES, 1999).

Pode-se perceber que esta forma de agir, imitativa, é preservada no cotidiano de alguns profissionais da saúde, valorizando exames de alta complexidade no atendimento, mesmo no nível da atenção básica, desconsiderando seu fazer e seus conhecimentos clínicos e evidências diagnósticas para o tratamento das patologias.

É neste instante que se torna evidente a presença significativa de resquícios de um modelo de atenção a saúde excludente e ineficiente, tendo nos princípios do SUS a proposta de superação, reafirmando-se na Estratégia de Saúde da Família seu mais forte aliado.

Havendo um fazer balizado pela ótica da reprodução deste modelo centrado na doença, contrapor-se à proposta de reorganizar o modelo de atenção não é tarefa simples. Ao perceber a importância de articular saberes e fazer com vistas à melhoria do atendimento acredita-se que “as instituições públicas necessitariam desenvolver mecanismos para colocar-se de acordo com a complexidade e a diversidade da vida, quebrando a rigidez da relação profissional/clientela, dos horários e das padronizações das condutas e procedimentos” (CAMPOS, 1997, p. 173).

Este conjunto de discussões permite refletir acerca dos diferentes momentos

de inclusão do usuário no sistema, facilitando seu acesso e proporcionando atendimento com a qualidade digna que lhe convém. Alguns fatores impostos pelo sistema apresentam-se como entraves à obtenção da qualidade dos serviços:

“Tem uns doutor que vem e diz que só vai atender 10 fichas [...] e vão embora, isso não ta certo. Daí se tu não vem cedo, lá pelas cinco da manhã tu não pega ficha; tu vai ter de ir lá em cima, pedir um médico; lá eles não te atendem, perguntam e vêem que tu mora aqui no bairro e que aqui tem PSF e daí tu não pode ser atendido lá, tem que voltar pra cá pra ser atendido no teu PSF. Mas lá ninguém quer saber se tem médico ou não, te mandam embora e pronto, nem adianta tu chiar, e se tu reclama muito, daí é que tu não consegue nada mesmo. Porque tu fica meio marcado, quando vai de novo na fila, a pessoa que te atende, te pede um documento que tu não tem, te diz que as fichas acabaram, te diz que pra esse médico não tem mais ” [S4].

Percebe-se o descontentamento no discurso desta usuária em relação à dinâmica de atendimento, direcionada à satisfação das necessidades exclusivas do profissional, desconsiderando o respeito à dignidade e aos preceitos elementares do SUS. Apesar de sua estrutura alicerçar-se na prerrogativa de valorizar o princípio da integralidade ao acesso dos usuários nos serviços, percebem-se mais uma vez que estas orientações não são postas em prática por alguns trabalhadores da saúde.

Essas condutas profissionais vêm de encontro à proposta de ESF, a qual prevê ações integradas, reunindo seus diferentes saberes em benefício do reconhecimento das necessidades de cada localidade. Essas ações permitem o envolvimento nos diferentes segmentos da comunidade, valorizando a cultura local no planejamento e desenvolvimento das ações em saúde buscando uma troca de experiências e conhecimentos entre as equipes e a comunidade, realidade esta não encontrada na UBSF estudada.

Todavia, é necessário considerar a subjetividade de cada profissional que compõe a equipe, bem como, seus interesses, sua compreensão e seu envolvimento com a proposta da ESF. Desta forma, evidencia-se a possibilidade de que as características individuais destes profissionais representam forças importantes na iniciativa de reorientação do modelo assistencial, evidenciando na figura de cada trabalhador um agente que, quando agindo de forma isolada, provoca

desarmonia na dinâmica do modelo de atenção das ESF.

Associado a isto, o fato de cada profissional direcionar o seu fazer a uma abordagem clínica, individualizada na queixa do usuário e o enfraquecimento dos laços com a equipe, mantendo um enfoque de atenção reducionista e tecnicista, comprometem a resolutividade dos problemas de saúde da população. Tais reflexões permitem questionar o nível de eficácia exercido pelas equipes de ESF na reorientação do modelo de atenção à saúde.

Entretanto, não basta à disponibilidade dos profissionais para o trabalho em equipe considerar o direito dos usuários, é importante salientar a circunstância que envolve o despreparo de alguns trabalhadores para “lidar com a dimensão subjetiva que toda prática de cuidados supõe” (LIMA, 2009, p. 295), pois ao buscar a garantia do acesso aos serviços de saúde, o usuário não pode temer a possibilidade de represália perante sua reivindicação de algo que lhe é de direito, nem submeter-se a valores individuais dos trabalhadores ou organizacionais, pois o SUS preconiza o atendimento integral ao usuário.

Desta forma, apesar das ações de saúde não fornecerem a segurança necessária ao atendimento dos usuários, é preciso considerar o trabalhador como um ser ainda distante deste envolvimento, sendo necessário “um processo de aprendizagem, o que requer tempo e amadurecimento, por meio da convivência com outras pessoas e com o mundo” (FERNANDES E FREITAS, 2006, p. 28).

Em meio a estas reflexões, percebe-se a importância de tentar compreender e questionar como a ética permeia as relações de trabalho no SUS, o que pode repercutir direta ou indiretamente no fazer profissional. Como tem ocorrido a construção de relações éticas na saúde? Como estabelecer relações éticas de trabalho de modo a favorecer que os usuários exerçam seus direitos e deveres? Como garantir o acesso a bens e serviços visando à prevenção de doenças, a promoção, proteção, tratamento e recuperação da saúde? Esses são alguns questionamentos que precisam ser feitos para não sermos tragados pela insensibilidade e indiferença.

Enquanto houver barreiras que inviabilizem a percepção das necessidades dos usuários como prioridade, os serviços de saúde serão palco de situações de desrespeito e negligência aos direitos dos usuários:

“A mãe dela quebrou a perna e ela passou a noite na fila para pegar ficha pra mãe dela e não conseguiu, só para o outro mês. E outra pessoa ligou lá no mesmo dia para rádio e disse que ele paga um menino que vai às 8 da noite para fila para pegar ficha para o doutor [...] que absurdo isso, além de ter de pagar, isso não é justo, a gente não deveria ficar na fila” [S3].

A partir desta fala, percebe-se que, apesar do usuário manifestar sua indignação frente à dificuldade de acesso, de tratar-se de uma situação em que providências deveriam ser tomadas num tempo hábil, evitando possíveis complicações, ele questiona a sua própria submissão em relação ao pagamento e a permanência em longas filas, ficando caracterizado que este tipo de atuação é um obstáculo para efetivar os princípios do SUS.

É possível identificar de forma incisiva a necessidade de reorganização não apenas do sistema de atenção e das políticas, mas também, as práticas dos trabalhadores da saúde, tendo em vista a valorização da vida, o respeito à dignidade das pessoas, a realização de uma assistência humanizada, bem como, a valorização da autonomia dos usuários. É com o anseio de mudanças imediatas que se destaca a afirmação do Fórum Nacional da Reforma Sanitária:

Uma mudança radical do modelo de atenção à saúde envolve não apenas priorizar a atenção primária e retirar do centro do modelo o papel do hospital e das especialidades, principalmente, concentrar-se no usuário-cidadão como um ser humano integral, abandonando a fragmentação do cuidado que transforma as pessoas em órgãos, sistemas ou pedaços de gente doentes. [...] A humanização do cuidado, que envolve desde o respeito na recepção e no atendimento até a limpeza e conforto dos ambientes dos serviços de saúde, deve orientar todas as intervenções (Fórum da Reforma Sanitária, 2006, p.389).

Ao refletir acerca dos princípios do SUS de integralidade e equidade, percebe-se que a disponibilidade dos serviços parece não corresponder à demanda, apresentando-se de forma limitada, havendo resolutividade para determinadas circunstâncias que se sobrepõem ao direito de acesso, relacionadas à possibilidade do usuário antecipar sua chegada em uma fila, ou pagar pelo serviço de outra pessoa como fatores determinantes a garantia de acesso.

As ações de cuidado devem estar direcionadas para responder as necessidades dos usuários, como o grande desafio de um SUS, refletindo-se em todas as políticas, direcionando-as para as transformações das práticas (MATTOS, 2009).

Contudo, ainda evidenciam-se posturas negligentes por parte de alguns profissionais, parecendo desconsiderar a condição humana de cada sujeito. Ao agir desta forma, os usuários são enquadrados em padrões de atendimento ou de cuidado que divergem de propósitos como a integralidade e a equidade, representadas por situações de desrespeito e negligência no atendimento, como se pode evidenciar na fala a seguir:

“Ele disse: tu tem que faze essa cirurgia [...]. vou te dar uma injeção pro teu leite secar [...], imagina, eu com filho pequeno [...] na sala de cirurgia outro médico falou comigo: [...] ele olho os meus exame e disse: tu não pode faze essa cirurgia, tu ta com um número alto de infecção, [...] ele foi lá dentro, falou com o outro que ia operar, daí as gurias da enfermagem me explicaram que ele era o anestesista e tinha suspendido a cirurgia. [...] se não fosse esse anestesista, [...] sabe deus o que poderia ter acontecido. [...] Ah eu chorei muito. O mais triste pra mim foi ficar sem amamentar o meu filhinho pequeno. [...] ele decidiu isso por mim e foi um erro dele, porque ele não pediu ajuda do outro antes né?”

A indicação de uma intervenção cirúrgica parece seguir uma recomendação expressa, considerando a patologia da usuária como fator decisivo ao procedimento para manutenção de sua qualidade de vida. Percebe-se que este procedimento se sobrepõe à condição da maternidade. A indignação da usuária ocorre pela postura assumida pelo profissional que poderia ter solicitado outra opinião acerca do caso antes de estabelecer a conduta pré-operatória.

Esses resultados também foram encontrados no estudo de Artigas et al. (2007) ao investigaram o atendimento a usuários do SUS, concluindo que os pacientes eram impulsionados a solucionar seu problema rapidamente e que os profissionais não informavam sobre outras possibilidades terapêuticas, cabendo apenas a estes a opção da decisão. Esta postura afirma a negligência ao princípio da beneficência, da mesma forma que o princípio da não-maleficência, referindo-se a prevenção de danos, evitando terapêuticas questionáveis.

Santos; Beneri e Lunardi (2005, p.406) afirmam que “o domínio do saber parece assegurar o acesso ao seu corpo de forma ampla, total e irrestrita, manipulando-o, invadindo-o, sem que seja suficientemente aberto um espaço para reações ou questionamentos acerca das ações que nele serão realizado”. Afirmam ainda que a falta de informação deixa o usuário sem compreender o que ocorre consigo, negando seu direito a autonomia e depositando sua paciência e confiança na ação destes trabalhadores (SANTOS; BENERI e LUNARDI, 2005).

Estas situações reafirmam a condição de fragilidade e vulnerabilidade do usuário, reforçadas pelo sentimento de medo e ansiedade, necessitando de um olhar profissional que valorize e respeite sua condição humana. É importante que os trabalhadores da saúde estejam envolvidos pelo compromisso ético e moral de direcionar seu fazer a atender as necessidades dos sujeitos, considerando-o como elemento fundamental de seu processo de trabalho.

