



UNIVERSIDADE FEDERAL DA FRONTEIRA SUL
CAMPUS PASSO FUNDO
RESIDÊNCIA MULTIPROFISSIONAL EM SAÚDE
ÁREA DE CONCENTRAÇÃO: ATENÇÃO BÁSICA

BÁRBARA KAWANA HAUPT SANTOS

PARTICIPAÇÃO SOCIAL NA PERCEPÇÃO DE TRABALHADORAS/ES DE
UMA ESTRATÉGIA SAÚDE DA FAMÍLIA

PASSO FUNDO - RS

2022

BÁRBARA KAWANA HAUPT SANTOS

**PARTICIPAÇÃO SOCIAL NA PERCEPÇÃO DE TRABALHADORAS/ES DE
UMA ESTRATÉGIA SAÚDE DA FAMÍLIA**

Trabalho de Conclusão de Residência, apresentado ao Programa de Residência Multiprofissional em Área da Saúde: Área de Concentração Atenção Básica/Saúde da Família e Comunidade, da Universidade Federal da Fronteira Sul, Campos, Campus Passo Fundo, RS, como requisito parcial para obtenção do título de especialista em Atenção Básica/Saúde da Família e Comunidade.

Orientadora: Prof. Dra. Renata dos Santos Rabello

Coorientadora: Ms. Sandra Mara Setti

PASSO FUNDO - RS

2022

Bibliotecas da Universidade Federal da Fronteira Sul - UFFS

Santos, Bárbara Kawana Haupt
PARTICIPAÇÃO SOCIAL NA PERCEPÇÃO DE TRABALHADORAS/ES
DE UMA ESTRATÉGIA SAÚDE DA FAMÍLIA / Bárbara Kawana
Haupt Santos. -- 2022.
130 f.:il.

Orientadora: Doutora Renata dos Santos Rabello
Co-orientadora: Mestre Sandra Mara Setti
Trabalho de Conclusão de Curso (Especialização) -
Universidade Federal da Fronteira Sul, Residência
Multiprofissional em Saúde, Passo Fundo, RS, 2022.

1. Participação Social. 2. Estratégia Saúde da
Família. 3. Controle Social. 4. Educação Permanente. 5.
Formação Profissional em Saúde. I. Rabello, Renata dos
Santos, orient. II. Setti, Sandra Mara, co-orient. III.
Universidade Federal da Fronteira Sul. IV. Título.

Elaborada pelo sistema de Geração Automática de Ficha de Identificação da Obra pela UFFS
com os dados fornecidos pelo(a) autor(a).

BARBÁRA KAWANA HAUPT SANTOS

**PARTICIPAÇÃO SOCIAL NA PERCEPÇÃO DE TRABALHADORAS/ES DE UMA
ESTRATÉGIA SAÚDE DA FAMÍLIA**

Trabalho de Conclusão de Residência, apresentado ao Programa de Residência Multiprofissional em Saúde, Área de Concentração: Atenção Básica da Universidade Federal da Fronteira Sul, como requisito parcial para obtenção do título de Especialista.

Este Trabalho de Conclusão de Residência foi defendido e aprovado pela banca em 14/02/2022, conforme Ata nº 01/2022.
Em função da Pandemia do Coronavírus e as medidas de afastamento tomadas pela UFFS, esse Termo foi assinado apenas pelo Presidente da Banca

BANCA EXAMINADORA



Dra. Renata dos Santos Rabello
Orientadora

Ma. Sandra Mara Setti
Coorientadora

Profa. Ma. Eliana Sardi Bortolon – IDEAU
Membro examinador

Profa. Dra. Vanderleia Laodete Pulga – UFFS
Membro examinador

RESUMO

Esta pesquisa, intitulada “Participação Social na Percepção de Trabalhadoras/es de uma Estratégia Saúde da Família”, se configura como o Trabalho de Conclusão de Residência (TCR) do Programa de Residência Multiprofissional em Saúde – Atenção Básica/Saúde da Família e Comunidade, da Universidade Federal da Fronteira Sul, campus Passo Fundo. A elaboração e desenvolvimento da pesquisa ocorreu de março de 2020 a fevereiro de 2022. Fez parte do componente curricular “Pesquisa em Saúde, Projeto de Intervenção e Trabalho de Conclusão de Curso”, dividido em quatro capítulos/semestres: TCR I - Diagnóstico Territorial; TCR II - Projeto de Pesquisa-intervenção; TCR III - Relatório do Trabalho de Campo e Percurso da Pesquisa-intervenção; e TCR IV - Artigo Científico. Este trabalho, constitui-se da integração desses capítulos. A pesquisa realizada, foi qualitativa de caráter exploratório e descritivo, do tipo pesquisa-ação, onde a pesquisadora se propôs a dialogar com as/os trabalhadoras/es de uma ESF sobre a participação social no SUS. Buscou conhecer a percepção que essas/es possuíam em relação à participação social, e sensibilizá-las/os em relação ao tema, por meio de entrevista semiestruturada e três encontros de Educação Permanente no serviço de saúde. Identificou-se, que as/os trabalhadoras/es percebem a participação social como as diversas formas que as pessoas conseguem contribuir com a comunidade, na resolução de problemas ou proporcionando bem-estar, através do envolvimento em ações e atividades coletivas, sociais e solidárias, em prol de um bem-comum. Associada de modo geral, aos grupos da ESF e ao CLS. Demonstraram, fragilidade na compreensão da participação não institucionalizada (ampliada) e na aplicação desta na prática profissional. Assim, a participação social acaba por não ser desenvolvida em sua amplitude, em ações de promoção, prevenção, comunicação, informação e em sua dimensão individual e relacional, e por vezes, sendo vista reduzida aos espaços formais de controle social.

Palavras-chave: Controle Social. Participação da Comunidade. Educação Permanente. Formação Profissional em Saúde. Atenção Básica à Saúde.

ABSTRACT

This research, entitled “Social Participation in the Perception of Workers of a Family Health Strategy”, is configured as the Residency Completion Work (CCT) of the Multiprofessional Health Residency Program – Primary Care/Family and Community Health, from the Federal University of Fronteira Sul, Passo Fundo campus. The elaboration and development of the research took place from March 2020 to February 2022. It was part of the curricular component “Health Research, Intervention Project and Course Completion Work”, divided into four chapters/semesters: TCR I - Territorial Diagnosis; TCR II - Research-Intervention Project; TCR III - Fieldwork Report and Intervention Research Path; and TCR IV - Scientific Article. This work consists of the integration of these chapters. The research carried out was qualitative, exploratory and descriptive, of the action-research type, in which the researcher proposed to dialogue with the workers of an ESF about social participation in the SUS. It sought to know the perception that these women had in relation to social participation, and to sensitize them in relation to the theme, through semi-structured interviews and three Permanent Education meetings in the health service. It was identified that the workers perceive social participation as the various ways that people can contribute to the community, in solving problems or providing well-being, through involvement in collective, social and solidarity actions and activities. , for the common good. Generally associated with ESF groups and CLS. They demonstrated fragility in understanding non-institutionalized (expanded) participation and in its application in professional practice. Thus, social participation ends up not being developed in its breadth, in actions of promotion, prevention, communication, information and in its individual and relational dimension, and sometimes, being seen reduced to formal spaces of social control.

Keywords: Social Control. Community Participation. Permanent Education. Professional Training in Health. Primary Health Care.

SUMÁRIO

1 CAPÍTULO I - DIAGNÓSTICO TERRITORIAL	11
1.1 APRESENTAÇÃO DA RESIDÊNCIA	11
1.2 MUNICÍPIO DE MARAU-RS.....	12
1.2.1 Aspectos geográficos.....	12
1.2.2 Indicadores demográficos	12
1.2.3 Análise socioeconômica	13
1.2.4 Recursos sócio-culturais.....	13
1.2.5 Análise socioambiental.....	14
1.2.6 Aspectos educacionais	15
1.2.7 Assistência à saúde	15
1.3 ESF SÃO JOSÉ OPERÁRIO: CAMPO DE PRÁTICAS EM SAÚDE.....	16
1.4 APRESENTAÇÃO DA ESF SÃO JOSÉ OPERÁRIO.....	21
1.4.1 Perfil dos usuários	24
1.4.3 Iniciando a residência junto à pandemia da COVID-19.....	34
1.5 PROPOSTA DE INTERVENÇÃO	37
REFERÊNCIAS	39
2 CAPÍTULO II – PROJETO PESQUISA-INTERVENÇÃO.....	42
RESUMO.....	42
1 INTRODUÇÃO	44
1.1 TEMA.....	45
1.1.1 Problemas de pesquisa	45
1.2 OBJETIVOS.....	45
1.2.1 Objetivo geral.....	45
1.2.2 Objetivos específicos.....	46
1.3 JUSTIFICATIVA	46

2.1 A TRAJETÓRIA DA PARTICIPAÇÃO SOCIAL NO SUS.....	48
2.2 CONSELHOS DE SAÚDE.....	49
2.3 A PARTICIPAÇÃO SOCIAL NA ESF.....	50
3.1 TIPO DE ESTUDO.....	53
3.2 LOCAL E PERÍODO DE REALIZAÇÃO.....	54
3.3 SUJEITOS DA PESQUISA.....	54
3.4 VARIÁVEIS E INSTRUMENTOS DE COLETA DE DADOS.....	54
3.4.1 Instrumentos de coleta de dados.....	55
3.4.2 Logística do estudo.....	56
3.5 PROCESSAMENTO E ANÁLISE DOS DADOS.....	59
3.6 ASPECTOS ÉTICOS.....	59
3.7 RESULTADOS ESPERADOS.....	61
4 RECURSOS.....	62
5 CRONOGRAMA.....	63
REFERÊNCIAS.....	64
APÊNDICE.....	68
APÊNDICE A – TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO	68
APÊNDICE B – QUESTIONÁRIO SOCIODEMOGRÁFICO - CARACTERIZAÇÃO DOS/AS TRABALHADORES/AS DA PESQUISA.....	72
APÊNDICE C – ENTREVISTA SEMIESTRUTURADA - PERCEPÇÃO DE TRABALHADORES/AS DA SAÚDE SOBRE A PARTICIPAÇÃO SOCIAL.....	74
APÊNDICE D – DIÁRIO DE CAMPO.....	75
ANEXO.....	76
ANEXO 1 – TERMO DE CIÊNCIA E CONCORDÂNCIA DA INSTITUIÇÃO ENVOLVIDA.....	76
3 CAPÍTULO III - RELATÓRIO DO TRABALHO DE CAMPO E PERCURSO DA INTERVENÇÃO.....	78

3.1. INTRODUÇÃO.....	78
3.2 LOGÍSTICA E AS ETAPAS DA COLETA DE DADOS.....	79
3.2.1 Logística prévia a coleta de dados.....	79
3.2.1.1 Suporte da equipe de pesquisa e contato com a equipe da unidade	80
3.2.2 Instrumentos de coleta de dados	82
3.2.3 Perdas e inclusão de trabalhadores/as	85
3.2.4 Preparação e organização do banco de dados	86
3.3 POTENCIALIDADES E DESAFIOS NA COLETA DE DADOS	87
3.4 RELATO E DESCRIÇÃO DA INTERVENÇÃO	89
3.4.1 1º Encontro de Educação Permanente – 14/05/2021	90
3.4.2 2º Encontro de Educação Permanente – 28/05/2021	95
3.4.3 3º Encontro de Educação Permanente – 11/06/2021	99
3.5 CONSIDERAÇÕES FINAIS DO TRABALHO DE CAMPO	103
APÊNDICES	104
APÊNDICE A – QUESTIONÁRIO SOCIODEMOGRÁFICO - CARACTERIZAÇÃO DOS/AS TRABALHADORES/AS DA PESQUISA.....	104
APÊNDICE B – ENTREVISTA SEMIESTRUTURADA - PERCEPÇÃO DE TRABALHADORES/AS DA SAÚDE SOBRE A PARTICIPAÇÃO SOCIAL.....	106
APÊNDICE C – DIÁRIO DE CAMPO	107
4. CAPITULO IV – ARTIGO CIENTÍFICO.....	108
PARTICIPAÇÃO SOCIAL NA PERCEPÇÃO DE TRABALHADORAS/ES DE UMA ESTRATÉGIA SAÚDE DA FAMÍLIA	108
Introdução	110
Metodologia.....	111
Resultados.....	113
Dimensões.....	116
Conhecimento das/os trabalhadoras/es da ESF sobre a participação social.....	117

Experiências e a atuação profissional em relação à participação social.....	118
Os desafios no fortalecimento da participação social no SUS	119
Discussão.....	120
Considerações finais	125
Referências	126

1 CAPÍTULO I - DIAGNÓSTICO TERRITORIAL

1.1 APRESENTAÇÃO DA RESIDÊNCIA

De acordo com o Regimento da Comissão de Residência Multiprofissional em Saúde da Universidade Federal da Fronteira Sul (COREMU/UFFS), os Programas de Residência em Área Profissional da Saúde ocorrem no formato multiprofissional e uniprofissional, às categorias profissionais da Área de Saúde, exceto medicina. São regidos pela Lei Federal n.º 11.129, de 30 de junho de 2005; a Portaria Interministerial nº 1.077, de 12 de novembro de 2009; a Portaria Interministerial MEC/MS Nº 16, de 22 de dezembro de 2014 e a Resolução nº 1, de 21 de julho de 2015.

As Residências em Área Profissional da Saúde são uma modalidade de ensino de pós-graduação lato sensu, com carga horária total de 5.760 horas durante 24 meses (60 horas semanais - 80% da carga horária total em atividades práticas ou teórico-práticas e 20% da carga horária total em atividades teóricas ou de orientação à pesquisa). As residências se caracterizam pela atuação multiprofissional e interdisciplinar, através da educação em serviço, sob a supervisão docente assistencial (tutoria e preceptoria). Norteiam-se pelos princípios e diretrizes do Sistema Único de Saúde (SUS), avaliando as necessidades locais e regionais para a condução da prática.

A Universidade Federal da Fronteira Sul (UFFS), Campus Passo Fundo, tem seu programa de residência aprovado desde dezembro de 2014. Oferece a Residência em Área Profissional da Saúde na modalidade multiprofissional aos seguintes núcleos profissionais: *enfermagem, farmácia e psicologia*. O campo de prática ocorre na Atenção Básica do município de Marau, em duas Estratégias Saúde da Família (ESF), mais especificamente ESF Santa Rita e ESF São José Operário.

No art. 4º do Regimento da COREMU da UFFS, é apresentado o desenvolvimento de pesquisas como um dos objetivos gerais da Residência, com o intuito de aprimorar e qualificar a capacidade de análise, o perfil ativo e propositivo dos profissionais na construção de ações que favoreçam a realização dos princípios e diretrizes do SUS. Assim, o presente trabalho seguiu esse objetivo ao avaliar as necessidades locais em saúde

a partir do diagnóstico territorial, para posteriormente apresentar e realizar a pesquisa intervenção, parte do Trabalho de Conclusão de Residência.

1.2 MUNICÍPIO DE MARAU-RS

O território de Marau antes de 1827, fazia parte da província jesuítica chamada de Missões Orientais do Uruguai, formada por índios guaranis e coroados. Por volta de 1904, recebeu descendentes de imigrantes italianos, e em 28 de fevereiro de 1955 foi fundada oficialmente. Seu nome é decorrente do cacique Marau, esse morreu em combate com os brancos às margens do rio que passou a ser denominado de Rio Marau, assim como as imediações do rio (PREFEITURA MUNICIPAL DE MARAU, 2020).

1.2.1 Aspectos geográficos

O município está localizado na Região Norte do Estado do Rio Grande do Sul, região do Planalto Médio, conhecida como “Região da Produção”. Está a 269 Km de Porto Alegre e 28 Km de Passo Fundo (PREFEITURA MUNICIPAL DE MARAU, 2017).

1.2.2 Indicadores demográficos

Segundo dados do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE), a população do município é superior a 41.059 habitantes. Porém, no último censo oficial realizado em 2010, Marau contava com 36.364 habitantes. A distribuição por sexo indicava população masculina correspondente a (49,6%) e a feminina a (50,4%). A população urbana correspondia a 31.558 habitantes (87%), enquanto a rural à 4.806 habitantes (13%) (IBGE, 2017).

As mulheres em idade fértil (10 a 49 anos) correspondem a 58% da população feminina do município. A população jovem (15 a 24 anos) somada a população jovem-adulta (15 a 59 anos) corresponde 86,56%. A população idosa (acima dos 60 anos) totaliza 11%. A expectativa de vida está pouco acima da média do Estado 75,9 anos (PREFEITURA MUNICIPAL DE MARAU, 2017).

1.2.3 Análise socioeconômica

O Produto Interno Bruto é superior a R\$ 1.652.319,99. Tem parcela significativa da indústria (principalmente frigorífica, metal-mecânica e couros), correspondendo a 45,5% de participação na economia do PIB. O setor de serviços corresponde a 35,7%, e a agricultura se mantém ocupando uma parcela significativa dos trabalhadores. No ranking nacional, o município se encontra entre os PIB municipais em 443º lugar e no estadual em 39º lugar conforme dados de 2013(DATASUS 2013, apud PREFEITURA MUNICIPAL DE MARAU, 2017).

1.2.4 Recursos sócio-culturais

Marau inaugurou em 2012, a Casa da Cultura, esta conta com 750 lugares e uma adequada infraestrutura. É um espaço público destinado a realização de diversos tipos de eventos, e se torna um incentivo a valorização da cultura. Possui a Rota das Salamarias, que traz a herança cultural, onde é possível percorrer trilhas ecológicas, desfrutar de cachoeira, saborear bebidas, comidas e produtos coloniais.

Outro ponto sócio-cultural é o Parque Municipal Lauro Ricieri Bortolon. Local onde ocorre as feiras, como a Expomarau e o Rodeio Crioulo, mas também um espaço que a comunidade faz uso de sua estrutura para diversas outras atividades, a ponto de transformá-lo em um símbolo da comunidade marauense. Atualmente o Parque recebe eventos dos mais variados setores, devido a estrutura que foi montada ao longo dos anos (PREFEITURA MUNICIPAL DE MARAU, 2020).

1.2.5 Análise socioambiental

O Plano Municipal de Marau (2017), aponta vários aspectos socioambientais do município, informando que Marau tem 5.200 hectares de matas nativas, possui diversos rios e córregos, mas sendo os principais: Rio Marau, Rio Capingui e Rio Jacuí. Há diversas fontes de água que favorecem o abastecimento de propriedades rurais (para as lavouras, animais e atividades domésticas).

Marau, a partir dos anos 70, cresceu de forma rápida e desordenadamente, e a infraestrutura de saneamento não acompanhou tal crescimento. A maior parte da cidade ainda usa rede de esgoto mista (cloacal e pluvial). Em torno de 42,1% das residências usam o sistema de fossa séptica, e aproximadamente 55,6% dos bairros estão sendo investidos de rede de esgoto.

O abastecimento de água da cidade é feito pela Corsan, abrangendo 75,7% da população. Porém, há vários poços artesianos e nascentes no interior, que perfaz um total de 24,1%. Em relação ao lixo que é coletado diariamente, esse chega a 22 toneladas. Dessas 96,5% é coletada por empresa terceirizada, e 3,5% tem outro destino (queimado, enterrado ou a céu aberto). A mesma empresa também é responsável pela coleta seletiva (DATASUS 2013, apud PREFEITURA MUNICIPAL DE MARAU, 2017).

As formas de poluição ambiental no município se dão pelo uso de agrotóxicos, poluição de cursos d'água, resíduos sólidos ou efluentes líquidos industriais, pedreiras, queimadas, etc. As empresas de grande porte são licenciadas pela Fundação Estadual de Proteção Ambiental - RS (FEPAM), quanto ao destino dos resíduos sólidos e efluentes líquidos lançados nos recursos hídricos. A utilização de agroquímicos é orientada principalmente por técnicos da Empresa de Assistência Técnica e Extensão Rural e Meio Ambiente (EMATER).

Os Resíduos Hospitalares (infectantes e perfuro cortantes) são recolhidos pela Empresa STERYCLE - Município de Santa Maria – RS. Os resíduos são depositados na Central de Tratamento de Resíduos de Saúde, com licença de operação da FEPAM por meio de autoclavagem para uma quantidade de resíduos de 48 toneladas por mês e Aterro Especial, para uma quantidade de 97,5 m³ de resíduos, por unidade construída, localizada no município de Santa Maria – RS (PREFEITURA MUNICIPAL DE MARAU, 2017).

1.2.6 Aspectos educacionais

O município possui entre as Escolas Municipais: 11 de Ensino Fundamental; 01 de Educação de Jovens de Adultos (EJA); e, 12 de Educação Infantil. Possui 04 Escolas Estaduais e 02 Escolas Particulares (PREFEITURA MUNICIPAL DE MARAU, 2020).

Também possui atendimento a alunos com limitações/dificuldades de aprendizagem junto a duas escolas do município, Escola Pedro Rigo e Higinio Coelho Portela. O município conta com a Associação de Pais e Amigos dos Excepcionais (APAE). Dispõe de um Centro de Lazer e Convivência, para a população idosa, onde são realizadas atividades de cultura e recreação a uma população de 930 pessoas aproximadamente (isso anteriormente à pandemia, visto que os dados foram retirados do Plano Municipal de Saúde de 2018 - 2021) (PREFEITURA MUNICIPAL DE MARAU, 2017).

Ainda é oferecido, um Centro de Referência da Criança e Adolescente, o Programa AABB Comunidade e o Centro Recreativo do Serviço Social da Indústria do Rio Grande do Sul (SESI). A prefeitura também dispõe de transporte escolar que atende várias crianças.

Em relação aos profissionais, em 2017 quando o Plano Municipal foi elaborado, a secretaria contava com 550 professores, 4 psicopedagogos, 120 atendentes, 100 estagiários, 06 auxiliares de serviços gerais, 179 serventes, 1 nutricionista, 1 coordenadora de merenda, 1 fonoaudióloga e 1 especialista em deficiência visual.

1.2.7 Assistência à saúde

A Secretaria Municipal de Saúde presta atendimento à população em 12 Unidades de Saúde da Família, um Posto Central e um Centro de Atenção Psicossocial (CAPS), cadastrados junto ao CNES (Cadastro Nacional Estabelecimentos). Possui o Sistema G-MUS que garante o acesso ao prontuário eletrônico dos usuários nos serviços públicos do município.

Em 2012, Marau deu início ao programa de Residência Multiprofissional com ênfase em Atenção Básica/Saúde da Família e Comunidade, através do processo de descentralização da Residência do Grupo Hospitalar Conceição (GHC), com sede em Porto Alegre. A partir de dezembro de 2014 a Universidade Federal da Fronteira Sul, campus Passo Fundo, deu continuidade a condução da Residência com seu programa aprovado pelo MEC. Atualmente, o programa tem como campo de prática duas ESF do município de Marau, ESF Santa Rita e ESF São José Operário. Nessa última que se desenvolveu a atuação profissional da residente, ao qual o presente diagnóstico território se refere.

1.3 ESF SÃO JOSÉ OPERÁRIO: CAMPO DE PRÁTICAS EM SAÚDE

1.3.1 Análise situacional do território

O território da Estratégia de Saúde da Família São José Operário, abrange a população dos bairros São José Operário, Frei Adelar, Nova Alternativa e Distrito Industrial/Loteamento Busnello. Moram aproximadamente 80 pessoas no Distrito Industrial, porém é um espaço onde não poderia haver habitações, por ser considerada uma área estritamente industrial. De acordo com o art. 2 da lei no 6.803, de 2 de julho de 1980, as zonas de uso estritamente industrial destinam-se, preferencialmente, à estabelecimentos industriais, os quais produzem resíduos sólidos, líquidos e gasosos, ruídos e radiações que podem causar perigo à saúde, ao bem-estar e à segurança das pessoas, mesmo depois da aplicação de métodos adequados de controle e tratamento de efluentes, nos termos da legislação vigente (BRASIL, 1980).



Legenda: “Mapa falante” - atividade realizada junto ao componente curricular Seminário de Campo I.

Fonte: Elaborada pela autora, 2020.

No âmbito educacional, faz parte do território a Escola Municipal de Educação Infantil Monteiro Lobato, a Escola Municipal de Ensino Fundamental Darwin Marosin e o SESI. Porém, não há na área de abrangência da ESF, uma escola que ofereça o ensino médio, precisando os adolescentes se deslocarem para outros bairros para terem acesso.

O SESI, possui parceria com a prefeitura, famílias com até 3 salários mínimos podem fazer uso dos serviços. Se mostra como um suporte muito importante às famílias no cuidado com as crianças, pois oferece atividades no turno inverso ao da escola, entre elas música, robótica e educação física, além de oferecer alimentação (lanches e almoço) e transporte para as crianças. Ainda, um outro serviço que havia sido disponibilizado no início de 2020, mas por conta da pandemia não está ocorrendo, é a Educação de Jovens e Adultos (EJA).

Há também o projeto social “Casa da Criança”, realizado por uma moradora do bairro Nova Alternativa. Oferece aulas de reforço escolar, música e artesanato. Atende em torno de quarenta crianças e adolescentes, é mantido com o dinheiro arrecadado em feiras com a vendas dos artesanatos que produzem.

Quanto aos recursos socioculturais, há no território igrejas, centro espírita, salão comunitário, dois campos de futebol, ginásio de esportes, uma pracinha, áreas verdes (cada bairro tem a sua como parte de preservação do meio ambiente) e uma Academia da Saúde que fica ao lado da ESF. Os bares também são espaços de interação social e lazer, onde principalmente os senhores se encontram para jogar cartas e/ou beber.

Percebe-se a necessidade de investimento e cuidado com os espaços de lazer, como o campo e a pracinha. Junto ao campo de futebol há uma estrutura para banheiros/vestiários, porém com o passar do tempo esses espaços foram vandalizados e se tornaram locais de tráfico e uso de drogas, ou como abrigo a moradores de rua.



Legenda: Academia da Saúde.

Fonte: Elaborada pela autora, 2020.



Legenda: Vestiários do campo de futebol.

Fonte: Elaborada pela autora, 2020.

Em relação aos aspectos socioeconômicos, percebe-se alguns locais mais pobres, casas mais simples e problemas sociais mais presentes, como o tráfico e a prostituição. Mas, avaliando o aspecto socioeconômico a partir dos locais de moradia, a maior parte das residências são em alvenaria e construções mais recentes financiadas pelo Programa Minha Casa Minha Vida. Para ter acesso a esse Programa é necessário ter carteira assinada por pelo menos seis meses e um salário maior ou igual a mil e seiscentos reais. Essas informações sobre a comunidade, se dão a partir do contato com as/os usuárias/os em atendimentos e visitas domiciliares, e pela observação do território.

Percebe-se no contato de atendimentos com as/os usuárias/os, que vários deles trabalham em indústrias e metalúrgicas do município, principalmente em funções operacionais na parte da produção. No território há várias empresas, sendo a Metasa a de maior porte. Entre as menores, há metalúrgicas, indústria de plásticos e de materiais de construção, restaurantes, mercados, bares, fábrica de massas, lojas de confecções e utilidades, entre outras – a maioria de propriedade de moradores do bairro. Os bairros também possuem pontos de reciclagem de lixo, que serve como meio de sustento a moradores.



Legenda: Vista superior da Metasa, localizada no bairro São José Operário.

Fonte: METASA, 2020.

Sobre os aspectos socioambientais, segundo o relato das ACS ao serem realizadas visitas à área de abrangência da ESF para reconhecimento do território, o esgoto é encanado, mas não é tratado. São retirados os resíduos sólidos e o restante é despejado no rio. Há empresas que não fazem o descarte adequado de seus resíduos. Assim, em algumas localidades do rio é possível sentir o mau cheiro. A maioria das casas possui coleta de esgoto, mas nos bairros São José Operário e Nova Alternativa algumas casas possuem fossa séptica.