Este compromisso ético pode ser percebido no fazer de alguns trabalhadores que se apresentam mais sensibilizados para estas questões, compreendendo o contexto de fragilidades, respeitando os direitos dos usuários, permitindo-se intervir, orientando-o acerca da possibilidade de exigir seus direitos, frente a diferentes situações de opressão e desrespeito, como se pode perceber na fala que segue:

“Ela disse que eu poderia buscar meus direitos e procurar um advogado porque foi imprudência dele [...] eu teria direito de fazer isso [...] eu até pensei em levar adiante, isso é horrível porque pode acontecer comigo e pode acontecer com qualquer um. Mas daí as gurias me disseram que não valia a pena, porque senão a gente se mete com eles e, depois na hora em que precisa ele e os outros, que são amiguinhos dele, de tratam a gente [...] cansei de ver as pessoas serem tratadas mal por ai [...] de chegar a sair chorando dos consultórios’ [S3]

Apesar de a usuária estar ciente dos riscos a que seu filho fora submetido, por ter apresentado uma reação anafilática decorrente da administração do antibiótico prescrito, ciente de possuir direitos e ainda, motivados por outros trabalhadores da saúde para requerer seus direitos, percebe-se que são muitas as dificuldades enfrentadas para cumprir o proposto no SUS.

Dificuldades essas que se apresentam tanto aos trabalhadores da área da

saúde, quanto aos usuários para enfrentar os conflitos e dilemas éticos presentes na assistência a saúde.

Frente a estas reflexões, identificam-se alguns fatores que podem interferir na condição de opressão do usuário, ou em sua opção por manifestar-se ou não frente ao desrespeito de seus direitos, a sua condição de desinformação e de vulnerabilidade. O medo de expressar insatisfações e desejos acerca de seus direitos, pelo receio de sofrer possíveis represálias ou castigos, tanto no atendimento quanto ao seu acesso aos serviços.

É neste sentido que o usuário de saúde precisa estar esclarecido e capacitado a assumir sua postura como cidadão e sua autonomia em saúde. Para isso, necessita de apoio, de suporte dos trabalhadores da saúde, para inserir os usuários nas esferas de discussão e de decisão sobre seu corpo e sua saúde.

4.2 Participação no controle social: possibilidades e impossibilidades

Na busca de fortalecimento para os mecanismos de efetivação democrática, surge a proposta de controle social, como a capacidade de favorecer a participação dos usuários nas ações e decisões de saúde, possibilitando-lhes influenciar e tomar decisões no que diz respeito a si e a sua comunidade, o que vem proporcionando algumas mudanças nos processos deliberativos.

A origem do controle social é fortemente influenciada pelo movimento de Reforma Sanitária que emergiu em meio a mobilizações sociais e políticas, decorrentes do descontentamento da sociedade com a realidade de saúde, as constantes violações dos direitos dos usuários, numa tentativa de buscar adequar os serviços prestados pelo Estado, culminando com a 8ª Conferência Nacional de Saúde, em 1986, que alicerça no SUS à concepção de saúde como direito de cidadania e dever do Estado (BRASIL, 2002).

Há de se ressaltar que a lei 8.142 de 28 de dezembro de 1990 (Brasil, 1990), não só assegura a participação da comunidade nas ações de controle social, mas impõe algumas prerrogativas relacionadas à constituição dos Conselhos de Saúde, viabilizando, assim, a transferência de recursos. Para tanto, a estruturação dos Conselhos de Saúde de caráter permanente e deliberativo deve ser formada

paritariamente por integrantes do governo, prestadores de serviço e usuários, reconhecidos pelo representante da saúde local, exercendo o controle social sobre a gestão e implementação do SUS (Brasil, 1990).

A participação dos usuários no controle da qualidade dos serviços de saúde na atenção básica, assim com nos serviços de maior complexidade é um exercício de cidadania que precisa ser estimulado e respeitado pelos profissionais de saúde, pois envolver esses sujeitos nas esferas de discussão representa um grande desafio para a consolidação da estratégia de controle social, permitindo ao usuário atuar como co-gestor do sistema, valorizando sua participação em ambientes de manutenção do poder. A co-gestão é um modo de funcionamento fundamental, tanto para o exercício da política, como da gestão de organizações e até mesmo para se lidar com as práticas cotidianas da vida (CAMPOS, 2006).

Apesar de existir a previsão, no SUS, de que os usuários exerçam esse direito de cidadania, percebe-se que muitas ainda são as dificuldades encontradas em relação ao funcionamento dos mecanismos destinados ao controle social. A garantia da efetiva implantação dos Conselhos Municipais de Saúde e a consolidação do caráter deliberativo e fiscalizador dos conselhos exigem mudanças a fim de que práticas democráticas sejam fortalecidas entre os usuários e demais segmentos, permitindo, assim, ampliar canais de interlocução entre os usuários e o sistema de saúde.

É inegável que houve avanços na tentativa de descentralizar o poder de decisão na saúde, mapeando as dificuldades e possibilitando a participação popular nos conselhos de saúde. No entanto, questionam-se quem são estes usuários, sua representatividade e os mecanismos que os elegem; como eles buscam representar as necessidades de saúde. Percebendo-se assim, a necessidade de avaliar não apenas a existência do ambientes de representação e sua composição, mas também, o envolvimento dos diferentes segmentos representativos, como forma de destacar a importância de analisar a qualidade da participação (WENDHAUSEN, 1999)

Desta forma, pode-se perceber que a representação legal não ocorre por si só, não envolve somente a oportunidade de participação; necessita, sim, de forças e organizações populares, de uma construção coletiva que requer a participação, o envolvimento, o interesse, a intenção de mudar, a tomada de consciência individual e coletiva da responsabilidade de cada um e de todos para favorecer o exercício da

autonomia e da cidadania.

Estas reflexões permitem evidenciar a importância da participação dos usuários nos ambientes de representatividade. Do mesmo modo, percebe-se a importância da informação acerca dos temas relacionados à saúde, permitindo ao sujeito desvencilhar-se da obscuridade do desconhecimento e identificar-se como protagonista de uma proposta de saúde de qualidade.

No entanto, alguns indícios permitem identificar lacunas relacionadas ao acesso a estas informações, seja por carência de instrumentos informativos, seja por regulação e controle destes conhecimentos por grupos ou gestores, como proposta de fortalecimento de grupos ou classes privilegiadas pelo acesso a estas informações. Da mesma forma, destacou-se anteriormente a presença latente de fatores culturais expressivos que permitem o uso estratégico das informações caracterizado por culturas políticas democráticas inconsistentes ou por tradições autoritárias.

Diante desta contradição entre a necessidade da participação do usuário no controle social e ações que vão de encontro a sua meta, destaca-se no discurso dos usuários que não identificam o controle social sua função, exercido também pela participação junto ao Conselho Municipal de Saúde:

“Acho que tem que ter essas pessoas, esses fiscais que fazem [...] controle dessas coisas [...] se for ficar assim, só pela confiança de quem trabalha na saúde, pobre das pessoas que precisam [...] tem que ter essas pessoas para cuidar mesmo, para ver quem trabalha direito [...] se as coisas estão andando do jeito que tem que ser [S2]

“É um serviço que é do secretário de saúde, ele é quem tem que ir lá e ver as coisas que estão acontecendo. Para isso cada município tem o seu. Ele é contratado para fazer as coisas da saúde andar, para usar o dinheiro, comprar as coisas, contratar as pessoas [...] Se a gente não pode mandar nada nessas coisas da saúde, alguém tem que tomar uma providência” [S5]

“Tem que ter a participação de todos os políticos, eles que prometem saúde, que ganham para fazer tudo por nós, mas não fazem é nada. Todo senador, prefeito, vereador, esses é que tem que fazer as coisas ao invés de ficar só gastando o nosso dinheiro de graça” [S3]

É possível perceber nesses discursos que a responsabilidade do controle social e a qualidade do serviço prestado são atribuídas a elementos externos que devem ter a obrigatoriedade de exercer o controle. Demonstram com essa postura, que não se reconhecem como agentes ativos no exercício do controle social e na necessária transformação das práticas de saúde, nas quais identificam fragilidades, porém, delegam ao outro o poder de decidirem sobre o seu direito de exercer o controle sobre sua saúde.

É preciso, ainda, compreender que as diferentes esferas de ações e de participação nas ações e decisões em saúde apresentam diferentes articulações e envolvimento, favorecendo assim a identificação de fatores que podem determinar a qualidade ou eficiência destas relações de horizontalidade. As pessoas não desenvolvem naturalmente capacidades de julgamento e de ação prática que assegurem justiça e equidade. Esse conhecimento e essa habilidade teriam de ser desenvolvidos, e o desenvolvimento dessa virtude jamais ocorreria fora de seu próprio exercício prático (CAMPOS, 2006).

Dentre os fatores que podem intervir na determinação da participação dos usuários no controle social, é possível identificar sua condição de cidadania, sua percepção de mundo e seu comprometimento com a manutenção de sua qualidade de vida. No Brasil, a desigualdade social, devido sua complexidade e diversidade apresentam-se sob múltiplas faces, norteadas por determinantes econômicos, políticos e sociais. Neste sentido, a diversidade cultural pode implicar em geração de desigualdades que transitam entre aspectos estruturais de hierarquia social (MOTTA, FAHEL e PIMENTEL, 2008).

Estudos realizados pela Escola Nacional de Saúde Pública (ENSP) revelam que, em 2005, apenas 1% dos Conselhos de Saúde existente atingiam o patamar pleno, pouco mais de 10% funcionava bem, 17% funcionava de forma incipiente e 70% dos Conselhos de Saúde funcionava com dificuldades (MOREIRA, 2005)

A participação dos usuários nas esferas de discussão para a tomada de decisões em relação à saúde precisa estar alicerçada em informações, conhecimentos acerca das múltiplas possibilidades de acesso às fontes de informação e de condições favoráveis de aproveitamento destas. Apenas desta forma, poderia intervir como produtores do saber, tornando a relação com os

profissionais e com o sistema, mais horizontais possíveis (CHAUI, 1993).

No discurso das usuárias, foi possível perceber a descrença nos representantes no próprio Conselho Municipal, que é um dos mais importantes espaços de discussão e decisão que afetam a qualidade de vida:

“Eles votam as coisas, mas é tudo mais ou menos encaminhado, [...] tudo arranjado, como sempre. O que eu sei é que no conselho tem os conselheiros, muitos deles são da própria prefeitura e já fazem tudo como tem que ser feito, como o prefeito e os dele mandam pra facilitar e quem não vota a favor já sabe, está sempre mal arranjado [...] teria a possibilidade de ser o lugar de decidir se não fosse tanta picaretagem” [S3]

“É isso, quem vai pra essas coisas eu duvido que vai lá defender só os interesses dos outros, cada um vai e puxa a brasa para o seu assado. Se a outra vila precisa de esgoto ou de calçamento eles nem tão, se precisa de médico no PSF 2 e aqui está sem médico eles não pedem para os dois, pedem só pra comunidade deles e os outros que se ralem.” [S3]

“É importante também que a gente conheça as pessoas que tão lá. Se as pessoas que estão lá são as que representam nosso bairro, nossos interesses, a gente tem que saber se eles realmente estão falando por nós, tudo o que a gente quer.”[S4]

Sabe-se que os Conselhos emergem da necessidade de democratizar as decisões de saúde. No entanto, o que se percebe é que a maioria dos Conselhos esbarra “em dificuldades relacionadas à inconsistência de uma cultura política democrática e a persistência de uma tradição autoritária, ainda presente na realidade nacional” (SILVA et al., 2007, p.684)

Assim, a constituição e a participação no Conselho parece não assegurar a existência de democratização das decisões, necessitando de uma avaliação mais crítica, de modo a evidenciar os desafios e as próprias contradições relacionadas ao controle público e a participação da comunidade no Sistema Único de Saúde.