O abastecimento de água varia de acordo com cada área. Em praticamente todo o município a responsabilidade pelo fornecimento da água é da Companhia Riograndense de Saneamento (Corsan). Embora, nos bairros São José Operário, Nova Alternativa, Busnelo, em parte do Frei Adelar e também no Santa Lúcia o abastecimento ocorre por poços artesianos através da associação de moradores – Associação da Água. Quem realiza a manutenção desses é a Universidade de Passo Fundo (UPF).

Quanto à coleta de lixo, todas as microáreas possuem coleta seletiva de lixo orgânico e reciclável, em dias alternados, e na primeira semana do mês a coleta de

entulhos. Entretanto, encontramos os containers da prefeitura para coleta seletiva distribuídos em apenas algumas ruas. Observou-se durante as visitas domiciliares, que em grande parte das residências as lixeiras são de metal em formato vasado dando vazão a água da chuva, porém em uma minoria as lixeiras são improvisadas, tonéis azuis com o fundo fechado, um modelo inadequado para uso, devido ao acúmulo de água possibilitando a proliferação de mosquitos da dengue.



Legenda: Rio com uma parte sem mata ciliar, e com cor e cheiro de esgoto.

Fonte: Elaborada pela autora, 2020.

1.4 APRESENTAÇÃO DA ESF SÃO JOSÉ OPERÁRIO

A ESF São José Operário foi inaugurada em 2006, na Rua 21 de Maio, 161, Bairro São José Operário. Sua sede ocupa a estrutura da antiga Escola Municipal de Ensino Fundamental Darwin Marosin.

A unidade é composta por 02 consultórios médicos, 01 sala de vacinação, 02 ambulatórios, 01 farmácia, 01 sala de esterilização, 01 almoxarifado, 01 sala de lavagem de materiais, 02 consultórios de psicologia, 01 consultório de odontologia, 01 consultório de enfermagem, 01 recepção, 06 banheiros, e 01 cozinha, essa é também sala de reuniões, pois em seu espaço ocorrem as atividades em grupo.

Observando-se a diferença da estrutura atual em relação ao modelo/padrão estabelecido para as Unidades Básicas de Saúde (UBS), a partir da Autoavaliação para Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica (AMAQ), Dentro das principais necessidades sentidas em relação à estrutura da unidade de saúde, percebe-se a falta de um espaço de reuniões separado da cozinha; uma sala que dê viabilidade para os atendimentos de sintomáticos em tempos de epidemias/pandemias; salas mais amplas, principalmente para a farmácia e para a psicologia; e, a isolamento acústica dos ambientes.

A ESF conta com os seguintes *profissionais*: 07 Agentes Comunitárias de Saúde ACS – 40h (uma está afastada); 01 Auxiliar de Saúde Bucal (ASB) – 20h; 01 administrativo – 40h; 01 dentista – 20h; 01 enfermeira – 40h; 01 farmacêutica – 20h (em decorrência da pandemia, está trabalhando na Farmácia Central do Município); 01 médica 40h; 01 psicóloga – 20h; 02 sanificadoras – 40h; 02 enfermeiras residentes, 02 farmacêuticas residentes, 01 psicóloga residente (residentes com 40h); e, 01 técnica de enfermagem – 40h.



Legenda: Parte da equipe da ESF, foto utilizada em publicação no Facebook.

Fonte: Elaborada pela autora, 2020.

A organização da demanda da ESF se dá através de agendas vinculadas a cada profissional. Por conta da pandemia, houveram momentos que as agendas foram fechadas, mas normalmente são abertas para consultas médicas, odontológicas e coleta de citopatológico. Ocorre o acolhimento a livre demanda realizado principalmente pela enfermagem e farmácia. A psicologia tem um turno específico para o acolhimento às novas demandas que são agendadas. É importante salientar que cada atendimento é registrado no prontuário eletrônico do paciente, através do sistema G-MUS.

É realizado pelo núcleo da psicologia a avaliação dos pacientes que desejam realizar os procedimentos de laqueadura e vasectomia, como parte do processo do Programa de Planejamento Familiar.

A farmácia funciona 20 horas semanais, no período da manhã, para atendimento ao público do território e de outras localidades. No restante do período, as farmacêuticas residentes auxiliam na Farmácia Central (neste período de pandemia), participam de atividades coletivas e realizam visitas domiciliares.

A enfermagem realiza a coleta de citopatológico (CP). Junto desse realizava-se os testes rápidos - rastreamento de doenças infecto contagiosas (hepatite B e C, sífilis e HIV). Porém, devido à grande importância dos testes rápidos para a prevenção dessas doenças, no mês de agosto desse ano, passaram a ser oferecidos a todas/os as/os usuárias/os que vão até a ESF antes das consultas. Os testes rápidos passaram a ser aplicados pelos três núcleos profissionais da residência, no período destinado aos acolhimentos multiprofissionais de cada residente.

As residentes possuem semanalmente a maior parte dos horários para acolhimentos e atendimentos individuais; um turno para cada residente para acolhimentos ou atendimentos multiprofissionais, porém, esses praticamente não ocorrem, apenas a realização dos testes rápidos; um turno para visitas domiciliares; e, em torno de um a dois turnos, conforme a organização e interesse de cada residente, para a realização de outras atividades que visem a promoção e prevenção de saúde (postagens no Facebook, organização de grupos, atividades, vídeos, etc).

Nas sextas-feiras a tarde, pelo período de 2 horas, ocorre a reunião de equipe, para discussão de casos e organização de atividades coletivas. Também são realizadas atividades de educação permanente uma vez ao mês, com temas que perpassam as necessidades da equipe.

Antes da pandemia, a equipe desenvolvia ações programáticas como grupos terapêuticos; programa remédio em casa; visita na primeira semana de vida às puérperas e recém-nascidos; além da participação em atividades intersetoriais, como reuniões da rede de saúde e reuniões de núcleos profissionais. Quanto aos grupos terapêuticos, a ESF contava com grupos de hipertensos e diabéticos, de atividade física, artesanato, de gestante e grupo de cessação de tabagismo. Posteriormente, será melhor apresentado como algumas dessas atividades estão sendo realizadas ou planejadas na pandemia da COVID-19.

Desse modo, a partir da forma de organização das agendas dos profissionais, percebe-se a preponderância das horas de trabalho individual sobre as coletivas; a resistência para a inovação das práticas em saúde; e, a prática voltada mais à demanda do que a prevenção. Entende-se que essas situações decorrem da necessidade de compreender o trabalho multidisciplinar, inter e trans, e da necessidade de conhecer a essência do papel e dos pilares da Atenção Básica.

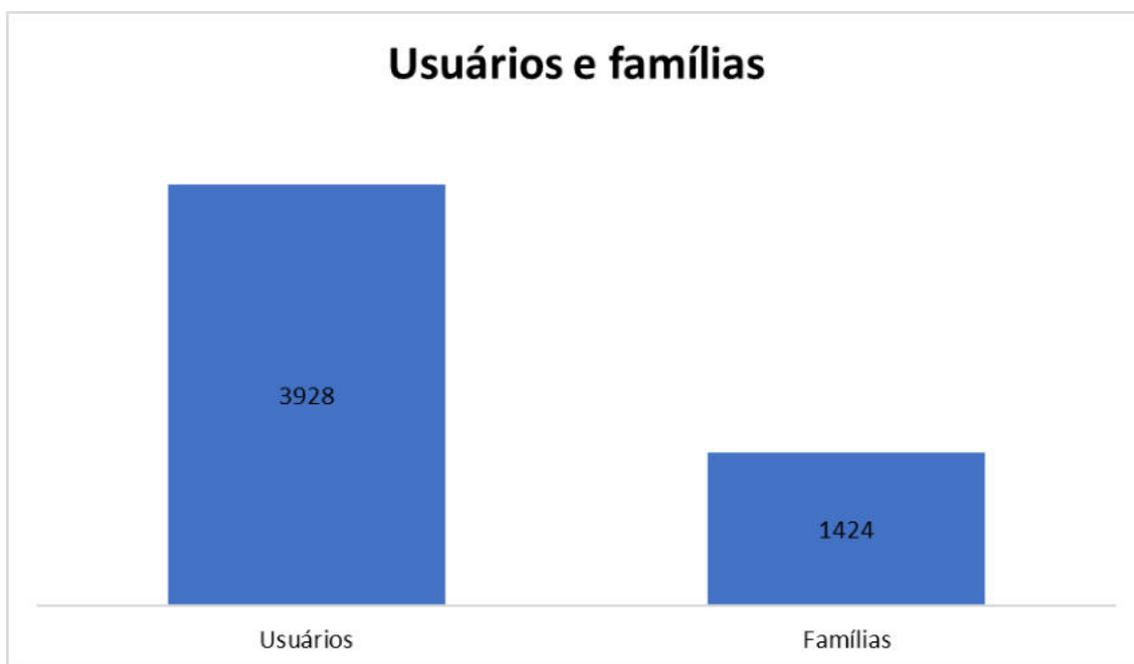
Assim, reconhece-se a importância de discutir e trabalhar com a equipe, sobre a relevância do papel da ESF, dos princípios do SUS, do formato de atuação das/os trabalhadoras/es na constituição dos modelos de atenção em saúde, das práticas multiprofissionais e interprofissionais, das ações de promoção e prevenção à saúde, do direito à saúde, da construção da cidadania e da valorização da participação social. Esses pontos importantes para serem trabalhados de forma permanente com as equipes de saúde.

1.4.1 Perfil dos usuários

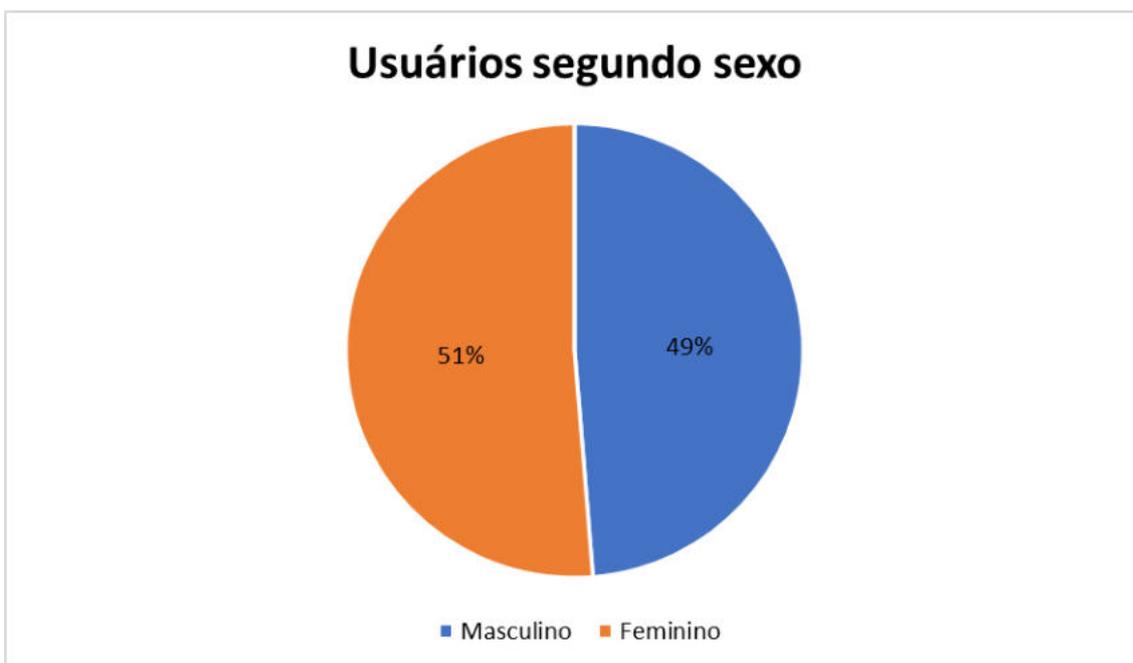
A população adstrita do território da ESF, cadastrada no sistema G-MUS, é de aproximadamente 04 mil usuários. Porém, os profissionais acreditam que seja maior, atingindo cerca de 07 mil. Essa discrepância entre os dados, está relacionada aos períodos em que a ESF ficou sem o número de ACS adequado, não conseguindo realizar e atualizar

o cadastramento da população. A população, mostra-se equilibrada entre homens e mulheres, predominantemente jovem, com a maior concentração de pessoas entre as faixas etárias de 10 a 49 anos.

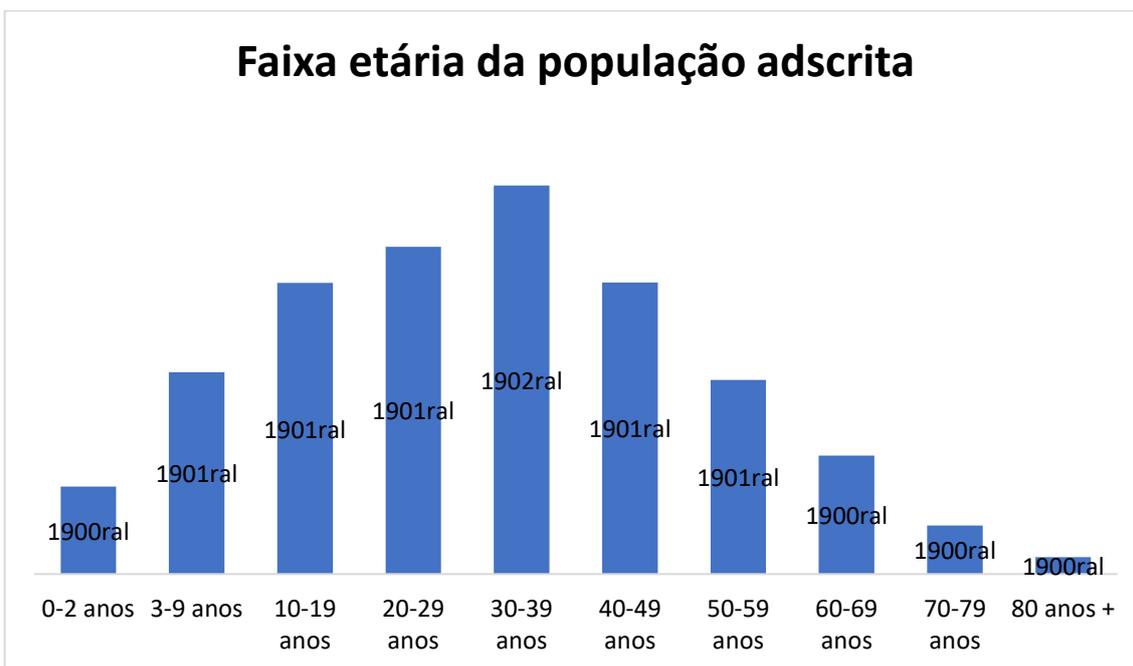
Como reflexo dessa população jovem, em idade fértil/produziva, e também pela mudança frequente de famílias no território, a média de gestantes em acompanhamento geralmente se mantém perto de 40, assim há várias crianças.



Fonte: GESTÃO PM MARAU, 2020.



Fonte: GESTÃO PM MARAU, 2020.

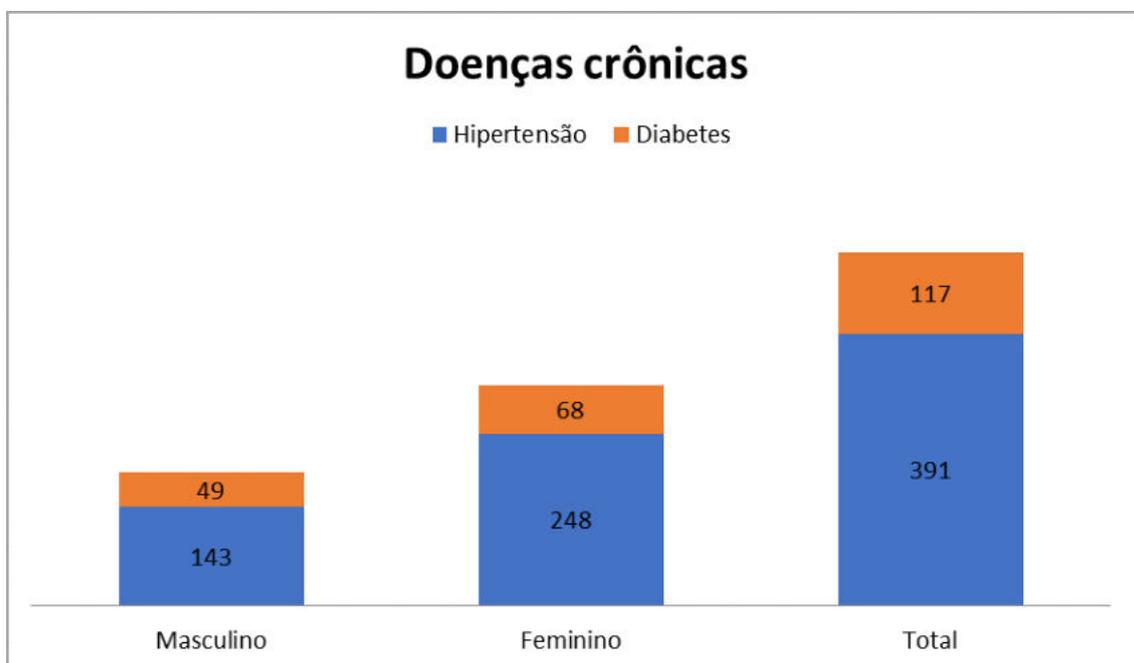


Fonte: GESTÃO PM MARAU, 2020.

Quanto as/aos idosas/os, algumas/ns foram descritos, em diálogo com as/os trabalhadoras/es, como poliqueixosos e hiperfrequentadores, buscando o serviço principalmente para consultas médicas, idas à farmácia e como espaço de socialização. Percebe-se que várias/os dessas/es vivem sozinhas/os, e devido à pandemia não possuem

atividades em grupo das quais possam participar. Mas, não houve em 2020, movimentos diferentes da equipe quanto a isso.

Uma característica muito presente na população é a grande demanda por medicação, tanto medicamentos de uso contínuo, como controlados. Assim, há no território 117 usuários que fazem tratamento para diabetes, e 391 para hipertensão (G-MUS, 2020). Os profissionais entendem que a população espera dos remédios toda a melhora, sem ser preciso mudança nos hábitos de vida (alimentação, exercícios físicos, rotina de sono, etc).



Fonte: GESTÃO PM MARAU, 2020.

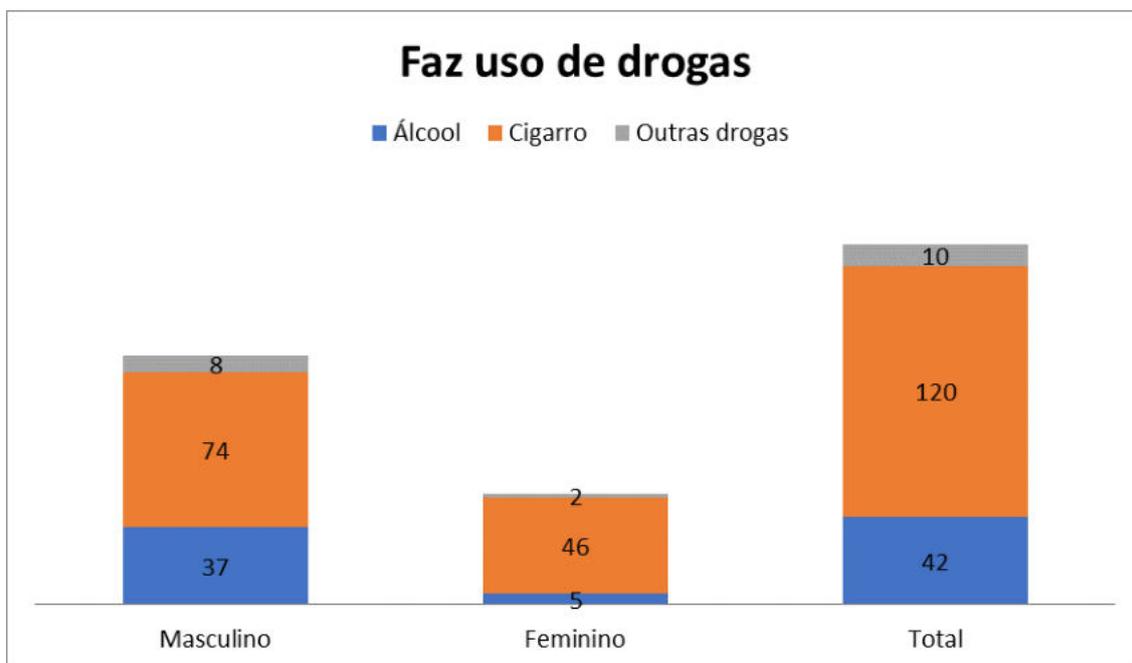
Há registrado no sistema G-MUS, de 34 pessoas que fazem tratamento psiquiátrico ou tiveram alguma internação em saúde mental. Porém, percebe-se um número muito grande de pessoas que vão até a ESF retirar medicamentos controlados, como benzodiazepínicos. As queixas mais comuns são dificuldade para dormir, sintomas depressivos, ansiedade e síndrome do pânico. Verbalizam as/aos trabalhadoras/es em atendimentos e visitas domiciliares, que tomam essas medicações há anos, de forma naturalizada, como remédios de uso contínuo para doenças crônicas, sem uma crítica maior sobre seus efeitos no organismo e sem manifestar desejo de interromper o uso.

Percebe-se também a dificuldade em tomar a medicação de forma correta e o acúmulo de remédios em casa. Assim, observa-se a necessidade do trabalho de atenção farmacêutica para a orientação e organização do uso de medicamentos, e a necessidade do trabalho interdisciplinar com a psicologia para ser trabalhado as causas do uso e os fatores que interferem na adesão aos tratamentos.

Além da grande quantia de medicação, observa-se a forte presença de outras drogas lícitas que a população faz uso, como o álcool e o cigarro, e o forte uso de drogas ilícitas, assim como a presença do tráfico. Em praticamente todos os atendimentos da psicologia, é possível observar algum membro da família que faz uso de drogas ou que esteja envolvido com o tráfico. Não foram realizados trabalhos coletivos com a comunidade sobre o assunto, além de postagem no Facebook. Ao caminhar pelo território, durante as visitas domiciliares, percebemos os adolescentes em grupos e geralmente algum está fazendo uso de tabaco, pode representar uma afirmação social, o sentimento de pertencimento a grupos a partir das drogas (HORTA, et al, 2018).

A partir da fala de algumas/ns usuárias/os em atendimento, percebe-se a insegurança e o medo de denunciar; os comportamentos de codependência familiar e a tentativa de negar a realidade do uso, acentuando os danos; a violência causada pelo contexto do tráfico, trazendo perdas, geralmente de jovens; e os danos emocionais e a exposição social, essa última principalmente das famílias onde há o alcoolismo. Assim, são várias as formas de sofrimento que decorrem.

Porém, os dados do sistema nem sempre condizem com a realidade...



Fonte: GESTÃO PM MARAU, 2020.

Várias são as formas de sofrimento social e diversas as demandas da população na busca por atendimento psicológico na ESF. Porém, evidenciou-se as relações conjugais, a orientação parental e o fortalecimento da figura feminina como temas presentes e que necessitam de atenção, pois deles decorrem outros problemas, por exemplo, o uso abusivo de álcool e outras drogas, já citado.

A partir dos atendimentos psicológicos, foi possível perceber como é comum na população adscrita turnos contrários de trabalho entre os membros das famílias, pois muitos trabalham em indústrias presentes no município. Alguns membros acabam se vendo apenas nos finais de semana. Essa característica favorece o empobrecimento das relações e vínculos familiares, refletindo no relacionamento dos casais e na relação pais e filhos (BRASIL, 2017).

Outros fatores que interferem negativamente sobre a saúde das famílias e dos indivíduos, é a fragilidade dos laços familiares, permeada por uma cultura de traição conjugal e o frequentar casas de prostituição. Decorrente desse contexto e da falta do uso de preservativo, nesse momento, há um aumento significativo nos casos de sífilis no território, essa que é uma Infecção Sexualmente Transmissível (IST).

Há também um grande número de famílias de imigrantes, sendo essas de senegaleses, haitianos e venezuelanos. Percebe-se maior dificuldade no atendimento às mulheres, pois em algumas dessas culturas as mulheres não podem estudar (não sabem ler nem escrever), assim, inviabilizando o uso do Google tradutor nos atendimentos, fazendo ser necessária a presença de um homem da cultura das mesmas.

Um outro assunto que merece atenção, é o aleitamento materno. Percebe-se que quando as mães saem do hospital, depois de ganharem o bebê, já possuem uma receita para a complementação do leite materno. Isso está relacionado ao fato da grande maioria dos partos no município serem por cesárea, interferindo no tempo correto/natural do parto e do processo de aleitamento (Rede, 2019). Porém, é de extrema importância o trabalho de orientação e apoio das/os trabalhadoras/es da ESF com essas mães, para estimular a amamentação no peito, mas também para compreender os motivos pelos quais está se optando pela mamadeira.

Quanto ao território, observou-se a presença de hortas no quintal das residências, porém essas em sua maioria sem uma proteção adequada, ficando expostas a animais que por ventura venham fazer suas necessidades. Dessa forma, essa também se torna uma ação necessária para a transmissão de conhecimentos.

Quanto ao perfil do usuário em relação ao cuidado com o território, denota-se em várias localidades a presença de lixo. Esse é depositado nas ruas, nas calçadas, nos rios, mas principalmente em terrenos sem construção e em áreas verdes dos bairros. Porém, há usuárias/os preocupadas/os e que fazem movimentos de cuidado. Um exemplo disso, é a área verde do bairro Nova Alternativa, três moradoras/es organizaram a “Força Bruta”, um local de lazer onde plantaram árvores frutíferas e construíram uma churrasqueira comunitária, com o intuito de ajudar a população fazer uso do espaço e parar de jogar lixo. Ações como essa podem ser fortalecidas junto com a ESF, temas como alimentação, horta e o lixo podem ser trabalhados e estimulados, construindo um olhar ampliado de saúde.

No mesmo sentido, através de uma ACS, se tem o conhecimento de um usuário que se preocupa com o lixo e cuida de sua rua. Porém, na mesma rua encontram-se tonéis sem vazão para água que são utilizados como lixeiras. Assim, percebe-se a necessidade

do envolvimento da ESF com a população junto às suas necessidades, para que haja trocas na implementação de ideias.

Quanto ao comportamento da população em relação às orientações sobre a COVID-19, percebe-se as/os usuárias/os circulando normalmente em estabelecimentos e áreas públicas, inclusive alguns que estão com a doença. Quando deveriam estar em isolamento, estão indo passear, fazer suas compras, retirar medicamentos, etc. É possível observar também, algumas igrejas que incentivam o cuidado adequado contra o novo coronavírus, mas algumas/ns usuárias/os, em atendimento verbalizaram, que pela fé estarão protegidos. Assim, ao dialogar com essas/es, observa-se que o que motiva esses comportamentos é a falta de confiança nos governantes e autoridades, desacreditam das informações passadas pela mídia, acreditam estar sendo manipulados e por isso não precisam cumprir o que está sendo orientado, preferindo algumas/ns acreditarem em sua fé.

Anteriormente também foi observado que a população deposita na medicação a melhora de suas condições clínicas, dando pouca atenção a mudança de costumes. Nota-se na maioria dos atendimentos, que a alimentação dos usuários é inadequada e poucos praticam alguma atividade física (essa prejudicada nesse momento de pandemia), porém ao serem questionados acreditam estar se alimentando de forma correta.