Nesta perspectiva, cabe destacar que a participação no CMS e a forma de operacionalização das decisões das ações, tanto em nível individual, quanto

coletivo, deveriam ser conduzidas a partir da identificação das necessidades dos indivíduos e grupos sociais, vivenciadas nas diferentes realidades presentes nas áreas da ESF.

Percebe-se como indispensável o fortalecimento dos mecanismos de controle, como a possibilidade de incentivar a participação das usuárias no Conselho Municipal de Saúde. No entanto, ao questionar sobre essa possibilidade pode-se verificar que as usuárias parecem não querer assumir o envolvimento necessário, por diferentes motivos:

“É muita incomodação [...] é muito compromisso, tem que saber muito dessas coisas de lei, tem que te envolver com as pessoas e o certo é que as pessoas nunca estão contentes com nada [...] ninguém vai querer botar a cara a tapa né, para ser visto como um reclamão. A gente tem família, tem outras coisas pra fazer. Não é pra mim [S5]

“Gostaria muito de estar lá, acho que tenho jeito com essas coisas, de brigar, de discutir, de me envolver [...] sou líder comunitária na minha rua e gosto de me informar, de estar brigando pelas coisas que acho justas [...] não quero estar ali pra me incomodar [...] além do que, é de graça né? A gente arruma briga sem querer com os outros, a gente ganha inimigos de graça e isso incomoda” [S3]

Dentre os fatores limitantes para que as usuárias participem do CMS destaca-se “o comodismo e a apatia das pessoas, que se revela através da pouca cultura de participação na comunidade”, o que condiciona as usuárias a aguardar a resolutividade de seus problemas através da atuação dos trabalhadores e do poder público, não percebendo que a sua participação poderia contribuir para produzir maior qualidade em suas vidas (WENDHAUSEN, 2007, p. 276).

Por outro lado, uma das usuárias refere que a ausência de envolvimento no controle social inviabiliza a possibilidade de participar das decisões e defender seus direitos:

“Se a gente não se envolve, a gente não pode nem reclamar [...] se envolver lá no conselho tivesse uma renda, por exemplo, ia ter muita

gente querendo uma vaga. Mas eu entendo que isso é errado, porque você vai lá não é pra trabalhar é para defender os teus direitos” [S2]

A possibilidade de participar do Conselho Municipal, exercendo o controle social pode fazer com que as usuárias se sintam responsáveis por suas condições de saúde e tomada de decisão, exercendo responsabilidade e autonomia como participante do sistema. Numa dimensão mais abrangente, implicaria em empoderar a comunidade para que os usuários “ampliem o controle sobre as próprias vidas através da participação na busca de transformações em sua realidade social e política” (WENDHAUSEN, 2007, p. 272).

O poder de participar das decisões no Conselho Municipal de Saúde relaciona-se com a capacidade de promover à saúde individual e coletiva, constituindo-se em uma possibilidade de capacitar os gestores e usuários para elevar o controle sobre suas vidas e comprometer-se com os determinantes do processo de saúde-doença da população. Neste sentido, ao mencionarem a necessidade de que esse controle seja exercido pelas autoridades, essas usuárias parecem estar querendo delegar a outrem uma responsabilidade da qual não se sentem preparadas para assumir, ou não querem enfrentar os possíveis desafios inerentes à condição de quem exerce o controle social.

No entanto, o poder de participar do Controle social pode significar estar disponível para a saúde e o bem estar da população. Posto isto, é preciso que tanto os trabalhadores da saúde, quanto os usuários potencializem suas ações e atitudes no sentido de assumirem a responsabilidade interna no Conselho Municipal de saúde.

Acredita-se que os próprios trabalhadores podem exercer o poder e despertar ou suprimir a participação e o interesse dos usuários nas tomadas de decisões acerca das suas condições de saúde e de sua qualidade de vida. Para tanto, Wendhausen (2007, p. 273) destaca como fundamental a participação e a atuação do trabalhador da saúde “como um mediador no momento em que a comunidade levanta seus problemas, dificuldades, reivindicações e prioridades”. Os usuários percebem-se como dependentes do Estado, do Governo e de trabalhadores da saúde que assumam a atribuição específica de fiscalizar as ações de saúde.

Desde a criação do SUS, a participação e o envolvimento dos usuários nos

movimentos sociais que davam sustentação a esta proposta foi perdendo forças, gerando, desta forma, um esvaziamento no papel político exercido pelos conselheiros de saúde (PORTELA et al., 2008).

Esta constatação é evidenciada em maior proporção, em municípios menores e, encontra-se alicerçada a fatores culturais e sociais, que permitem o fortalecimento de condutas que segregam a liberdade e a democracia. Sob o alicerce da proximidade nas relações sociais e na possibilidade de utilização de diferentes mecanismos de controle e opressão, estes usuários ainda encontram-se envolvidos por interesses divergentes às suas necessidades, pois como afirma Cortes, (2002) é comum em pequenos municípios, a indicação dos membros do conselho pelos dirigentes locais, mantendo vínculos estreitos de relações, permitindo desta forma, driblar decisões tomadas pelo executivo local. Estes interesses divergentes à proposta do SUS possibilitam a multiplicação das fragilidades dos serviços públicos de saúde, desconsiderando trabalhadores e usuários, bem como sua autonomia, fortalecendo a concepção de um inconsciente coletivo de descompromisso e indiferença por parte da instituição pública (WEILLER, 2008).

Ao perceber o contexto de fragilidades a que o sistema de saúde se insere e a necessidade do fazer ético dos trabalhadores da saúde, bem como de gestores e demais esferas administrativas, torna-se clara a interferência direta de alguns aspectos culturais, políticos e sociais nas concepções dos sujeitos e na iniciativa de suas ações em saúde. Com o decorrer das atividades propostas nos encontros, tornou-se ainda mais evidente que alguns pontos são determinantes na relação de interesse e envolvimento destes usuários com a saúde, caracterizados por relatos de revolta, descontentamento e frustração com o panorama político e administrativo local.

O discurso dos usuários a todo instante demonstrava que as relações de credibilidade e respeito com os órgãos públicos administrativos estão desgastadas e fragilizadas, denotando um distanciamento acentuado entre as esferas administrativas e a comunidade. Nesta perspectiva, percebe-se a dicotomia entre as ações públicas e os interesses da comunidade no sentido de estimular e viabilizar a participação destes sujeitos no controle social.

Percebe-se que o desgaste das relações tomou proporções que podem comprometer a credibilidade da população em relação a seus representantes. A falta de credibilidade se justifica no relato de carência de atenção às necessidades da

comunidade, bem como em investidas por parte do poder público para preservar uma hegemonia aristocrática:

“Eles tiveram aqui, o pessoal da prefeitura [...] chamaram na reunião [...] votar para vir dinheiro para fazer esse posto daqui, disseram que ia vir médico e dentista pra cá todos os dias [...] a gente veio, decidiu, votou e o que foi prometido mesmo, ainda demorou quase dois anos para vir e quando veio, veio pela metade [...] eles usam as pessoas [...] a gente faz a nossa parte só que os governante não fazem a parte deles” [S2]

“A reclamação existe sempre, na rádio por exemplo [...] é a manhã inteira de reclamação dos serviços públicos, e da saúde então, nem se fala [...] Mas não mudam. Não adianta reclamar nem no rádio” [S3]

Os usuários possuem o entendimento de que estavam depositando sua confiança nas autoridades políticas e administrativas que lhes ofereceriam soluções para suas condições de saúde. Contudo, pela ausência do compromisso ético e administrativo pelos órgãos administrativos, esta credibilidade deu lugar à dúvida e, por fim, à frustração e revolta, como é possível perceber em seus relatos.

Evidenciam-se no relato dos usuários fatores culturais, como a existência de uma cultura de submissão e silêncio, imposição por conta de repressão e medo que comprometem seu interesse em assumir a representatividade nas decisões em saúde. Neste instante, é possível perceber então que não são apenas circunstâncias de acomodação que inibem a participação dos sujeitos; da mesma forma, percebe-se que os sujeitos, por questões de segurança, temem se opor a algumas orientações ditadas por governantes que representam essas tradições culturais e até mesmo familiares de opressão e corrupção.

Na perspectiva de participar e de exercer o controle social, identificam-se nas falas dos usuários as características que evidenciam seus sentimentos acerca deste investimento. O medo, o receio da exposição e da possibilidade de retaliação nas relações sociais e políticas ainda são formas de exercício do poder que se apresentam claramente no discurso destes sujeitos.

“Tem que estar sempre se cuidando porque nossa política aqui é braba (...) não pode estar abrindo muito o voto e as intenções da gente porque a gente precisa. A gente depende deles pra tudo. Tudo envolve a política e essas pessoas com quem se trata dentro desses conselhos” [S3]

“A gente ficava sempre apreensiva quando vinham na casa da gente. Tu não podia falar mal da prefeitura nem de ninguém de lá, se não quando tu ia fazer um exame, coleta sangue ou qualquer outra coisa, teu exame demorava [...] me disseram que eu deveria tirar uma bandeirinha que tinha do PT que era do meu guri [...] se a gente usava o serviço da prefeitura, não podia estar ajudando os outros partidos contrários, tem que ser de um time só” [S4].

Na percepção destes usuários, iniciativas de participação, bem como a preocupação com o senso de justiça social é assolada pelo sentimento de medo. O poder exercido de forma anti democrática, muitas vezes, compromete a participação dos sujeitos nos diferentes espaços de discussão e tomada de decisão a que tem direito. Entretanto, evidencia-se que preservam a indignação e revolta relacionada à opressão e aos abusos impostos por estes mecanismos de exercício do poder.

Apesar do princípio da liberdade política estar assegurado na Constituição, não é o que se observa na realidade estudada, pois esses gestores desconsideram que vivemos em um país democrático, e que a democracia representa a forma mais alta de organização política (CHAUÍ, 1994). Por outro lado, se pensa em liberdade política, também, como a capacidade de autonomia do indivíduo em determinar o sentido e a ação da sociedade.

Neste contexto político e social, percebem-se as fragilidades de um sistema de saúde que requer o envolvimento de todos os seguimentos comprometidos com o respeito e com a ética. Imbuídos na concepção de que o direito e a dignidade devem ser garantidos a todos os cidadãos, tendo o poder público como um norteador destes princípios, questiona-se: qual a postura do Estado em relação a estas práticas anti democráticas? Se não no Estado, em quem o cidadão deverá depositar sua credibilidade e suas esperanças de ver o exercício de seus direitos sendo respeitados?