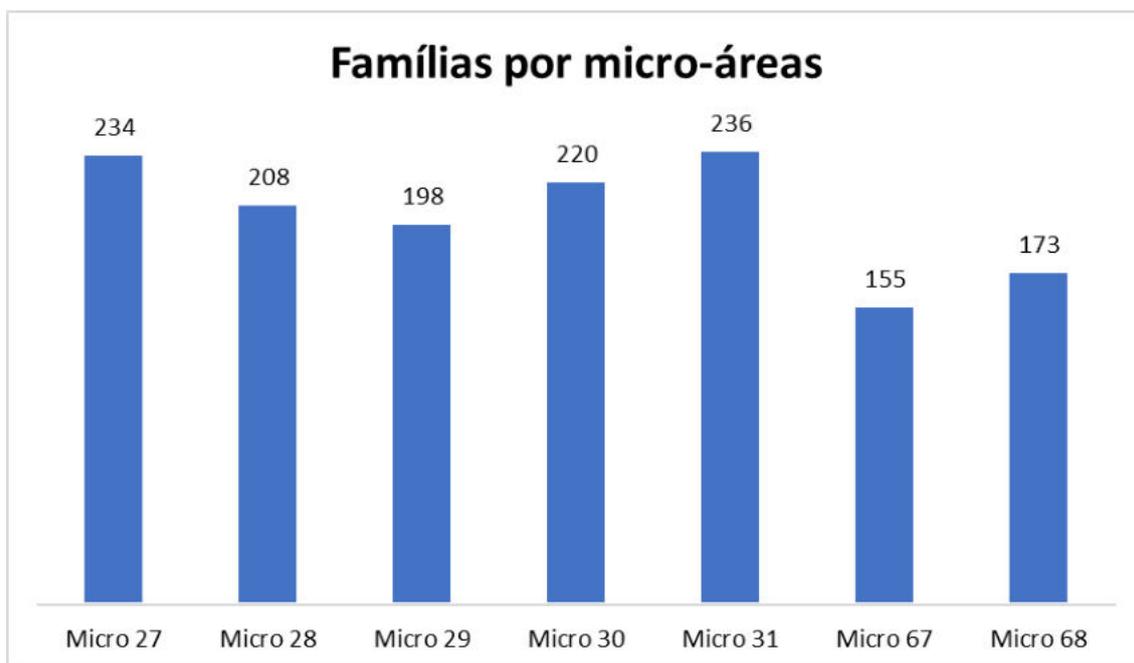
Em relação a esses comportamentos da população, foi possível observar em vários momentos, falas de diferentes profissionais da equipe que acreditavam que “todo mundo sabe o que é importante fazer para se cuidar”, acreditavam que não há o que fazer quando envolve a dimensão individual do cuidado. Mas, ao observar usuários que estão tendo uma alimentação inadequada, porém acreditam estar fazendo o correto, ou quando eles desacreditam das informações passadas em relação ao novo coronavírus, vê-se aí um problema para além da questão individual de escolher ou não se cuidar, mas um problema social, que faz relação com o papel da ESF de responsabilização pelas/os usuárias/os e pelo território (BRASIL, 2017). Dessa forma, o trabalho da ESF está implicado, tanto em ampliar os trabalhos de prevenção para a informação de conhecimentos corretos, como em aproximar-se ainda mais das/os usuárias/os na construção do vínculo e confiança, para ocupar um espaço de autoridade local com credibilidade, favorecendo a adesão da população adscrita às orientações.

Um espaço importante junto à ESF seria o Conselho Local de Saúde (CLS), para dialogar essas e outras necessidades da comunidade, e para construir possibilidades de atuação e de vínculo. A ESF tinha um CLS instituído, porém inativo por conta da pandemia da Covid-19. Entretanto, as/os trabalhadoras/es expressaram, algumas vezes em reunião de equipe, o pensamento de descrédito em relação a esse espaço, não acreditavam que ele pudesse realmente ocorrer. Verbalizaram já terem tentado realizar o CLS de diversas formas, inclusive itinerante, indo um mês em cada bairro, mas que também não deu certo. Referiam que a comunidade não participava das reuniões, convidavam e divulgavam, mas vinha apenas um, dois ou três usuárias/os. Outro fator apontado e criticado pelas/as trabalhadoras/es, é o fato das/os usuárias/os trazerem apenas demandas individuais a esse espaço, e não demandas coletivas que beneficiassem a toda a comunidade.

Dessa forma, percebe-se vários problemas em saúde e também a falta de um CLS instituído e ativo, onde equipe e população possam dialogar e construir ações para suas necessidades sociais. É importante trabalhar a visão da equipe, tanto para possibilitar novas formas de compreender o cuidado, como para a ativação, condução e fortalecimento do CLS. A estruturação desse, pode perpassa antes a equipe, pela forma como essa conduz a sua prática profissional junto as/aos usuárias/os e à comunidade.

1.4.2 Microáreas

A área de abrangência da ESF ocupa os bairros São José Operário, Frei Adelar, Nova Alternativa e o loteamento Busnello/área Industrial, esses se subdividem em sete microáreas (27, 28, 29, 30, 31, 67 e 68), cada uma tendo uma Agente Comunitária de Saúde (ACS) como responsável, procurando ser feita uma divisão entre o número de famílias de cada área.



Fonte: GESTÃO PM MARAU, 2020.

A diferença entre a população de cada bairro reflete no trabalho das ACS. Os bairros Nova Alternativa e Frei Adelar, em especial, apresentam população predominantemente jovem, assim nos horários que as agentes fazem visitas a maior parte das pessoas estão trabalhando, ou estão em casa cumprindo suas responsabilidades antes de irem trabalhar, sendo mais difícil para as agentes serem recebidas.

Já o bairro São José Operário, esse é o mais antigo entre os outros três e possui uma população mais idosa. Grande parte dos moradores possuem casa própria e moram há anos no bairro. Esses estão aposentados e a maioria passam o dia sozinhos ou moram sozinhos, assim as visitas das ACS as/aos idosas/os geralmente têm um papel terapêutico, como forma de socialização para essas/es.

Outros dados do perfil das/os usuárias/os já foram apresentados de modo geral, não por microárea, por entender a interdependência existente, ou seja, seus reflexos vão além das divisões territoriais.

Reforça-se aqui a importância do trabalho e do papel das Agentes Comunitárias de Saúde (ACS). Elas conhecem o território, seus usuários e a participação ativa dos mesmos, estabelecem vínculo, e conhecem suas necessidades. Dessa forma, entende-se

elas como “peça chave” para o trabalho na Atenção Básica (FERNANDEZ; LOTTA; CORRÊA, 2021).

1.4.3 Iniciando a residência junto à pandemia da COVID-19

No dia 02 de março de 2020, na sede da UFFS em Passo Fundo, o sonho da residência estava começando. Fazer a residência para a residente, autora do presente trabalho, significava a possibilidade de estar trabalhando, receber orientação profissional e ao mesmo tempo estar dando continuidade aos estudos. Representava a construção da “práxis” - a união da prática com a teoria, a ação que permite criar e modificar a realidade (FREIRE, 2005, apud CECCIM, et al, 2018). O sonho posto na residência de Atenção Básica/Saúde da Família e Comunidade, simbolizava o desejo em trabalhar com o coletivo, em diminuir as desigualdades sociais, investir na micropolítica e na participação social, para a luta e valorização dos direitos das/os cidadãs/os, incluindo o direito à saúde e ao SUS.

Na 2ª semana de residência as residentes participaram do I Colóquio Internacional de Educação Popular e Saúde, um evento muito rico em conhecimento, abrindo horizontes para o início da residência, organizado pela coordenadora do Programa de Residência, Prof. Dra. Vanderléia L. Pulga. No dia 18 de março, as residentes iniciaram a prática profissional nas unidades de saúde onde iriam trabalhar, no caso da residente autora deste trabalho, a ESF São José Operário. Porém, no dia 23 de março, cinco dias após o início das atividades na ESF, as unidades de saúde, receberam o primeiro decreto municipal relacionado a pandemia da COVID-19 - acolhimentos, atendimentos, consultas de rotina, grupos e visitas domiciliares haveriam de ser cancelados, mantendo-se apenas atendimentos a casos mais graves. A orientação era “Fique em casa!”.

O trabalho externo das ACS também estava interrompido. Até que no dia 18 de maio, saiu o decreto que permitia a volta dos atendimentos e visitas domiciliares, as ACS voltaram às ruas no dia 25 de maio.

Marau, demorou para fazer esse movimento de abertura da AB. Outros Estados brasileiros já estavam em outro momento, estruturando o cuidado na AB. Outros países, também apontavam que o cuidado a pandemia se faz no território vivo, próximo das

peessoas. Se não há uma referência em saúde, que mostre informações corretas, abertas e frequentes, se não há isso, as pessoas criam suas próprias formas de se cuidar. Por vezes podem não ser corretas, principalmente em um país como o Brasil, onde há a cultura de descumprir orientações, com o descrédito que os governantes têm perante a população e onde também há muitas desigualdades, tornando o ficar em casa extremamente diferente entre as classes sociais (Giovanella et al., 2021).

O município também adotou a postura de fechar a Farmácia da ESF Santa Rita e concentrar o atendimento na Farmácia Central, favorecendo a aglomeração. Outro posicionamento que prejudicou o cuidado, foi a falta de comunicação da Vigilância Epidemiológica com a AB, ao não passar o nome das/os usuárias/os que estavam com a COVID-19 para as ESF, que são as equipes de referência. A literatura, mostra a importância do trabalho da gestão vinculado ao trabalho das ESF e ao da vigilância em saúde, para o enfrentamento da pandemia (GIOVANELLA et al, 2021).

Apesar de no início da pandemia, os atendimentos em saúde mental estarem mais restritos, a ESF ainda teve uma grande demanda. A residente pode sentir em seu trabalho a dificuldade de sair do atendimento a/ao usuária/o que busca a ESF, se vendo por vezes presa a grande quantidade de atendimentos. Tinha o desejo de realizar trabalhos com vídeos e grupos, para trabalhar a promoção e prevenção à saúde, e a participação social, mas andavam muito devagar pelo pouco tempo que lhe restavam. Percebe-se que isso, também ocorre com a equipe, quase não são desenvolvidos trabalhos multiprofissionais, sendo focado o trabalho individual, voltado a demanda que chega. Esses, são desafios a serem pensados e trabalhados com as/os trabalhadoras/es e com a comunidade.

A residente enquanto parte da equipe, percebeu que a pandemia é um contexto que tira as/os trabalhadoras/es do fazer rotineiro, abre a possibilidade ao novo, pois é um desafio, mas também gera resistência. É preciso reinventar a prática profissional, buscar conhecimento e ferramentas, como o teleatendimento, celular, WhatsApp, Facebook, aprender a editar vídeos, ampliar ainda mais o trabalho de promoção, prevenção e proteção à saúde, vinculando à abordagem familiar e comunitária que são pontos fundamentais para estruturar a AB/ESF.

Assim, a residente percebeu na equipe trabalhadoras/es motivadas/os a experimentar novas práticas, e outras/os que não estavam dispostas/os a tentar,

acreditavam que não daria certo. Algumas vezes, sentiu receio de compartilhar vídeos e leituras com a equipe, por se sentir incomodando, dando trabalho e indo em uma corrente de pensamento contrária. Isso não foi de modo geral, mas em alguns momentos teve essas percepções. A prática da educação permanente com as equipes de saúde, é apontada pela literatura como uma ferramenta potente para trabalhar dificuldades da prática profissional, ampliar as estratégias de atuação e favorecer a relação na equipe, por se dar através do diálogo e trocas multiprofissionais, valorizando o conhecimento de toda/os envolvidas/os (SANTOS, et al, 2021).

Foram feitos movimentos de cuidado importantes. Teve a implantação do teleatendimento de consultas; vídeos para a recepção; confecção de máscaras; a produção de vídeos com a construção do projeto “Refletindo com a Comunidade”; divulgação do Facebook da unidade; Curso de Gestantes On-line; e Campanha Solidária com a arrecadação e doação de roupas, calçados e alimentos. Para o cuidado com a equipe, houve a construção do “Mural dos Sentimentos”, e dois momentos de Educação Permanente sobre o SARS-CoV-2.

Uma dificuldade sentida foi sobre o uso do telefone para os teleatendimentos, pois a ESF contava com apenas um aparelho telefônico. Depois de praticamente três meses de tentativas de diálogo e solicitações, tanto com a equipe como com a Secretaria Municipal de Saúde (SMS), no dia 19 de junho de 2020 a equipe recebeu resposta favorável da SMS sobre a solicitação da compra de um celular para a unidade.

Assim, o diagnóstico territorial da ESF São José Operário, foi sendo sentido e construído em meio à pandemia, principalmente a partir da fala das/os usuárias/os que eram atendidos, pelo diálogo com a equipe e com a preceptora, e através das reflexões realizadas nas aulas dos componentes curriculares da Residência - Seminário de Campo I, Seminário Integrado, Pesquisa-intervenção e Trabalho de Conclusão de Residência I.

A residente pouco percorreu o território no primeiro semestre da Residência, período concomitante ao início da pandemia. Não conseguiu visualizar os espaços de lazer sendo ocupados, não realizou com a equipe atividades nas escolas e não teve a vivência dos grupos terapêuticos. Mas, pode perceber as consequências da pandemia nas famílias, devido a mudanças na rotina dos pais e dos filhos, conflitos e dificuldades familiares e individuais, que já existiam, foram exacerbadas nesse período, ocorrendo a

busca pelo atendimento psicológico. Percebeu no relato de um usuário, a importância dos grupos terapêuticos que eram desenvolvidos pela ESF, promoviam a manutenção da saúde mental das/os usuárias/os, como um espaço acolhedor, afetivo, que favorecia a interação social e a aquisição de conhecimentos.

Como já dito, percebeu-se usuárias/os, inclusive aquelas/es que estavam com a COVID-19, que deveriam estar em isolamento, continuaram saindo. Mas, foi possível observar também a comunidade se organizando com campanhas solidárias para vencer as dificuldades financeiras deste momento – movimentos realizados por igrejas, pela Escola Darwin Marosin, pelo CTG e pela ESF. Percebeu-se, movimentos ativos da população em se cuidar e em cuidar do território.

Entende-se a AB como a ordenadora dos fluxos na rede de assistência à saúde, assim tem papel fundamental no enfrentamento da pandemia e das necessidades sociais. Porém, pelo exposto até aqui, percebe-se a necessidade de fortalecer os momentos de educação permanente com a equipe da ESF, trabalhando o seu papel e atributos diante das necessidades do território e dentro da rede de atenção à saúde. Diante do contexto pandêmico e das dificuldades que com ele se apresentam, tanto da população em aderir aos cuidados da Covid-19, como da equipe em visualizar seu papel e adaptar sua atuação profissional, bem como das fragilidades anteriormente apontadas em relação à condução do CLS, sugere-se trabalhar com a equipe a temática da participação social no SUS de forma ampliada, abordando seu processo de construção e fortalecimento a partir da prática profissional na ESF.

1.5 PROPOSTA DE INTERVENÇÃO

Diante do diagnóstico territorial apresentado, a proposta de pesquisa-intervenção sugerida é sobre o tema da participação social, esse sendo trabalhado com a equipe da ESF através de encontros de educação permanente. A ideia é estruturar um projeto seguindo a lógica semelhante à dos grupos Paideia, de autoria de Gastão Wagner de Sousa Campos (FURLAN; AMARAL, 2010), onde são organizados encontros que se subdividem em dois momentos, sendo o primeiro voltado à sensibilização e discussão de

temas com a equipe, e o segundo para a elaboração de projetos de intervenção nos territórios de atuação das/os profissionais.

Dessa forma, a proposta para essa pesquisa seria de trabalhar com a equipe o fortalecimento do papel da Atenção Básica, com seus eixos estruturantes e as formas de participação social, essa pensada de um modo amplo na sociedade, valorizando os movimentos sociais, líderes da comunidade e a solidariedade (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2017). Ainda entre os temas a serem abordados: autonomia em saúde, grupos autogeridos, educação popular, prevenção e promoção à saúde, fatores envolvidos na adesão aos tratamentos, e a redução de danos. Estes, sendo entendidos como pilares para o fortalecimento de uma atuação profissional que olhe para as/os usuárias/os como cidadãs/os de direitos, e favoreça o desenvolvimento da participação social através da atuação profissional.

A suposição feita é que é preciso trabalhar o tema da participação social com a equipe antes de trabalhar com a comunidade. Ampliando o conhecimento sobre o assunto e capacitando quanto às formas de desenvolvê-lo, a partir da forma como é desenvolvida a prática profissional. Tem o intuito, de ser um projeto que tenha continuidade para além do TCR, e permita a equipe ampliar o olhar para a participação social e para os Conselhos de Saúde, entendendo esses como espaços que se constituem posteriormente ou com o processo de consciência, reflexão crítica para a autonomia da equipe e da comunidade nos modos de levar a vida (MERHY, 2014).

O segundo momento que envolve a construção de projetos, será voltado ao trabalho das ACS. A ideia é que essas que são profissionais “chave” da Atenção Básica em território possam ajudar a população adscrita a identificar e explicitar suas necessidades sociais, seus desejos e instigar a possibilidade da construção de movimentos sociais e de um CLS.

Pretende-se ter nos momentos de educação permanente com a equipe, a participação de um representante da gestão do município, para que esse projeto, dependendo de seu resultado, possa ser reaplicado em outras ESF, tendo continuidade e investimento, trazendo benefícios a todo o município.

REFERÊNCIAS

BRASIL. **Lei no 6.803, de 2 de julho de 1980**. Brasília, DF: Presidência da República, 1980. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/16803.htm. Acesso em: 03 mar. 2021.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção a Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Autoavaliação para Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica - Núcleos de Apoio à Saúde da Família**. Brasília, DF: 2013. Disponível em: <https://amaq.lais.huol.ufrn.br/>. Acesso em: 23 ago. 2020.

BRASIL. Ministério do Desenvolvimento Social. **Concepção de convivência e fortalecimento de vínculos**. Brasília, DF: MDS, Secretaria Nacional de Assistência Social, 2017. 76 p. ISBN 978-85-5593-014-0. Disponível em: http://www.mds.gov.br/webarquivos/publicacao/assistencia_social/Cadernos/concepcao_fortalecimento_vinculos.pdf. Acesso em: 13 abr. 2022.

BRASIL. **Portaria nº 2.436, de 21 de setembro de 2017**. Brasília, DF: Presidência da República, [2017]. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2017/prt2436_22_09_2017.html. Acesso em: 08 fev. 2022.

CAMPOS, Gastão W. de S. **Saúde pública e saúde coletiva: campo e núcleo de saberes e práticas**. Revista Ciência & Saúde Coletiva, Rio de Janeiro, v. 5 (2), 2000. DOI: <https://doi.org/10.1590/S1413-81232000000200002>. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/csc/a/mvLNphZL64hdTPL4VBjnrLh/?format=pdf&lang=pt>. Acesso em: 24 jan. 2022.

FURLAN, Paula G.; AMARAL, Márcia A. **O Método de Apoio Institucional Paidéia aplicado à formação de profissionais da Atenção Básica em Saúde: metodologia e resultados do Curso de Especialização em Gestão de Sistemas e Serviços de Saúde com ênfase na Atenção Básica**. In: CAMPOS, Gastão W. de S.; GUERRERO, André V. P. **Manual de práticas da atenção básica: saúde ampliada e compartilhada**. 2. ed. São Paulo: Editora Hucitec; 2010. 411 p. ISBN 978-85-60438-78-5. Disponível em: https://www.arca.fiocruz.br/bitstream/icict/43319/2/manual_das_praticas_de_atencao_basica.pdf. Acesso em: 14 abr. 2022.

FERNANDES, Michelle; LOTTA, Gabriela; CORRÊA, Marcela. **Desafios para a Atenção Primária à Saúde no Brasil: uma análise do trabalho das agentes comunitárias de saúde durante a pandemia de Covid-19**. Trabalho, Educação e Saúde, Rio de Janeiro, v. 19, 2021, e00321153. DOI: 10.1590/1981-7746-sol00321. Disponível

em: <https://www.scielo.br/j/tes/a/qDg6fnxcSZbgtB9SYvnBK8w/?format=pdf&lang=pt>. Acesso em: 10 dez. 2021.

FREIRE, Paulo, 2005, apud CECCIM, Ricardo B. et al. **EnSiQlopédia das Residências em Saúde**. Porto Alegre: Rede UNIDA, 2018.

GIOVANELLA, Ligia, et al. **A contribuição da Atenção Primária à Saúde na rede SUS de enfrentamento à Covid-19**. Saúde em Debate, Rio de Janeiro, v. 45, n. 130, p. 748-762, jul-set 2021. DOI: 10.1590/0103-1104202113014. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/sdeb/a/h3krqJq9WY9wcs5L49TqJ7d/?format=pdf&lang=pt>. Acesso em: 28 jan. 2022.

HORTA, Cristina L., et al. **Bullying e uso de substâncias psicoativas na adolescência: uma revisão sistemática**. Ciência & Saúde Coletiva, Rio de Janeiro, v. 23, n. 1, p. 123-139, jan. 2018. DOI: 10.1590/1413-81232018231.20932015. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/csc/a/bbkZx3x7hFVMxtGQ4N3Nyjb/?format=pdf&lang=pt>. Acesso em: 12 abr. 2022.

METASA. **Obras e projetos**. 2020. Disponível em: <https://www.metasa.com.br/>. Acesso em: 13 ago. 2020.

MERHY, Emerson E. **A cartografia do trabalho vivo**. 4. ed. São Paulo: Editora Hucitec, 2014.

MINISTÉRIO DA SAÚDE. **Participação comunitária e controle social**. Secretaria de Estado da Saúde, Florianópolis, 2017. Disponível em: https://ares.unasus.gov.br/acervo/html/ARES/14879/1/Apostila_participa%C3%A7%C3%A3o%20comunit%C3%A1ria_N%C3%BAcleo%20Telessa%C3%BAde%20SC%20UFSC.pdf. Acesso em 03 fev. 2022.

PREFEITURA MUNICIPAL DE MARAU. **História de Marau**. s/d. Disponível em: <http://www.pmmarau.com.br/conheca-marau/historia-de-marau>. Acesso em: 15 ago. 2020.

PREFEITURA MUNICIPAL DE MARAU. **Casa da Cultura**. s/d. Disponível em: <http://www.pmmarau.com.br/conheca-marau/casa-da-cultura>. Acesso em 23 ago. 2020.

PREFEITURA MUNICIPAL DE MARAU. **Parque de Eventos**. s/d. Disponível em:

<http://www.pmmarau.com.br/conheca-marau/parque-de-eventos>. Acesso em 23 ago. 2020.

PREFEITURA MUNICIPAL DE MARAU. **Rota das Salamarias**. s/d. Disponível em: <http://www.pmmarau.com.br/conheca-marau/rota-das-salamarias>. Acesso em 23 ago. 2020.

PREFEITURA MUNICIPAL DE MARAU. Secretaria da Saúde. **Plano Municipal de Saúde 2018 - 2021**. 2017. Acesso em: 23 ago. 2020.

REDE. **Rede Global de Bancos de Leite Humano**. 2019. Disponível em: <https://rblh.fiocruz.br/acre-amamentacao-pos-cesarea-requer-cuidados-e-rede-de-apoio-qualificada>. Acesso em: 30 mar. 2021.

SANTOS, Adilson R., et al. **Educação permanente na Estratégia Saúde da Família: potencialidades e ressignificações**. Revista de Enfermagem UFPE on line, Recife, v. 15, n. 1, p. 1-18, jan. 2021. DOI: 10.5205/1981-8963.2021.245355. Disponível em: <https://periodicos.ufpe.br/revistas/revistaenfermagem/article/view/245355/37470#>. Acesso em: 30 jan. 2022.

UNIVERSIDADE FEDERAL DA FRONTEIRA SUL. **Regimento da Comissão de Residência Multiprofissional em Saúde da UFFS**. Chapecó, SC: 2020. Disponível em: <https://www.uffs.edu.br/campi/passo-fundo/residencias-multiprofissionais/regimento/regimento-ou-ppc>. Acesso em: 25 jul. 2020.

2 CAPÍTULO II – PROJETO PESQUISA-INTERVENÇÃO

RESUMO

No Brasil a participação social em saúde tem grande relevância social e política. É considerada um princípio e diretriz organizativa do Sistema Único de Saúde (SUS) e da Atenção Básica. Tem estrutura e apoio legal, porém na prática não está efetivada em plenitude. Pela Lei 8.142/90 foi estabelecida a forma institucionalizada de participação, através das instâncias participativas – Conselhos e Conferências de Saúde, mas além dessa forma há a participação não institucionalizada que se dá nos diversos espaços sociais, comunitários, de saúde com atividades que envolvam o pensamento crítico, a promoção de saúde, a construção e troca de conhecimentos que favoreçam a autonomia das pessoas nos seus modos de andar a vida. Este estudo tem como objetivo analisar a percepção dos/as trabalhadores/as de uma Estratégia Saúde da Família (ESF) sobre a participação social no SUS. Para isso, será utilizada abordagem qualitativa de caráter exploratório e descritivo, do tipo pesquisa-ação, por meio de encontros de educação permanente em que pesquisadora e trabalhadores/as de forma conjunta e colaborativa buscarão construir um espaço de reflexão e formação. Os instrumentos utilizados serão: questionário para caracterização dos/as trabalhadores/as, entrevista semiestruturada e diário de campo. Participarão da pesquisa os/as trabalhadores/as de uma Estratégia Saúde da Família de um município do Norte do Estado do Rio Grande do Sul, que estiverem desempenhando suas atividades no período da coleta, estimando-se aproximadamente 18 trabalhadores/as. Para participarem do estudo, precisarão manifestar estarem de acordo, assinando o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE). A análise e interpretação dos dados será realizada a partir da análise de conteúdo. Com este estudo, pretende-se compreender a percepção de os/as trabalhadores/as de uma Estratégia Saúde da Família acerca da participação social, estimulando a continuidade e fortalecimento da temática na prática profissional e no território, ampliando o olhar da participação social para além das formas institucionalizadas em lei.

Palavras-chave: Participação Social. Educação Permanente. Atenção Básica à Saúde. Promoção da Saúde.

ABSTRACT

In Brazil, social participation in health has great social and political relevance. It is considered an organizational principle and guideline of the Unified Health System (UHS) and Primary Care. It has structure and legal support, but in practice it is not fully implemented. Law 8,142/90 established the institutionalized form of participation, through participatory bodies - Health Councils and Conferences, but in addition to this form, there is non-institutionalized participation that takes place in the various social, community and health spaces with activities that involve the critical thinking, health promotion, construction and exchange of knowledge that favor people's autonomy in their ways of living life. This study aims to analyze the perception of workers of a Family Health Strategy on social participation in UHS. For this, an exploratory and descriptive qualitative approach, of the research-action type, will be used, through meetings of permanent education in which the researcher and workers in a joint and collaborative way will seek to build a space for reflection and training. The instruments used will be: questionnaire to characterize workers, semi-structured interview and field diary. The workers of a Family Health Strategy of a municipality in the North of the State of Rio Grande do Sul, who are performing their activities during the collection period, will participate in the survey, with an estimated 18 workers. To participate in the study, they will need to express their agreement, signing the Informed Consent Form (ICF). Data analysis and interpretation will be carried out based on content analysis. With this study, it is intended to understand the perception of workers of a Family Health Strategy about social participation, stimulating the continuity and strengthening of the theme in professional practice and in the territory, expanding the look of social participation beyond the institutionalized forms in law.

Keywords: Social Participation. Permanent Education. Primary Health Care. Health Promotion.

1 INTRODUÇÃO

No Brasil a participação social em saúde tem grande relevância social e política. Na década de 1980, por força de diversos movimentos populares, passa-se de um longo período de ditadura para a construção de um modelo democrático. A saúde como direito de todos e dever do Estado foi alcançada pela luta desses movimentos e instituída pela Constituição Federal de 1988. A partir de suas definições legais dava-se início a estruturação do Sistema Único de Saúde (ROLIM; CRUZ; SAMPAIO, 2013).