Há de se ressaltar que o controle social também é um direito e dever do

cidadão. Entretanto, os gestores, trabalhadores da saúde e usuários compreendem a essência desse conceito? A expressão controle social designa os mecanismos que estabelecem a ordem social, disciplinando a sociedade. Autores mais tradicionais da ciência política, social e econômica entendem que esse controle é realizado pelo Estado, sobre a sociedade, através da implementação de Políticas Sociais visando à diminuição de conflitos sociais. No entanto, um novo conceito de controle social nasce no campo das contradições na sociedade capitalista em que vivemos, trazendo para o exercício desse controle a participação ativa dos usuários no sentido de controlar as ações para que atendam as demandas e os interesses da coletividade (CORREIA, 2000).

Identificam-se na origem cultural destas usuárias, características próprias de um meio rural, de um indivíduo que ainda acredita nos sistemas instituídos, na família e nas políticas de contrato social. Associado a isso, o baixo nível de escolaridade das usuárias pode estar relacionado ao desconhecimento dos seus direitos e de exercer o controle sobre a qualidade dos serviços de saúde, os quais estão claramente definidos na Carta dos Direitos dos Usuários da Saúde (BRASIL, 2006).

O desrespeito ao usuário seja no acesso ao sistema e ou na resolutividade dos seus problemas, infelizmente, também é visualizado no tratamento dispensado por alguns trabalhadores da saúde que afetam diretamente a sua dignidade. Ao sentirem-se desrespeitados e desassistidos, em algumas ocasiões, reagem e passam a enfrentar o dilema de forma direta confrontando os profissionais, expondo-se publicamente e sentindo-se desconfortáveis com esta situação:

“A moça que atende lá me atendeu como se fosse cachorro mesmo, mas olha, acho que nem cachorro não se trata daquele jeito. [...] ela me disse um monte de coisa, como se eu tivesse incomodado o serviço dela. [...] O meu filho ficou com raiva e queria ir lá e falar com os chefes dela, mas mandei ele deixar porque eles as vezes não tem culpa das pessoas incomodar eles, todo mundo vem ali e desconta as raivas neles, mas as pessoas tem que entender é que os atendentes só tão cumprindo ordens e que de algumas coisa eles não tem culpa a gente tem que entender isso?! [S5]

Fatos como estes ainda acontecem freqüentemente nos serviços de saúde,

mesmo que esteja em vigor desde 2005 a Política Humaniza SUS, que traz em seu cerne a necessidade de que os trabalhadores se contagiem por uma atitude humanizadora em qualquer ação humana e em qualquer prática de saúde (BRASIL, 2005). Destaca-se ainda que humanizar é ter a capacidade de promover o bem estar coletivo acima da suscetibilidade individual, das ideologias e conviências corporativas (LEPARGNEUR, 2003).

Identifica-se nos relatos dos usuários que da mesma forma que reivindicam ou questionam a postura exercida por determinados trabalhadores da saúde, reconhecem que podem existir outros fatores que influenciam a dificuldade de alguns trabalhadores da saúde tratarem com dignidade os usuários, respeitando-os na sua condição de sujeitos no processo decisório:

“Se eu tivesse que ir lá lutar pra ajudar as pessoas eu iria querer mesmo, mudar essa rotina de coisas erradas (...) tem coisas que a gente consegue, como por exemplo, se precisa de um esgoto para o bairro, a gente consegue muita coisa, um abaixo assinado tem grande valor, a gente tem que se unir em algumas coisas” [S3]

“As pessoas não entendem mesmo, acham que é só chegar ali e reclamar e dizer tudo que pensa e enche os profissional de desaforo e ir se embora e pronto. As pessoas que trabalham ali muitas vezes não tem, isso tudo vem lá de cima, [...] Eles tem que cumprir. Então a gente [...] tem que cobrar dos poderoso lá em cima, os pessoal lá da secretaria que tem que dá jeito” [S2]

“A gente pede uma informação [...] a gente não entende, eles nem falam, dão as costas e vão embora [...] a gente vê, tem tanta gente querendo e precisando trabalhar e tem outros que tratam a gente como se fosse animal [...] pessoas que não se comunicam direito, pessoas que tinham que ser simpáticas e comunicativas, imagina quando a gente vê os idosos e os pobres, mal vestidos, agora se estão bem arrumado e tal o atendimento é outro [...] é um descaso, um desrespeito com as pessoas [S5].

Pessini e Bertichini (2004) consideram que para humanizar a assistência é preciso trabalhadores de saúde que compartilhem com os usuários experiências que resultem na ampliação do foco de suas ações, o que requer ampliar a tomada de

consciência acerca dos valores e princípios que norteiam suas ações e do compromisso, envolvimento e parceria necessários para atingir tal fim. Além disso, é papel do trabalhador de saúde esclarecer aos usuários os seus direitos em relação à saúde, como um direito inalienável à dignidade e ao respeito (SEBASTIAN e CHISTONE, 1991). Para tanto, é preciso que trabalhadores e usuários tenham clareza das instâncias a que devem recorrer, para equacionar os problemas de saúde que afetam a comunidade.

Diagnosticar a realidade é o passo inicial para pensar coletivamente estratégias que possam potencializar ações transformadoras da mesma. Assim, visualizamos a humanização e a instrumentalização política de trabalhadores e usuários como uma possibilidade a ser perseguida.

Durante a realização dos círculos de cultura, destinou-se um momento para simular o encontro da equipe com a comunidade, para oportunizar a discussão da carta dos direitos de saúde dos usuários. O envolvimento da equipe com os participantes contou com a presença de um mediador, minimizando desta forma riscos de gerar ou fomentar conflitos entre os envolvidos. As discussões tenderam para a reflexão em torno de estratégias que pudessem fortalecer estes sujeitos, despertá-los a viabilizar sua participação efetiva nas tomadas de decisão em saúde:

“É importante a gente se reunir e falar dos direitos, discutir isso com outras pessoas para que todo mundo fique sabendo das coisas e possa também brigar pelos direitos seus e dos outros. Mas eu acho importante também é saber as coisas, é importante que o médico diga para gente o que está acontecendo [...] deveriam dar mais informação [...] acho bem importante esse esclarecimento.” [S4]

“A união da comunidade, porque se um falar, eu sei que isso não adianta nada e, se vários falarem [...] pode fazer alguma coisa fluir né.” [S3]

Foi possível perceber que não basta apenas a participação do usuário em ações individualizadas, é necessário seu comprometimento e sua responsabilidade com sua qualidade de vida e de sua comunidade com uma consciência coletiva, permitindo que os benefícios se estendam a toda comunidade. Relataram a

importância do envolvimento da comunidade na busca de seus direitos à saúde e o quanto foi importante receber esclarecimentos acerca dos mesmos. Tendo sido realizada esta discussão, emergiu entre os participantes a dúvida acerca da possibilidade ou não de utilizar a carta como um instrumento de defesa em situações em que algum de seus direitos fosse violado.

Estas reflexões viabilizaram um enfrentamento mais crítico por parte dos usuários, que puderam perceber que não basta apenas ter a garantia de seus direitos expressa em uma carta, mas que necessitam compreender a importância destes direitos como fatores determinantes para manter sua qualidade de vida e, assim, exercê-los. Com isto, houve o consenso entre os participantes de que havendo um instrumento como este para garantir seus direitos, a postura dos profissionais poderia ser diferenciada, pelo fato de reconhecê-los como um ser esclarecido e apto a decidir sobre sua condição de saúde.

Os participantes tiveram na problematização um estímulo para direcionar o olhar para si, para sua realidade, para sua atuação como cidadãos, bem como a possibilidade de questionar-se em relação ao contexto em que se encontram inseridos. Esta postura foi identificada como o processo de analisar a realidade, de questionar o que se apresenta, possibilitando posições indagadoras, inquietas, que ultrapassam o senso comum, aumentando o conhecimento e a visão crítica da realidade (SILVEIRA, 2000).

As reflexões sobre a realidade de saúde não dependeram de cada usuário individualmente, mas de uma construção individual e do coletivo. Através da problematização/reflexão, cada usuário teve a oportunidade de tomar mais consciência sobre si mesmo e da sua realidade de saúde.

Para Freire (1997a, p. 60),

“A mudança de percepção, que se dá a partir da problematização de uma realidade concreta, no entrelaçamento de suas contradições, implica um novo enfrentamento do homem com sua realidade. Implica admirá-la em sua totalidade: vê-la de ‘dentro’ e, desse ‘interior’, separá-la em suas partes e voltar a admirá-la, ganhando, assim, uma visão mais crítica e profunda da sua situação na realidade que não condiciona. Implica uma ‘apropriação’ do contexto, uma inserção nele, um não ficar ‘aderido’ a ele; um não estar quase ‘sob’ o tempo, mas no tempo. Implica reconhecer-se homem. Homem que deve atuar, pensar, crescer, transformar e não adaptar-se fatalisticamente a uma realidade desumanizante. Implica,

finalmente, o ímpeto de mudar para ser mais”.

Para Gadotti (1997, p. 727), “a problematização é a ação de refletir continuamente sobre o que se disse, buscando o porquê das coisas, o para quê delas” Esta progressiva tomada de consciência, gerada pelo conhecimento crítico da realidade pode levar à conscientização.

Para Freire (1980, p. 25), “conscientização é um ato de conhecimento, uma aproximação crítica da realidade”, uma busca de conhecimento da realidade que deve ser realizada através da participação coletiva dos sujeitos. A conscientização dá-se na práxis, ou seja, na ação-reflexão-ação, na relação teoria-prática, permitindo que cada usuário pudesse ampliar seus conhecimentos frente à realidade de saúde, evidenciando necessidades, bem como, seus limites de atuação.

A conscientização no entender de Silveira (2000, p. 26) “decorre do ato de pensar juntos, de trocar idéias, partindo de situações existenciais, espantando-se perante o conhecimento, dialogando, criticando, sendo criticado, conhecendo-se a si mesmo”. Essa possibilidade sugere uma nova compreensão do mundo, a partir da tomada de consciência do que antes não era percebido, tornando-se mais crítico e comprometido consigo mesmo e com a realidade que o cerca, transformando-a e transformando-se em busca de um novo agir.

As discussões permitiram refletir acerca de estratégias passíveis de desenvolver o fortalecimento dos sujeitos para o exercício de sua autonomia. Na opinião destes sujeitos, a disseminação das informações, a exemplo da carta dos direitos de saúde dos usuários, bem como de outras informações em saúde, deveria ser trabalhada de forma mais incisiva por parte dos trabalhadores da saúde e da equipe de ESF, haja vista seu envolvimento com a comunidade.

A perspectiva de atenção nos serviços de saúde é balizada pelos princípios do Sistema Único de Saúde, evidenciando a importância da equidade, universalidade e integralidade, congregando componentes que buscam qualificar e viabilizar de forma mais significativa a qualidade do serviço prestado aos usuários. Com o intuito de valorizar o sujeito, respeitando seus direitos e sua condição de fragilidade e necessidade de atenção, a estratégia de por em funcionamento a Política Nacional de Humanização converge com estas iniciativas. Da mesma forma

que o nome soa de forma contraditório, transparecendo a necessidade de uma política que nos faça sermos quem somos, a proposta de nortear ações e comportamentos visa garantir a dignidade e o respeito ao cidadão por intermédio de ações governamentais, estruturadas para fomentar estas práticas. Além da humanização devemos, como profissionais de saúde, fomentar a cidadania e a autonomia dos usuários.

Dentre as possibilidades de exercer a autonomia, é possível perceber que a concepção dos usuários ainda segue uma doutrina excludente, pois se sente distante de um sistema que deveria acolhê-lo, respeitá-lo e sanar suas necessidades e, ao invés disso, passa a julgá-lo e organizar-se para evitar que haja iniciativas de exercício dos direitos destes usuários, utilizando-se da coação e exclusão como mecanismos de poder.

Neste contexto, Freire (2003, p. 11) já defendia que o homem como um ser político não pode deixar de ter consciência do seu ser ou do que está sendo, precisa se envolver “permanentemente no domínio político, refazendo sempre as estruturas sociais, econômicas, em que se dão as relações de poder e se geram as ideologias”. Uma vez que a vocação do homem não é a dominação, ou seja, ser massacrado ou conduzido, mas de “ser mais”, fazer e refazer a sua história, procurando transformar a realidade.

Na opinião dos usuários, exercer a autonomia, cobrar direitos em saúde, reivindicar melhor atendimento pode acarretar represália e negação do direito à assistência, estabelecendo-se assim uma cultura de silêncio que impede a liberdade de expressão dos usuários:

“Eu fico espantada com essas coisas, mas o que a gente vai fazer? A gente fica chateado, fica triste com isso [...] mas é difícil fazer alguma coisa [...] imagina só se a gente que vai ser atendido inventa de reclamar, mas nem sei. No mínimo eles te humilham e te deixam debaixo do chinelo. Tratam pior que cachorro de rua mesmo [...] fazem passar por humilhação e vergonha na frente das pessoas para que tu nem volte mais pra não incomodar. É muita estupidez das pessoas e a pessoa muitas vezes são instruídas, tu vê no caso de ser uns médicos ou coisa assim, tratam as vezes mal igual [S5].

“Pois é daí ainda vão me tratar mais mal ainda [...] a gente vê ali isso: ih chegou aquela enjoada de novo [...] vou deixar ela entrar na fila

aqui de novo [...] vou deixar sem o atendimento [...] vê a pessoa que sabe que não vai me dá ficha. Comigo já aconteceu”[S3]

No relato destes usuários evidencia-se a apreensão relacionada ao medo de represália por parte dos trabalhadores da saúde. Da mesma forma, afirmam ter presenciado situações que podem caracterizar uma cultura vivenciada por alguns trabalhadores da saúde, como uma forma de controle sobre os usuários negando-lhes o direito à participação.

A negação do direito à participação e ao diálogo dos profissionais de saúde para com os usuários configura-se como um desrespeito à cidadania e de ausência de solidariedade, contrariando os pressupostos de Freire quando defende que a solidariedade como compromisso histórico do homem é “uma das formas de luta capazes de promover e instaurar a ética universal do ser humano” (Freire, 1997b, p. 13).

A acomodação e a passividade dos usuários com uma realidade que não os satisfaz, favorece a sua imobilização. No entanto, percebe-se nos seus discursos inconformismo e indignação com a negação do direito de optar, de decidir, de exercer sua liberdade e a sua autonomia. Ao mesmo tempo em que deixam de exercer seus direitos como cidadãos, permitem a alguns trabalhadores da saúde o exercício inadequado da sua autoridade profissional.

De acordo com o pensamento de Freire, a autoridade, em suas relações com a liberdade, deve ser exercida com indiscutível sabedoria, com segurança em si mesma, com generosidade. Portanto, uma das qualidades essenciais da autoridade “é a segurança que se expressa na firmeza com que atua, com que decide, com que respeita as liberdades, com que discute suas próprias posições, com que aceita rever-se” (Freire, 1997b, p.102).

Contra-pondo-se a condutas que negam o direito à participação do usuário e a tomada de decisão sobre o seu estado de saúde, identifica-se a sensibilidade de alguns profissionais que reconhecem a sua fragilidade e vulnerabilidade frente algumas situações de desrespeito por parte de alguns colegas.

“O meu médico me disse que era pra eu processar ela, pois isso não tava certo, ele me disse, olha [...] ela é medica como eu, mas isso

não ta certo, a senhora saiu muito lesada e agora vai ter de fazer tratamento por um tempo ainda maior para arrumar algo que não era pra existir.” [S1]

“Não são todos que não prestam [...] recebi um telefonema do hospital [...] era a Dra [...] perguntando se meu filho estava melhor [...] ninguém esperava, porque é difícil uma pessoa te ligar para perguntar como que esta uma criança” [S3]

Percebe-se nos discursos dos usuários que alguns trabalhadores ao constatarem a ocorrência de situações de negligência, atuam em parceria com os usuários e assumem a responsabilidade e o compromisso de esclarecê-los acerca de seus direitos. Esta iniciativa dos trabalhadores reafirma a possibilidade a ser explorado o comprometimento ético no fazer de cada profissional, representando uma estratégia de enfrentamento para mudança da realidade destes usuários, contabilizando estes importantes aliados nesta construção coletiva. Resgatar este envolvimento solidário e comprometido, fortalece os laços entre trabalhadores e usuários, estreitando conhecimentos na consolidação do controle social.

Numa visão Freireana, para que o trabalhador compreenda e interprete profundamente as situações de seu cotidiano de trabalho, enfrentando os problemas referentes ao contexto da saúde dos usuários, é necessário o entendimento, a comunicação, a possibilidade de ampliar a consciência acerca de suas responsabilidades, reconhecendo no outro sua condição de vulnerabilidade, a possibilidade de capacitá-los para optar e, eticamente, o direito de valorizar o exercício de sua autonomia para a tomada de decisões acerca de sua saúde (Freire, 1997b).

Essas constatações nos apontam que a temática dos direitos do usuário do SUS é um tópico imprescindível a ser abordado nas ações de educação permanente desta realidade e talvez da realidade de outros municípios que implementaram a ESF, a fim de sensibilizar os trabalhadores da saúde para que concretizem, na prática, conceitos presentes na política de saúde vigente no país, no SUS. Inicialmente pode parecer uma utopia, mas o essencial, para Freire (1997c), é que a esperança, como necessidade ontológica, precisa ancorar-se na prática, ou seja, precisa da prática para tornar-se concretude histórica. É por isso

que, apesar das dificuldades encontradas no cotidiano, tem-se a esperança de fazer dos obstáculos enfrentados uma situação-limite, e, juntamente com os usuários, torna-se indispensável utilizar os espaços de educação permanente para enfrentá-las, analisá-las e para prosseguir na busca de novos caminhos.

5. CONSIDERAÇÕES FINAIS

Este estudo possibilitou perceber as vivências, fragilidades e vulnerabilidades fortemente relacionadas a situações de desrespeito aos direitos dos usuários dos serviços de saúde. Ao referir o desrespeito a esses direitos é importante salientar que se tratam de direitos elementares, necessários nas mais simples relações de convivência com a equipe de saúde.

Trata-se de desrespeito ao direito à informação, sendo evidenciadas situações de omissão e de desrespeito à liberdade de escolha, sendo-lhes negada a possibilidade de tomar conhecimento de situações relevantes que podem influenciar na sua qualidade de vida. Além disso, a falta de qualidade no atendimento fere princípios básicos, passando a implicar diretamente no respeito à dignidade e à cidadania dos usuários.

O descontentamento com os serviços de saúde prestados por alguns trabalhadores da saúde e demais profissionais que atuam neste setor faz com que o usuário perceba-se como refém de um contexto de saúde excludente que o desvaloriza como cidadão.

A falta de informação é percebida pelos usuários e conduzida de forma pacífica na maioria das vezes, porém, percebe-se que existem iniciativas por parte destes em opor-se a estas situações, questionando e reclamando alguns de seus direitos, mesmo que de forma incipiente.

Reduzir as desigualdades passa a ser um imperativo na busca pela qualidade dos serviços de saúde, da mesma forma que sua implicação direta no respeito aos direitos dos indivíduos se traduz na aplicabilidade dos princípios do SUS como a equidade e a igualdade.

É possível supor que modificar estas situações de opressão e desrespeito aos seus direitos, requer o envolvimento desses sujeitos em esferas de discussão efetiva, pois ainda apresenta-se como um grande desafio para a consolidação da estratégia de controle social, permitindo ao usuário atuar como co-gestor do sistema, valorizando sua participação em ambientes de tomada de decisão.

A participação dos usuários no controle social é uma condição indispensável

para o exercício da cidadania, no entanto, nossa história é marcada por desigualdades sociais que ainda mantêm fortes os fatores econômicos, políticos e sociais como seus determinantes.

Neste sentido, percebe-se que muitas ainda são as dificuldades relacionadas à efetivação dos mecanismos destinados ao controle social. A garantia da efetiva implantação dos Conselhos Municipais de Saúde e dos Conselhos Gestores Locais fiscalizando e controlando a qualidade dos serviços se configura como práticas democráticas que permitem qualificar as relações entre os usuários e o sistema de saúde.

Na opinião dos usuários, a responsabilidade e a participação nos órgãos de representação como o conselho municipal de saúde não é uma tarefa simples para ser assumida e, para a sua não participação apontam diferentes justificativas. Todavia, a participação no CMS e a forma de operacionalização das decisões das ações, tanto em nível individual, quanto coletivo, deveriam ser conduzidas a partir da identificação das necessidades dos indivíduos e grupos sociais, vivenciadas nas diferentes realidades presente nas áreas de ESF, bem como diretamente pela mobilização dos usuários junto a estes órgãos.

É neste sentido que novamente ressalta-se a necessidade de fortalecer os mecanismos de controle, como a possibilidade de incentivar a participação dos usuários no Conselho Municipal. Estes usuários percebem-se como dependentes do Estado, do Governo e outorgam aos trabalhadores de saúde o poder sobre as ações e decisões sobre a sua saúde.

Percebeu-se nos discursos dos sujeitos, revolta, descontentamento e frustração com o panorama político e administrativo local, evidenciando que as relações de credibilidade e respeito com os órgãos públicos administrativos estão fragilizadas. Estas características políticas e administrativas são percebidas em municípios menores, que agregam fatores culturais e sociais, permitindo a segregação da liberdade e da democracia alicerçado na proximidade das relações e nos diferentes mecanismos de controle.

Da mesma forma, o distanciamento dos usuários das esferas de discussão parece estar associado a fatores culturais expressivos que comprometem seu interesse em assumir a representatividade nas decisões em saúde, revelando assim que não apenas circunstâncias de acomodação inibem a participação dos sujeitos, mas o medo em se opor a algumas situações por questões de segurança.

A formação dos trabalhadores de saúde precisa explorar sua percepção acerca da importância de agregar a seu conhecimento, o desenvolvimento de habilidades que permitam compreender e utilizar-se de diferentes linguagens podendo tornar-se mais acessível e esclarecedor. Desta forma, possibilitando um entendimento razoável, favorecendo a comunicação entre os sujeitos, disponibilizando as informações de forma clara e simples. À informação frente às reais condições e riscos à saúde dos usuários, favorecendo ou não, a obtenção do seu consentimento informado, minimizando a fragilidade dos usuários nas relações com todas as categorias profissionais, evitando que o domínio do conhecimento científico possa sobrepor-se ao direito e ao respeito à dignidade humana, solidificando-se como instrumento de exercício do poder dos trabalhadores da saúde.