A participação da comunidade está amparada em lei. Consta na Constituição Federal de 1988 e na Lei 8.080/90, como uma diretriz organizativa do Sistema Único de Saúde (SUS). A Lei 8.142 de 1990, institui os Conselhos e Conferências de Saúde, instâncias deliberativas que garantem a todas as pessoas a participação nos processos de formulação e controle das políticas públicas de saúde e na ação do Estado (BRASIL, 1988; BRASIL, 1990).

Mas, para a efetividade da participação, a literatura destaca a importância da prévia tradição de mobilização das comunidades. No entanto, é comum no Brasil uma lógica da participação concedida, onde os segmentos de governo criam conselhos gestores e delegam a responsabilidade da participação às comunidades. Essas, com baixa ou nenhuma tradição participativa e com valores de privatização da vida, onde os interesses individuais se sobrepõem aos valores coletivos, ocasionam a baixa efetividade da participação social (PÉREZ et al 2009 apud JÚNIOR; MARTINS, 2014).

A Estratégia Saúde da Família, pautada nas diretrizes do SUS, visa um novo formato de organização do trabalho, modificando a forma de prestação de assistência do modelo de Atenção Primária. Tem como objetivo trabalhar por meio do estabelecimento de vínculos e corresponsabilização entre trabalhadores de saúde e população usuária dos serviços (COELHO, 2009 apud FURLANETTO, 2014).

Não se pode dizer que o modelo assistencial predominante no Brasil contemple estas diretrizes. A grande maioria dos programas é voltada para práticas curativas, focalizando o indivíduo, sem levar em conta o universo familiar e comunitário ou considerar as desigualdades sociais e o que envolve o processo saúde-doença. Porém, o que se pode observar, desde então, é que a incorporação da participação popular na ESF,

não se constitui em tarefa simples, pois depende da interação de fatores sociais, culturais e econômicos e de vários atores sociais (CAMPOS; WENDHAUSEN, 2003).

Neste contexto o/a trabalhador/a de saúde tem papel fundamental no sentido de criar o ambiente e as condições para que a participação popular se concretize. Dessa forma, este estudo vem ao encontro dessas necessidades ao buscar conhecer a percepção que os/as trabalhadores/as de uma Estratégia Saúde da Família têm em relação à participação social, e os sensibilizar em relação ao tema através de encontros de Educação Permanente no serviço de saúde.

1.1 TEMA

Percepção de os/as trabalhadores/as de uma Estratégia Saúde da Família sobre a participação social.

1.1.1 Problemas de pesquisa

1. Qual a percepção de trabalhadores/as de saúde acerca da participação social dentro da Estratégia Saúde da Família?
2. Quais as experiências destes/as trabalhadores/as de saúde sobre a participação social nos espaços de práticas profissionais?
3. Como os/as trabalhadores/as percebem ou visualizam o espaço da educação permanente para o desenvolvimento das discussões da participação social?
4. Como sensibilizar a equipe para o fortalecimento do tema da participação social nos espaços da prática profissional?

1.2 OBJETIVOS

1.2.1 Objetivo geral

Identificar a percepção dos/as trabalhadores/as de uma Estratégia Saúde da Família sobre a participação social no Sistema Único de Saúde.

1.2.2 Objetivos específicos

1. Identificar a percepção de os/as trabalhadores/as de saúde a respeito das ações de participação social dentro da unidade de saúde;
2. Levantar as experiências de os/as trabalhadores/as de saúde sobre a participação social nos espaços de práticas profissionais;
3. Analisar como os/as trabalhadores/as percebem ou visualizam o espaço da educação permanente para o desenvolvimento das discussões da participação social.
4. Sensibilizar a equipe em encontros de educação permanente para o fortalecimento do tema da participação social nos espaços da prática profissional.

1.3 JUSTIFICATIVA

A participação social em saúde está reconhecida na Constituição Federal de 1988, nas Leis Orgânicas da Saúde (LOA) – nº 8.080/90 e nº 8.142/90, na Portaria nº 2.436/17 que aprova a Política Nacional de Atenção Básica (PNAB). Aparece como princípio e diretriz organizativa do SUS e da Atenção Básica, reforçando a necessidade de incentivar e promover a participação social tanto na comunidade como nas equipes de saúde.

Entretanto, apesar de toda essa estruturação e apoio legal, na prática a participação social não está efetivada em plenitude e a sociedade civil não faz uso de fato dos seus espaços. Contribui para isso a falta de informação e a existência de interesses múltiplos para que a população não saiba que possui direitos e que pode exigí-los (ROLIM; CRUZ; SAMPAIO, 2013).

A participação tem o objetivo de favorecer a autonomia das pessoas para interferirem nas decisões que afetam suas vidas e sua saúde. As formas institucionalizadas em lei – Conselhos de Saúde e Conferências de Saúde, têm a sua importância, porém a participação social deve ser compreendida e praticada para além desses espaços (PÉREZ et al, 2009 apud JÚNIOR; MARTINS, 2014).

Observa-se que o quantitativo de publicações sobre o tema é decrescente ao longo dos anos. Assim, faz-se ainda mais pertinente, estudos e o fortalecimento da participação social, uma vez que aumentam as dificuldades para sua efetividade diante do contexto político atual, onde o SUS vem sendo colocado em xeque com o desmonte de políticas públicas e o seu desfinanciamento (REZENDE; CORDEIRO, 2019).

No território de abrangência da ESF, onde o estudo será realizado, existe um Conselho Local de Saúde (CLS), mas com baixa adesão da comunidade, não estando em funcionamento regular no período em que se realizou o diagnóstico territorial para este estudo. Quanto às formas não institucionalizadas de participação social na ESF, podem ser fortalecidas. Entendendo a relevância do tema para o trabalho da ESF que está junto ao território e a realidade das famílias, tanto para usuários como trabalhadores, trabalhar o fortalecimento e entendimento da participação social se mostra importante.

Este estudo com trabalhadores/as de saúde, possibilitará um espaço de reflexão e formação, favorecendo a continuidade e fortalecimento da temática na prática profissional e no território, e ampliando o olhar da participação social para além das formas institucionalizadas em lei. Fazer essa reflexão poderá trazer aos processos de trabalho e ao cuidado em saúde um olhar maior para as tecnologias leves, para a construção de relações intercessoras entre trabalhadores e usuários, e em proporcionar mais autonomia aos sujeitos no modo de andar a vida (MERHY, 2010).

2 REFERENCIAL TEÓRICO

2.1 A TRAJETÓRIA DA PARTICIPAÇÃO SOCIAL NO SUS

É possível situar o início da discussão mais sistemática sobre participação social nos anos 30 e 40 do século passado, em estreita relação com o surgimento das políticas públicas. Nesse período houve um aumento da urbanização, o Estado estruturava políticas públicas para sustentar o crescimento das metrópoles. Neste processo, surgiram contradições, talvez uma das principais fosse o baixo interesse do Estado em investir o recurso público naquilo que julgava oferecer pouco lucro imediato – o consumo coletivo, que em partes se refere ao que é necessário para a reprodução da força de trabalho da população: saúde, educação, saneamento básico, transporte público etc. O interesse maior estava no desenvolvimento de uma economia capitalista com investimentos para a infraestrutura industrial. Surge aí movimentos populares de resistência ao controle e concepções do Estado sobre como deveria ser a sociedade brasileira (VALLA, 1998).

A “participação” assume três categorias a um só tempo, categoria nativa da prática política de atores sociais, categoria teórica da teoria democrática e categoria de procedimento institucionalizado com funções delimitadas por leis e disposições regimentais. A participação social entra no cenário nacional, mais especificamente nos anos 1960, como uma categoria prática, que confere sentido à ação coletiva de atores populares, como ideário carregado de uma visão libertadora (LAVALLE, 2011).

No final da década de 1980, período em que se configurava a transição democrática em nosso país, na 8ª Conferência Nacional de Saúde, o Movimento da Reforma Sanitária propunha uma nova forma da administração pública e do sistema de saúde, com a ampliação do conceito de saúde, culminando na Constituição Federal. Inscreveu-se aí um dos capítulos mais significativos da legislação brasileira, uma política pública de inclusão social, concebendo o Sistema Único de Saúde – SUS (CNS, 1986 apud ALENCAR, 2012).

A participação social foi um dos princípios constitucionais mais polêmicos após a aprovação da Constituição de 1988, pois os artigos que regulamentavam a participação

da comunidade na lei 8.080, que instituiu o SUS, foram vetados. É somente a partir de dezembro de 1990, com a lei 8.142 que regulamenta a participação da comunidade, que o princípio da participação popular é resgatado (CAMPOS; WENDHAUSEN, 2003).

2.2 CONSELHOS DE SAÚDE

A Lei n.º 8.142/90, resulta da luta pela democratização do direito à saúde, representa uma conquista significativa da sociedade. A partir deste marco na legislação, foram criados os Conselhos e as Conferências de Saúde como espaços essenciais para deliberar acerca das políticas de saúde e exercer assim a participação e controle social do SUS nas três instâncias públicas, municipal, estadual e federal (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2006).

Os Conselhos de Saúde, têm caráter permanente e deliberativo, são órgãos colegiados composto por representantes do governo, prestadores de serviços, profissionais da saúde e usuários. Na esfera municipal, há o Conselho Municipal de Saúde e os Conselhos Locais das Unidades de Saúde. Esse último, articulado com o Conselho Municipal de Saúde, planeja, acompanha, fiscaliza e avalia o SUS. Seus membros atuam no gerenciamento da Unidade. Sua representação será formada obrigatoriamente por três segmentos: representante da Secretaria Municipal de Saúde, trabalhadores da unidade e membros comunidade. De acordo com o observado em vários regimentos de conselhos gestores de unidades de saúde: o número de integrantes do Conselho da Unidade de Saúde poderá ser variável, com no mínimo de quatro representantes, onde 50% são membros da comunidade; as eleições para os Conselheiros das Unidades são coordenadas pelo Conselho Municipal de Saúde, ocorrem nos anos pares, a cada dois anos; seus representantes podem ser reeleitos; as decisões e deliberações tomadas nas reuniões do Conselho na Unidade de Saúde terão caráter legal com maioria simples (BANDEIRA, 2014).

Os Conselhos Locais de Saúde (CLS) são percebidos por conselheiros de maneira dúbia. São relacionados à assistência à saúde, articulação intersetorial e promoção da saúde. Porém, por outro lado, são vistos como espaço de discussão e debate, mas com

limitado poder de resolutividade sobre os problemas da comunidade, assim a participação é considerada estéril, favorecendo o descrédito e desinteresse da população. Vários estudos evidenciam a baixa participação da população nas reuniões do CLS e também em outras instâncias participativas. Entre os fatores relacionados está a ausência de uma cultura participativa e a falta de informação/divulgação sobre a existência dos conselhos, seu objetivo, funcionamento e atividades (JÚNIOR; MARTINS, 2014).

Em literatura, ao analisar e conhecer as formas de participação dos membros e qual a funcionalidade de um Conselho de Saúde da Região Norte do Rio Grande do Sul, observou este como não funcional, pois não cumpre sua função de deliberar/analisar para propor. O estudo apontou um formato de aparelhamento, pela falta de conhecimento dos conselheiros sobre sua função e o trabalho voltado a cumprir prazos e burocratização. Assim, resulta em várias trocas de conselheiros, passividade, pouca participação, desmotivação e disputa de poder dos membros (FASSINA, 2014),.

Não são somente os usuários que desconhecem os Conselhos, mas também os gestores e os profissionais de saúde. Há a necessidade de sensibilização e politização dos cidadãos, e a formação da consciência sanitária. Os Conselhos de Saúde são importantes para a concretização de uma concepção ampliada de saúde, da promoção do diálogo e integralidade, para isso é imperativo o incentivo às iniciativas locais de participação social, educação popular e educação permanente em saúde. O fortalecimento do SUS passa também pelo fortalecimento da participação social nas instâncias formais de gestão, assim como no cotidiano das unidades de saúde através do vínculo entre usuário e trabalhadores, um desafio que exige e merece esforço contínuo dos gestores e equipes de saúde (PIZUTTI; ALMEIDA; MILLÃO, 2019).

2.3 A PARTICIPAÇÃO SOCIAL NA ESF

A Estratégia Saúde da Família foi estabelecida em 1994, foi pensada como uma estratégia em substituição ao modelo tradicional de assistência curativa. Centra-se nas famílias e estabelece a participação de toda a comunidade, juntamente com as equipes de saúde, para atuar na identificação das necessidades locais de saúde, na definição das

prioridades, no acompanhamento e avaliação do cuidado em saúde (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2001).

A ESF, possui propósitos em comum com a participação em saúde, principalmente no que se refere ao alinhamento das ações de saúde às necessidades da população. A Política Nacional de Atenção Básica (PNAB), aprovada pela Portaria nº 2.436/17, reforça a participação da comunidade como uma diretriz organizativa do SUS e da Atenção Básica (AB). Considera que a oferta das ações e serviços da AB deverá ser desenvolvida em parceria com o controle social a partir das necessidades da população. Consta na PNAB, o fomento a mobilização das equipes em relação à participação social; o apoio às estratégias de fortalecimento da gestão local; e o desenvolvimento de uma gestão participativa que favoreça a articulação e estímulo a participação dos/as trabalhadores/as e comunidade nas reuniões dos conselhos (BRASIL, 2017).

Dessa forma, os/as trabalhadores/as assumem responsabilidade em relação a forma como exercem seu trabalho. Aí está a importância da interação de cada trabalhador/a com a comunidade no sentido de fomentar e facilitar a participação comunitária. O exercício da prática profissional desconectado de uma postura crítica e sem a incorporação de práticas de promoção de saúde, configura-se como uma atitude de reforço e manutenção das desigualdades, da passividade e do modelo centrado na doença, contrário à proposta da ESF. Assim, é importante que os profissionais não se limitem a olhar e estimular a participação social somente voltada aos mecanismos institucionalizados, mas a visualizá-la e a estimulá-la em sua prática diária relacionada aos princípios e diretrizes do SUS e à ações de educação em saúde que favoreçam a capacidade de escolha e a viabilização de um processo libertador (CAMPOS; WENDHAUSEN, 2003).