Os trabalhadores da saúde precisam preparar o usuário para que esse se torne seu aliado na busca pela qualidade da saúde pública, instrumentalizando-os para que possa viabilizar a manutenção de seus direitos, garantindo seu exercício de cidadania pleno e efetivo.

Um dos papéis dos trabalhadores ao desenvolverem atividades de educação em saúde consiste em instrumentalizar os usuários para que conheçam seus direitos e os meios para adquiri-los. A utilização da carta dos direitos dos usuários da saúde é uma importante aliada que os profissionais de saúde podem lançar mão para problematizar temáticas que despertem tanto nos profissionais, quanto nas famílias, reflexões e ações frente ao compromisso de ambos no controle social e na qualidade dos serviços de saúde.

A partir destas reflexões, pode-se buscar diferentes possibilidades e estratégias de fortalecer estes sujeitos, viabilizar sua participação nas tomadas de decisão em saúde. Neste estudo, foi possível perceber que os usuários necessitam compreender que, além da informação, a sua participação e envolvimento são fundamentais para o fortalecimento de sua autonomia como sujeitos. Todavia, é necessário seu comprometimento e sua responsabilidade com sua qualidade de vida e uma tomada de consciência coletiva, para que os benefícios se estendam a toda comunidade.

A atuação na ESF requer profissionais preparados para exercer o seu fazer de acordo com as políticas e programas instituídos pelo Ministério da Saúde, além disso, que tenham consciência de seu papel como facilitadores para o exercício da

humanização e de cidadania. Destaca-se a relevância da utilização dos momentos educativos desenvolvidos nos grupos dos crônicos e demais grupos previstos nos programas implementados na estratégia de saúde da família para favorecer o diálogo, a reflexão, buscando valorizar a liberdade de expressão e participação para a tomada de consciência de seus direitos como usuários do SUS e conseqüentemente, um possível e necessário *empowerment* destes sujeitos para o exercício de sua cidadania.

A proposta metodológica de Freire através da educação problematizadora, foi uma opção metodológica que permitiu o alcance do objetivo proposto. Percebe-se a necessidade de uma organização tanto social quanto política para o enfrentamento das situações que se apresentam, pois como afirma Freire (1987, p. 52) os seres humanos oprimidos necessitam “reconhecer-se como homens, na sua vocação ontológica e histórica de ser mais. A reflexão e a ação se impõem, quando não se pretende, erroneamente, dicotomizar o conteúdo da forma histórica do ser do homem”.

Espera-se que este estudo possa encorajar e instrumentalizar as diferentes práticas que buscam a valorização dos sujeitos na área da saúde, revelando parte de uma realidade que se estende aos demais ambientes de cuidado e de atenção à saúde, referindo-se a direitos elementares de respeito e de cidadania.

REFERÊNCIAS

ACIOLE, G. G. e BRUNELLI, E.; Pedagogical dimensions for the promotion of citizenship within social control. **Interface (Botucatu)**, v. 3, n. SE, p.0-0, 2007.

AKERMAN, M. et al.. Avaliação em promoção da saúde: foco no "município saudável". **Rev. Saúde Pública**, v. 36, n. 5, p. 638-646, Out, 2002.

ALMEIDA, M.C.P. de **O trabalho de enfermagem e sua articulação com o processo de trabalho em saúde coletiva: rede básica de saúde em Ribeirão Preto**. 1991. 207p. Tese [Livre-Docência] – Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo, 1991.

_____. Reforma do estado e reforma de sistemas de saúde: experiências internacionais e tendências de mudança. **Ciencia e Saúde Coletiva**. Rio de Janeiro, v. 4, n. 2, p. 427-42, 1999.

ANDRADE, G. R. B. de; VAITSMAN, J.; Apoio social e redes: conectando solidariedade e saúde. **Ciências e Saúde Coletiva**, v. 7, n. 4, p. 925-934, 2002. Disponível em:http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232002000400023&lng=pt&nrm=iso. <Acesso em: 23 Out 2007>.

ARANTES C. I. S. et al. O controle social no sistema único de saúde: concepções e ações de enfermeiras da atenção básica. **Texto e Contexto Enfermagem**, Florianópolis, v. 16, n. 3, p. 470-478, 2007.

ARTIGAS, P. I. D et al. Investigação de fatores que limitam a autonomia de pacientes do SUS no processo de decisão de sua integridade bucal, **Rev. Cie. Med. Biol.**, Salvador, v. 6, n. 3, p.316-23, set/dez. 2007.

BACKES, V. M. S. **Estilos de pensamento e níveis de práxis na enfermagem: a contribuição do estágio pré-profissional**. 1999. 283p. Tese (Doutorado em Enfermagem) – Centro de ciências da Saúde – Programa de Pós-graduação em Enfermagem. Universidade Federal de Santa Catarina. PEN/UFSC, Florianópolis, 1999.

BACKES D. S., BACKES M. S., ERDMANN A. L.; Promovendo a cidadania por meio do cuidado de enfermagem. **Revista Brasileira de Enfermagem**, Brasília, mai./-jun; 62(3): 430-4, 2009.

BEAUCHAMP, T. L.; CHILDRESS, J. F. **Princípios de ética biomédica**. São Paulo: Loyola, 2002.

BECKER, D. et al. Empowerment e avaliação participativa em um programa de desenvolvimento local e promoção da saúde. **Ciênc. Saúde Coletiva**, v. 9, n. 3, p.655-667, Set, 2004.

BOBBIO, N.M.N.P.G. **Dicionário de política**. 5ª Ed. Brasília: Edumb, 1993.

BRASIL, **Constituição Federal**. Da ordem social – seguridade social. Brasília: Senado federal, 1988.

BRASIL. Lei 8080. 19 de setembro de 1990. **Brasília**, 1990a.

BRASIL, Lei nº 8142 de 28 de dezembro de 1990. Dispõe sobre a participação da comunidade na gestão do SUS e sobre as transferências intergovernamentais de recursos financeiros na área da saúde e dá outras providências. **Diário oficial da união**. 1990b.

Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Políticas de Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. Plano de reorganização da atenção à hipertensão arterial e ao diabetes mellitus: hipertensão arterial e diabetes mellitus/Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. – Brasília: Ministério da Saúde, 2001.

BRASIL MS. Conselho Nacional de Saúde. A prática do controle social: conselhos de saúde e financiamentos dos SUS. **Série Histórica do CNS**, n. 1 Série História da Saúde no Brasil. Brasília, 2002. 60 p.

BRASIL, Ministério da Saúde. Política Nacional de Humanização. **Relatório Final da Oficina Humaniza SUS**. Brasília: Ministério da Saúde; 2004

BRASIL. Ministério da Saúde. Carta dos direitos dos usuários da saúde. Brasília: **Ministério da Saúde**, 2006. 8p.

BRASIL, Ministério da saúde. Lei 8.142 de 28 de dezembro de 1990. **Dispõe sobre a participação da comunidade na gestão do SUS e sobre as transferências intergovernamentais de recursos financeiros na área da saúde e dá outras providências** [edição online, 2007] disponível in: <http://conselho.saude.gov.br>, acessado em 24 de setembro 2009.

BRITES, L. S; SOUZA, A. P R. de e LESSA, A. H.; Fonoaudiólogo e agente comunitário de saúde: uma experiência educativa. **Rev. Soc. Bras. Fonoaudiol.**, v.13, no. 3, p.258-266, 2008.

BYDLOWSKI, C. R; WESTPHAL, M. F.e PEREIRA, I. M. T. B. Promoção da saúde. Porque sim e porque ainda não!. **Saude Sociedade**, v. 13, n. 1, p. 14-24, br, 2004.

CAMPOS, G. W. de S.. **Reforma da reforma: repensando a saúde**. São Paulo: Editora HUCITEC, 1992. 149p.

_____Análise crítica sobre especialidades médicas e estratégias para integrá-las ao sistema único de saúde SUS. **Revista de Saúde Pública**, São Paulo, v. 13, n. 1, p.141 – 144, 1997.

_____ **Um método para análise e co-gestão de coletivos**. São Paulo: HUCITEC: 2000.

_____ Reflexões temáticas sobre equidade: o caso SUS. **Saúde e Sociedade**, 2006, v. 15, n .2, p.23-33.

CAMPOS, L.; WENDHAUSE, A participação em saúde: concepções e práticas de trabalhadores de uma equipe da estratégia de saúde da família. **Texto e Contexto – Enfermagem**, Florianópolis, v. 16, n. 2, p. 271 – 279, 2007.

CARVALHO, S. R.; As contradições da promoção à saúde em relação à produção de sujeitos e a mudança social. **Ciênc. Saúde Coletiva**, v.9, n.3, p.669-678, Set 2004a.

CARVALHO, S. R.; GASTALDO, D.; Promoção à saúde e empoderamento: uma reflexão a partir das perspectivas crítico-social pós-estruturalista, **Ciencia e Saúde Coletiva**

13(Sup2)2029-2040, 2008.

CASTORIADIS, C.. **A instituição imaginária da sociedade** / cornelius castoriádis; tradução de Guy Reynaund; revisão técnica de Luis Roberto Salinas Fortes. Rio de Janeiro: Paz e Terra, 1982.

CESTARI, M. E.. Vivenciando um processo educativo: um caminho para ensinar-aprender e pesquisar. Florianópolis: UFSC, 1999. **Dissertação** (Mestrado em Assistência de Enfermagem) – Universidade Federal de Santa Catarina, 1999.

CORREIA, M. V. C; **Que controle social? Os conselhos de saúde como instrumento.** Rio de Janeiro: Ed. Fiocruz, 2000.

CORTES S.M.V. **Construindo a possibilidade da participação dos usuários:** Conselhos e conferencias no sistema único de saúde. Sociologias. Porto Alegre, ano 4, n. 7, jan/jun. 2002, p.18-49. Disponível em <http://www.scielo.br/pdf/soc/n7/a02n7.pdf> acessado em: 09 de dez de 2008.

COTTA, R.M.M.; MENDES F.F. MUNIZ J.N. **Descentralização das políticas públicas de saúde: do imaginário ao real.** Viçosa. Ed. UFV/ CEBES, 1998.

COTTA, R.M.M.; SUAREZ-VARELA M.M.; COTTA FILHO J.S.;LLOPIS-GONZALEZ A.; DIAS-RICÓS J.A. REAL E.R. La hospitalización domiciliaria ante los cambios demográficos y nuevos retos de salud. **Rev. Panam. Salud Pública**, 2002; 11:253-61.

COTTA, RMM; SCHOTT M; AZEREDO CM; FRANCESCHINI SCC; PRIORE SE; DIAS G. Organização do trabalho e perfil dos profissionais do programa saúde da família:um desafio na reestruturação da atenção básica em saúde. **Rev. Epidemiologia e serviços de saúde** 2006; 15 (3supp): 7-18.

CHAUI, Marilena de Souza, **Cultura e democracia: o discurso competente e outras falas.** 6. ed. São Paulo: Cortez; 1993.

CHAUÍ, M.; **Convite à filosofia.** São Paulo. Ática, 1994

CREVELIM, M. A.; PEDUZZI, M.. A participação da comunidade na equipe de saúde da família: é possível estabelecer um projeto comum entre trabalhadores e usuários? **Ciência e Saúde Coletiva.** Rio de Janeiro, v. 10, n. 2, p. 323-331, 2005.

CZERESNIA, D. FREITAS, C. M.. **Promoção da saúde: conceitos, reflexões, tendências.** Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2003.

DA ROS M. A.. Políticas públicas de saúde no Brasil. In: BAGRICHEVSKI, M. (Org.). Saúde em debate na Educação Física. Blumenau: **Nova Letra**, 2006. p.44-66.

FERNANDES, G. M. F.; Processo de avaliação humanizado e participativo nos estágios supervisionados de Enfermagem. Florianópolis: UFSC, 1999. **Dissertação** (Mestrado em Assistência de Enfermagem) – Universidade Federal de Santa Catarina, 1999.

FIGUEIREDO J.. **Comunidade cívica, capital social e conselhos de saúde no estado do Rio de Janeiro.** [Dissertação de mestrado] Rio de Janeiro: Escola Nacional de Saúde Pública, Fundação Oswaldo Cruz, 2001.

FLEURY-TEIXEIRA, P. et al.. Autonomia como categoria central no conceito de promoção

de saúde **Ciência & Saúde Coletiva**, 13(Sup 2):2115-2122, 2008

FERNANDES, M. de F. P., FREITAS, G. F. de. Fundamentos da ética. In: OGUISSO, T. e ZOBOLI, E.. **Ética e bioética**: desafios para a enfermagem e a saúde. Barueri: Manoele, p. 27-44, 2006.

FLEURY S. (org.) **Saúde e democracia: a luta do CEBES**. Lemos Editorial, São Paulo, 1997.

FORTES, P. A. de C., SPINETT S. R.; O agente comunitário de saúde e a privacidade das informações dos usuários. **Caderno de Sade Pública**. v. 20 Rio de Janeiro, 2004.

FREIRE, P. **Conscientização: teoria e prática da libertação uma introdução ao pensamento de Paulo Freire**. São Paulo: Moraes, 1980.

FREIRE, P.; Shor, I. **Medo e ousadia – o cotidiano de um professor**. Rio de Janeiro: Paz e Terra, 1986.

_____ **Pedagogia do oprimido**. 21. ed. Rio de Janeiro: Paz e Terra, 1987.

_____ **A importância do ato de ler: em três artigos que se complementam**. Coleção polêmicas de nosso tempo. 23 ed. São Paulo: Cortez Editora, 1989.

_____ **Pedagogia do oprimido** 21 ed. São Paulo: Paz e Terra, 1993

_____ **Educação e mudança**. 21. ed. São Paulo: Paz e Terra, 1997a.

_____ **Pedagogia da autonomia**. 2 . ed. São Paulo: Paz e Terra, 1997b.

_____ **Pedagogia da esperança**. São Paulo: Paz e Terra, 1997c.

_____ O que é um grupo? In: GROSSI, E.P.; BORDIN, J. **Paixão de aprender**. Petrópolis: Vozes, 2000.

_____ **Política e educação: ensaios**. 7. ed. São Paulo: Cortez, 2003.

GADOTTI, M. **Freire, P.** – Uma Biobibliografia. 1ª reimpressão. São Paulo: Ed. Cortez, 1997.

GASPAR, Tânia et al.. Desvantagem socio-económica, etnicidade e consumo de álcool na adolescência. **Análise Psicológica**, v.24, n.4, p.495-508, Out 2006.

GASPARI, E. HOLLANDA, H. B. de e VENTURA, Z. **Cultura em trânsito: da repressão à abertura**. Rio de Janeiro: Aeroplano, 2000.

PORTELA M.C.; LIMA S.M.; BORBA P.R.; VASCONCELOS M.M.; UGÁ, M.A; GERSCHAMAN S.. Caracterização assistencial de hospitais filantrópicos no Brasil. **Saúde pública**. São Paulo, V. 38, n. 6, 2004, p. 811-818. Disponível in: <http://www.fsp.usp.br/rsp>. Acessado em 12 abr de 2008.

GIOVANELLA, L.; DRUMOND, J.; SKABA, M.; SÁ, V. & OLIVEIRA, R., 1996. Equidade em saúde no Brasil. **Saúde em Debate**, 49/50:13-22.

GIORGI, M. D. M. **O idealizado e o realizado no ensino da Enfermagem**. Florianópolis: UFSC, 1997. Dissertação (Mestrado em Assistência de Enfermagem) - Universidade

Federal de Santa Catarina, 1997.

GOHN, M. da G.; Empoderamento e participação da comunidade em políticas sociais. **Saude Soc.**, v.13, n.2, p.20-31, Ago, 2004.

GRIPPO, M. L. V. S. e FRACOLLI, L. A.. Avaliação de uma cartilha educativa de promoção ao cuidado da criança a partir da percepção da família sobre temas de saúde e cidadania. **Rev. Esc. Enferm. USP**, vol. 42, n.3, p.430-436, Set, 2008.

HOLANDA, S. B. de. **Raízes do Brasil**, 9 ed. Rio de Janeiro: J. Olimpio, p.155, 1976.

IBGE Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística, base de dados do Censo de 2007. Brasil, 2007. acessado em [24 de setembro de 2009] e disponível em: <http://www.ibge.gov.br/cidadesat/topwindow.htm?1>

KLEBA, M. E.; COMERLATTO, D. e COLLISELLI, L.. Promoção do empoderamento com conselhos gestores de um pólo de educação permanente em saúde. **Texto Contexto Enferm.**, v.16, n.2, p. 335-342, jun, 2007.

LABRA, M.E. Conselhos de saúde: dilemas, avanços e desafios. In: Lima NT, Greschman S, Elder FC. Saúde e democracia. **Ed. Fiocruz**. 2005, 404p.

LAPIERRE, Judith; MARTIN, ThibaultJ., Martin, T e PERREAULT, Michel.M. Avaliação de um programa de acompanhamento pré-natal em meio carente. **Texto Contexto Enferm.**, Florianópolis,v. 15, n. 4, p.553-561, dez, 2006 Out-Dez, 15(4): 553-61.

LEPARGNEUR, H. **Princípios de autonomia**. Em C de A. Urbin (Org.) Bioética Clínica. Rio de Janeiro: Revinter, 2003.

LIMA, A. C., MORALES, D. A., ZOBOLI E. L. C., SARTÓRIO N. de A.. Problemas éticos na atenção básica: a visão de enfermeiros e médicos. **Cogitare Enferm.** 2009 abr/jun; 14(2):294-303

LONGUI, M.P.. **Participação social**: a comunicação que aproxima e distancia usuários e trabalhadores da saúde da família [Dissertação de Mestrado] PPGEnf Ribeirão Preto:USP, 2009.

MATTOS R. A. A integralidade na prática (ou sobre a prática da integralidade). **Cad. Saúde Pública**, 2004; 20(5):1411-6.

_____. Princípios do Sistema Único de Saúde (SUS) e a humanização das práticas de saúde. **Interface – Comunic., Saude, Educ.**, p.771-80, 2009.

MENDES, E.V., **Uma agenda para a saúde**. São Paulo: Hucitec, 2006. 304p.

MENEGHEL, S. N. et al.. Cotidiano ritualizado: grupos de mulheres no enfrentamento à violência de gênero. **Ciênc. Saúde Coletiva**, v.10, n.1, p.111-118, mar 2005.

MENEGHEL, S. N. et al.. Impacto de grupos de mulheres em situação de vulnerabilidade de gênero. **Caderno Saúde Pública**, v.19, n.4, p.955-963, Ago 2003.

_____. et al. Cotidiano ritualizado: grupos de mulheres no enfrentamento à violência de gênero. **Ciênc. Saúde Coletiva**, v.10, n.1, p.111-118, Mar 2005(a).

MERHY, E. E. A rede básica como eixo do modelo tecno-assistencial do SUS. **Cadernos CEFOR**. Série textos, São Paulo, n. 5, p. 7-29, 1992.

_____. **Reflexões sobre as tecnologias não materiais em saúde e a reestruturação produtiva do setor**: um estudo sobre a micropolítica do trabalho vivo. 2000. Tese [Livre-Docência] – Departamento de Medicina Preventiva e Social, Universidade Estadual de Campinas, Campinas.

MINAYO, Marília Cecília deSouza, **O desafio do conhecimento**. Pesquisa qualitativa em saúde. 8ª ed. São Paulo: HUCITEC, 2004.

MOREIRA, M. R. **Monitoramento e apoio à gestão participativa do SUS**. Entrevista concedida ao jornal enfermeiros de plantão. Set de 2005. Disponível in: <http://www.enfermagembrasileira.blogspot.com/2007/consolidacaodosconselhosmunicipaisdesaude> Acessado em 21 de maio de 2010.

MORIN Edgar. **A cabeça bem feita: repensar a reforma, reformar o pensamento**. Tradução de E. Jacobina. 3ed. Rio de Janeiro:Bertrand Brasil, 2001

MOTTA, C. P. G.; FAHEL, M. C. X.; PIMENTEL, E. C. Desigualdades no acesso aos serviços de saúde da população ocupada: uma análise a partir dos dados das PNADS 1998 e 2003. In: **XVI Congresso da Associação Brasileira de Estudos Populacionais ABEP**, 2008, Caxambu. XVI Congresso da Associação Brasileira de Estudos Populacionais ABEP, 2008.

NEVES, E. T. e CABRAL, I. E.; Empoderamento da mulher cuidadora de crianças com necessidades especiais de saúde. **Texto Contexto Enferm.**, vol. 17, n. 3, p.552-560 set 2008.

Noronha JC, Soares LT. A política de saúde no Brasil nos anos 90. **Ciênc. Saúde Coletiva** 2001; 6(2):445-50.

OIT, Organização Internacional do Trabalho, **Manual de capacitação e informação sobre gênero, raça, pobreza e emprego: guia para o leitor**. Brasília: Organização Internacional do Trabalho, , 2005. 120p.

Organização Pan-Americana de Saúde. **Primeira Conferência Internacional sobre promoção da saúde**. Ottawa, 21 de novembro de 1986. OPAS Disponível in: <<http://www.opas.org.br/coletiva/uploadArq/Ottawa.pdf>> acessado em 21/04/2009.

ORNELAS, J. H. Psicologia Comunitária: contributos para o desenvolvimento de serviços de base comunitária para pessoas com doença mental. **Análise Psicológica**, v. 25, n.1, p. 5-11, jan, 2007.

PAIM, J. S. A reorganização das práticas de saúde em distritos sanitários. In MENDES (Org). **Distritos sanitários**: o processo social de mudanças das práticas sanitárias do Sistema Único de saúde. São Paulo: Hucitec, Rio de Janeiro, Abrasco, 1993 p. 187-220.

_____. Modelos de atenção e vigilância em saúde. In: ROUQUAYROL, M. Z. **Epidemiologia e saúde**. Medsi: Rio de Janeiro, 2003.

PEGO, R. A. ALMEIDA, C. Teoria y práctica de las reformas em los sistemas de salud: los casos de Brasil y Mexico. **Cadernos de Saúde Pública**, 2001; 17(1): 89-97.

POLIT, D. F; BECK, C. T.; HUNGLE, B. P. **Fundamentos de pesquisa em enfermagem**.

Porto Alegre: Art Med, 2004.

PINHEIRO, R.. Em defesa da vida: modelo do Sistema Único de Saúde de Volta Redonda. **Physis**, v.11, n.2, p.123-166, dez, 2001.

PIRES, M. R. G M; Politicidade do cuidado e avaliação em saúde: instrumentalizando o resgate da autonomia de sujeitos no âmbito de programas e políticas de saúde. **Revista Brasileira de Saude Materno Infantil**, v. 5,(.1), p. 71-81, dez, 2005.

RAWLS, J.; **Sobre las libertades**. Barcelona: Paidós, 1990.

RIOS, E. R. G. et al. Senso comum, ciência e filosofia: elo dos saberes necessários à promoção da saúde. **Ciências Saúde Coletiva**, v.12, n. 2, p.501-509, abr 2007.

RONCOLLETA, A. et al.. **Princípios da medicina de família**. São Paulo: Sombramfa, 2002.

SANTO ÂNGELO, Prefeitura Municipal de –INFORMAÇÕES- Site acessado em [12 de setembro de 2009], disponível em: WWW.santoangelo.rs.cnm.org.br

SANTOS, L.R; BENERI, R. L; LUNARDI, V. L., Questões éticas no trabalho da equipe de saúde: o (des) respeito aos direitos do cliente. **Revista Gaúcha de Enfermagem**. Porto Alegre, 2005, dez, 26(3):403-13.

SANTOS, K. C. dos; SOARES, J. F. P.; **A participação dos profissionais enfermeiros na promoção do controle social**. 2008, 59p. [Trabalho de conclusão de Curso de Graduação em Enfermagem], URI- Universidade Regional Integrada do Alto Uruguai e das Missões – Campus de Santo Ângelo, Santo Ângelo-RS, 2008

SCHARAIBER, L. NEMES, M. I. B; GONÇALVES, R. B. M. Saúde do adulto: programas e ações na unidade básica. **Saúde em Debate**. São Paulo: HUCITEC, 1996.

SILVA, A. X. da; CRUZ, E. A.; MELO, V.; A importância estratégica da informação em saúde para o exercício do controle social. **CiênciasSaúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 12, n. 3, 2007. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232007000300018&lng=pt&nrm=iso. Acesso em: 06 Set 2007.

SILVA, L. M. V. da. Avaliação do processo de descentralização das ações de saúde. **Ciências Saúde Coletiva**, v. 4, n. 2, , 1999. p.331-339

SILVA, V. G. B. da e SOARES, C. B.; As mensagens sobre drogas no rap: como sobreviver na periferia. **Ciências Saúde Coletiva**, v. 9, n. 4, p.975-985, Dez, 2004.

SILVEIRA, R. S. da. **A expressão do caminhar construído junto à equipe de enfermagem de uma unidade cirúrgica sobre o cotidiano do trabalho, com vistas a uma consciência crítica** [Dissertação], Florianópolis, 2000

SILVEIRA, R. S. da **A construção moral do trabalhador de saúde como sujeito autônomo e ético**. Florianópolis (SC): UFSC, 2006.

SIQUEIRA, H. C. H. **Construção de um processo educativo através do exercício da reflexão crítica sobre a Prática Assistencial integrativa com um grupo de enfermeiros de um Hospital Universitário**. Florianópolis: UFSC, 1998. Dissertação (Mestrado em Assistência de Enfermagem) - Universidade Federal de Santa Catarina,1998.

SOARES, J. C. R. de S.; CAMARGO JUNIOR, K. R.I A autonomia do paciente no processo

terapêutico **Interface - Comunicação, Saúde, Educação**, v. 11, n. 21, p. 65-78, jan/abr, 2007.

SOARES, N. V.; LUNARDI, V. L. Os direitos do cliente como uma questão ética. **Revista Brasileira Enfermagem** v. 55, n. 1, p. 64-69, jan./fev, 2002.

STOTZ, E. N.; ARAÚJO, J. W. G.; Promoção da Saúde e Cultura Política: a reconstrução do consenso. **Saúde e Sociedade**, 13(2). p. 5-19, 2004.

TORNQUIST, C. S.. Armadilhas da Nova Era: natureza e maternidade no ideário da humanização do parto. **Revista Estudos Femininos**, v. 10, n. 2, p. 483-492, Jul 2002.

VAN STRALEN C. J.; LIMA, A. M. D.; SOBRINHO D. F.; SARAIVA L. E. S.; VAN STRALEN, T. B. S.; BELISARIO, A. S. Conselhos de saúde: efetividade do controle social em municípios de Goiás e Mato Grosso do Sul. **Ciências Saúde Coletiva**. Set, 2006; 11(3):621-32.

VASCONCELOS, E. M., **O poder que brota da dor e da opressão: empowerment, sua história, teorias e estratégias**. São Paulo:Paulus, p. 383, 2003.

VÁSQUEZ, S. A. **Filosofia da práxis**. 4ed. Rio de Jeniro: Paz e Terra, 1990. 454p.

WEILLER T. H., **O acesso na rede pública no município de Ijuí/RS: um cenário de controvérsias**. Ribeirão Preto, 2008. Tese [Enfermagem em Saúde Pública] USP – Ribeirão Preto.

WENDHAUSEN A. **Micropoderes no cotidiano de um conselho de saúde**. Florianópolis, 1999. 237p. Tese (doutorado em enfermagem).-Programa de pós Graduação em Enfermagem, Universidade Federal de Santa Catarina., Á. L. P.; BARBOSA, T. M. e BORBA, M. C. de. Empoderamento e recursos para a participação em conselhos gestores. **Saúde Sociedade**., v.15, n.3, p.131-144, Dez 2006.

WENDHAUSEN, Águeda L. P.; BARBOSA, Tatiane Muniz e BORBA, Maria Clara de. Empoderamento e recursos para a participação em conselhos gestores. **Saúde soc.**, v.15, n.3, p.131-144, Dez 2006.

APÊNDICES



CEPAS

COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA NA ÁREA DA SAÚDE

Universidade Federal do Rio Grande - FURG

Pró-Reitoria de Pesquisa e Pós-Graduação - PROPESP

Avenida Itália km 08 - Campus Carreiros - Caixa Postal 474 - Rio Grande - RS - CEP: 96201-900

Telefone: 3233 6736 - Fax: 3233 6822

E-Mail: propesp@furg.br Homepage: www.propesp.furg.br

cepas@furg.br
Fone: 32330235

Homepage: www.cepas.furg.br

PARECER Nº 129/ 2009

PROCESSO Nº 23116.007111/2009-91

CEPAS 64/2009

TÍTULO DO PROJETO: "As estratégias para o empowerment e o exercício da autonomia na busca dos direitos à saúde"

PESQUISADOR RESPONSÁVEL: Profa. Rosemary Silva da Silveira

José Francisco Pereira Soares

PARECER DO CEPAS:

O Comitê, reunido em 15/12/2009, por tratar-se de um projeto relevante, seguindo os princípios éticos e metodológicos, considerou-o **APROVADO**.

Segundo normas da CONEP, deve ser enviado relatório de acompanhamento ao Comitê de Ética em Pesquisa, conforme modelo disponível na página <http://www.cepas.furg.br>.

Data de envio do relatório final: julho/2010 (com o prazo máximo de 40 dias após o término do projeto).

Rio Grande, RS, 15/01/2010.

Eli Sinnott Silva
Profa. MSc. Eli Sinnott Silva
Coordenadora do CEPAS

ANEXO



UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO GRANDE – FURG
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM ENFERMAGEM
NÚCLEO DE ESTUDOS E PESQUISAS EM ENFERMAGEM
ESCOLA DE ENFERMAGEM

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

Meu nome é José Francisco Pereira Soares, sou Mestrando do Programa de Pós-Graduação em Enfermagem da Universidade Federal do Rio Grande/FURG. Considerando a Resolução n. 196, de 10 de outubro de 1996, do Conselho Nacional de Saúde e as determinações do Comitê de Ética em Pesquisa na Área da Saúde – CEPAS da FURG, tenho o prazer de convidá-lo (a) a participar da pesquisa intitulada: “ESPAÇO DE AÇÃO-REFLEXÃO-AÇÃO COM USUÁRIOS ACERCA DO CONTROLE SOCIAL NO SUS”.

Este estudo tem como objetivo geral: “construir um espaço de ação-reflexão-ação coletiva com os usuários da rede básica, que permita refletir a sua condição de autonomia e participação no controle social”.

A pesquisa será desenvolvida de janeiro de 2010 a junho de 2010. A metodologia adotada prevê a realização deste estudo numa abordagem qualitativa, utilizando-se da técnica de Círculos de Cultura para a coleta de dados. Previamente, serão apresentados os objetivos e a metodologia do estudo.

Os encontros com os usuários serão realizadas em momentos previamente agendados com estes, em horário e local em conformidade com o seu interesse e disponibilidade e, mediante a sua autorização e indicação para o encontro, bem como, com o seu consentimento para o uso do gravador durante a realização dos grupos.

Todas as informações obtidas no processo de coleta de dados serão confidenciais, garantindo-se a privacidade individual e o anonimato dos sujeitos envolvidos, sendo utilizadas exclusivamente para o desenvolvimento desta pesquisa.

Para o alcance do objetivo proposto para esta pesquisa é imprescindível a sua participação. Entre os benefícios do estudo, visualiza-se que os resultados possam se constituir em subsídios para a elaboração de estratégias que visem fortalecer a autonomia e a participação dos usuários no controle social do SUS. Sua participação nesta pesquisa é completamente voluntária. Sua decisão em não participar ou em retirar-se em qualquer fase do processo não terá nenhuma implicação para você. Caso você tenha ainda alguma dúvida em relação à pesquisa, ou quiser desistir, em qualquer momento, poderá comunicar-se pelo telefone abaixo

ou fazê-lo pessoalmente. Agradeço antecipadamente a atenção dispensada e coloco-me à sua disposição para quaisquer esclarecimentos.

Atenciosamente,

José Francisco Pereira Soares

Rosemary Silva da Silveira

Responsáveis pelo Trabalho:

Mestrando José Francisco Pereira Soares

E-mail: fpsoa@ibest.com.br

Tel: (55) 99220371

Orientadora: Rosemary Silva da Silveira

E-mail: anacarol@mikrus.com.br

Eu, _____ de acordo com o presente Consentimento Livre e Esclarecido, declaro estar devidamente informado (a) sobre a natureza da pesquisa, intitulada: “Espaço de ação-reflexão-ação com usuários acerca do controle social no sus”.

Fui igualmente esclarecido (a) do objetivo proposto e metodologia que será desenvolvida nessa pesquisa. Concordo em participar dela e que as informações que eu prestar sejam utilizadas em sua realização.

Nome do participante: _____

Assinatura do participante: _____

Assinatura da responsável: _____

Local e data: _____

Nota: O presente Termo terá duas vias, uma ficará com a pesquisadora e a outra via com o participante da pesquisa.