Quanto a motivação e envolvimento dos/as trabalhadores/as de saúde em relação a participação social nos Conselhos das Unidade de Saúde, percebe-se que a maioria não está motivada para participar. Dentre os fatores estão questões de organização e o funcionamento da ESF; a grande demanda por assistência e número elevado de famílias por equipes; a precarização do trabalho, como o vínculo empregatício, salário e autonomia; e a ausência de interesse de alguns trabalhadores da Atenção Primária, aliada às fragilidades da educação permanente.

Em estudo sobre a percepção de trabalhadores/as da atenção primária, observou-se que as equipes consideram a participação comunitária um atributo mais dependente da comunidade do que de suas ações (JÚNIOR; MARTINS, 2014). Segundo Silva e Caldeira (2010), os/as trabalhadores/as das ESF ainda não compreendem a interface entre suas ações e o papel político e ideológico da participação comunitária para a consolidação dos modelos de atenção em saúde.

3 METODOLOGIA

3.1 TIPO DE ESTUDO

Trata-se de um estudo de abordagem qualitativa de caráter exploratório e descritivo, do tipo pesquisa-ação. Optou-se pela pesquisa qualitativa em saúde ao compreender que as percepções, conhecimentos e experiências dos/as trabalhadores/as de saúde sobre a participação social podem ser diferentes para cada um/a. A pesquisa qualitativa proporciona investigar as singularidades dos atores e as posições dos mesmos sobre a temática estudada (SEIDMAN, 2006 apud JUNIOR, J. P. B.; MARTINS, P. C., 2014).

O estudo buscará se aproximar e explicitar a percepção dos/as trabalhadores/as sobre a participação social, como também pretende, descrever os fatos e fenômenos relacionados ao problema. (GIL, 2007 apud GERHARDT; SILVEIRA, 2009),

A pesquisa-ação foi escolhida como procedimento científico para a condução do estudo, por se mostrar adequada à interação que será necessária entre a pesquisadora e os/as trabalhadores/as nos encontros de educação permanente.

[...] a pesquisa-ação é um tipo de pesquisa social com base empírica que é concebida e realizada em estreita associação com uma ação ou com a resolução de um problema coletivo e no qual os pesquisadores e trabalhadores/as representativos da situação ou do problema, estão envolvidos de modo cooperativo e colaborativo. (THIOLLENT, 2008 apud PESSOA et al., 2013, p. 304).

A pesquisa contará não somente com a aplicação do questionário sociodemográfico e da entrevista semiestruturada, mas também com a realização de encontros de educação permanente. Será um espaço onde a pesquisadora terá atitude participativa junto aos sujeitos da pesquisa. A partir do conhecimento e experiências de cada um/a será discutido o tema da participação social, fragilidades poderão ser percebidas, possibilidades levantadas, conhecimentos construídos. Ou seja, a pesquisa não somente buscará identificar a percepção dos/as trabalhadores/as em relação a

participação social no SUS, mas construir uma ação que favoreça o envolvimento dos sujeitos para o fortalecimento da temática na prática profissional na ESF.

3.2 LOCAL E PERÍODO DE REALIZAÇÃO

A pesquisa será realizada na Estratégia Saúde da Família São José Operário de um município da região norte do estado do Rio Grande do Sul, no período de março a dezembro de 2021.

3.3 SUJEITOS DA PESQUISA

Participarão da pesquisa os/as trabalhadores/as (médica, dentista, enfermeira, auxiliar de saúde bucal, técnica de enfermagem, agentes comunitárias de saúde, administrativo e residentes do programa da Residência Multiprofissional em Saúde da Família e Comunidade - dos núcleos da psicologia, enfermagem e farmácia) da Estratégia Saúde da Família, que estiverem desempenhando suas atividades no período da coleta, estimando-se aproximadamente 18 trabalhadores. Para participarem do estudo, precisarão manifestar estarem de acordo assinando o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE).

Critérios de inclusão - trabalhadores/as que fazem parte da equipe de uma ESF de um município da região norte do estado do Rio Grande do Sul, que estejam desempenhando suas atividades no período da coleta e que aceitem participar do estudo, assinando o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) (APÊNDICE A).

Critérios de exclusão – somente trabalhadores/as da ESF que estejam afastados do trabalho, independente dos motivos pelos quais estejam afastados do trabalho.

3.4 VARIÁVEIS E INSTRUMENTOS DE COLETA DE DADOS

A coleta de dados será realizada pela pesquisadora responsável nas reuniões de equipe, nos espaços de educação permanente e em momentos do expediente de trabalho dos/as trabalhadores/as, conforme acordado com a gestão da unidade de saúde e também com os/as trabalhadores/as do serviço.

3.4.1 Instrumentos de coleta de dados

Para a realização da pesquisa a pesquisadora fará uso de três instrumentos que auxiliarão na coleta de dados buscando atingir os objetivos do estudo. Os instrumentos são:

1. Questionário sociodemográfico - caracterização dos/as trabalhadores/as da pesquisa (APÊNDICE B): instrumento elaborado para esta pesquisa, com o intuito de caracterizar os/as trabalhadores/as e proporcionar reflexões, indo ao encontro de uma das propostas dessa pesquisa sobre formas de fomentar a participação social. Contém informações sobre idade, escolaridade, tempo de atividades na ESF e hábitos e costumes de vida. O tempo médio de resposta é 15 minutos.

2. Entrevista semiestruturada - percepção de trabalhadores/as da saúde sobre a participação social (APÊNDICE C): entrevista elaborada para esta pesquisa, terá perguntas abertas sobre a participação social no SUS, com o intuito de conhecer a percepção dos/as trabalhadores/as da ESF sobre a temática e levantar os temas de interesse sobre o assunto. O tempo de aplicação dependerá das respostas de cada trabalhador/a, mas estima-se uma média de 30 minutos. Estima-se que o número de trabalhadores que participarão da pesquisa será 18, mas o número de trabalhadores que participará deste instrumento seguirá o critério de saturação de dados, ou seja, a entrevista semiestruturada não precisará ser aplicada em todos os/as trabalhadores/as caso os dados forem se repetindo, para isso o agendamento das entrevistas com os/as trabalhadores/as priorizará inicialmente um trabalhador/a por categoria.

3. Diário de campo (APÊNDICE D): elaborado para esta pesquisa, para registrar e categorizar as informações obtidas durante os encontros de educação permanente e em

todo o cotidiano, já que é uma pesquisa-ação. Algumas observações serão registradas durante as atividades de realização da pesquisa, mas em sua maioria posteriormente para evitar prejuízos na participação da pesquisadora. O intuito é realizar esses registros logo após os encontros para evitar esquecimentos.

3.4.2 Logística do estudo

Em uma reunião de equipe será apresentada a proposta da pesquisa aos/as trabalhadores/as, visando elucidar dúvidas e ser assinado o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) (APÊNDICE A) aos que aceitarem participar da pesquisa. Após a assinatura do termo, será entregue a cada trabalhador/a que aceitar participar da pesquisa, o Questionário sociodemográfico - caracterização dos/as trabalhadores/as da pesquisa (APÊNDICE B), serão respondidos durante a reunião de equipe. Posteriormente também será agendado com cada trabalhador/a um horário que fique melhor durante seu expediente de trabalho para a realização da Entrevista semiestruturada - percepção de trabalhadores/as da saúde sobre a participação social (APÊNDICE C), acredita-se que essa levará em média 30 minutos.

Após o levantamento de dados com a equipe se dará a realização de encontros de sensibilização sobre o tema fazendo relação com a prática profissional. Se buscará identificar as experiências reconhecidas pelos/as trabalhadores/as, fornecer informações relevantes sobre a temática e pensar em formas de fortalecer o tema em território. Esses encontros se darão nos espaços para educação permanente, com frequência mensal e tempo de duração de no máximo duas horas. Serão organizados 2 a 3 encontros de sensibilização trabalhando as formas de participação social institucionalizadas e não institucionalizadas, a clínica ampliada, e o papel da ESF e sua relação com a participação social.

E para finalização do projeto, ocorrerá um último encontro no espaço de educação permanente onde será apresentado aos/as trabalhadores/as uma devolutiva com os resultados preliminares, discutida a percepção geral dos/as trabalhadores/as sobre a temática abordada e a visualização do espaço da educação permanente para o desenvolvimento das discussões da participação social.

Tanto a aplicação do instrumento da Entrevista semiestruturada como os encontros de educação permanente, terão o áudio gravado por aparelho digital para auxiliar na transcrição das informações.

Em todos os encontros de sensibilização programados, a pesquisadora responsável utilizará a técnica da observação participante. De acordo com Minayo (2004), esta técnica é definida como um processo pelo qual se mantém a presença dos observados em uma situação social com a finalidade de realizar uma investigação científica, na qual o observador está em relação face a face com os observados. Ao participar da vida deles, no seu cenário cultural, colhe dados e se torna parte do contexto sob observação, ao mesmo tempo modificando e sendo modificado por este”. Dessa forma, os dados serão registrados no Diário de campo (APÊNDICE D), contendo informações relevantes e detalhadas sobre os dados observados.

A pesquisa-ação, como essa se mostra, quando possui caráter participativo e de formação bem conduzidos têm efeitos significativos para os grupos envolvidos nas pesquisas. Mas, para isso, a pesquisa-ação segue algumas etapas de planejamento. A observação dessas etapas visa também o reconhecimento do trabalho no meio acadêmico. A seguir será descrito as fases que esta pesquisa-ação seguirá, de acordo com as fases apresentadas por Grittem; Meier; Zagonel (2008).

Fase exploratória: A pesquisadora realizará diagnóstico da realidade do campo de pesquisa, levantamento da situação e dos problemas a partir da aplicação de um instrumento semiestruturado. A pesquisadora e os/as trabalhadores/as estabelecerão os temas relacionados a participação social que serão abordados, interligando os problemas, campo de observação, atores e tipo de ação que se pretende focalizar, identificando as experiências dos/as trabalhadores/as sobre a participação social nos espaços de prática profissionais e no território.

Tema da pesquisa: A escolha do tema se deu através da observação do serviço em uma Estratégia Saúde da Família (ESF) de um município do norte do Rio Grande do Sul, durante o primeiro semestre da realização do Programa de Residência Multiprofissional em Área da Saúde. Foi realizada a construção do diagnóstico territorial do município, com ênfase na ESF alocada, como componente inicial da disciplina de

Trabalho de Conclusão de Residência (TCR) 2020/1, obtendo-se um maior esclarecimento e entendimento da realidade local.

Colocação dos problemas: Nesta etapa, ocorrerá a discussão do tema Participação Social, sua problematização visando o fortalecimento do tema dentro da unidade de saúde e no território.

Seminário: Ao final das atividades de educação permanente, a pesquisadora irá promover uma apresentação com a finalidade de promover discussão e tomada de decisões acerca da investigação (definição de temas e problemas), constituir grupos de estudos, definir ações, acompanhar e avaliar resultados.

Coleta de dados: Neste projeto de pesquisa intervenção, a coleta de dados será realizada através de um Questionário sociodemográfico - caracterização dos/as trabalhadores/as da pesquisa (APÊNDICE B), de uma Entrevista semiestruturada - percepção de trabalhadores/as da saúde sobre a participação social (APÊNDICE C), e do Diário de campo (APÊNDICE D), onde será anotado as informações e observações que a pesquisadora considerar relevantes em todos os momentos da pesquisa.

Aprendizagem: as ações propostas envolverão a produção e circulação de informações visando a sensibilização dos/as trabalhadores/as para o tema participação social. Esta capacidade é aproveitada e enriquecida, já que ocorre uma aprendizagem conjunta.

Saber formal e saber informal: deve melhorar a comunicação entre os universos culturais, dos especialistas e o dos interessados. Há uma interação entre o saber prático e o teórico, que se funde na construção de novos conhecimentos. Busca-se a intercompreensão.

Divulgação externa: O retorno dos resultados da pesquisa aos/as trabalhadores/as será realizado em reunião de equipe ou no espaço de educação permanente, e os resultados serão divulgados em eventos, congressos, conferências e publicações científicas.

3.5 PROCESSAMENTO E ANÁLISE DOS DADOS

Os dados coletados das entrevistas, do diário de campo e dos áudios das gravações serão digitados e sistematizados pela pesquisadora no programa Word da Microsoft, versão 2019, com a seguinte chave de licença: NMMKJ-6RK4F-KMJVX-8D9MJ-6MWKP. A análise e interpretação dos dados será realizada baseada no Método de Análise de Conteúdo proposto por Bardin (2011), que consiste em três etapas:

Primeira etapa - *Pré-análise*: incide na organização e preparo do material que será analisado, tornando-o operacional. Realizará uma leitura flutuante, visando a construção de um *corpus* com base na exaustividade, representatividade, homogeneidade e pertinência. No projeto em questão, a pesquisadora irá realizar a leitura de todos os materiais obtidos ao longo da pesquisa.

Segunda etapa - *Exploração do material*: consiste na codificação e categorização do material. Na codificação, deve ser feito o recorte das unidades de registro. As unidades de registro podem ser a palavra, o tema, o objeto ou referente, o personagem, o acontecimento ou o documento. Também será realizada a enumeração e categorização por meio da frequência de respostas e a presença (ou ausência) de determinadas palavras ou termos. A pesquisadora irá codificar as palavras e temas que apareceram com maior frequência nas falas dos/as trabalhadores/as no instrumento semiestruturado e nos encontros de educação permanente organizando-as em categorias para a análise.

Terceira etapa - *Tratamento dos resultados obtidos e interpretação dos achados*. Os resultados obtidos neste estudo, serão interpretados procurando-se identificar as questões mais relevantes sobre o tema.

3.6 ASPECTOS ÉTICOS

A pesquisa será desenvolvida de acordo com as Resoluções nº 466 de 12 de dezembro de 2012 e nº 510, de 7 de abril de 2016, ambas do Conselho Nacional de Saúde. Passou pela ciência e concordância da Secretaria Municipal de Saúde de Marau através

da assinatura do Termo de Ciência e Concordância da Instituição Envolvida (ANEXO 1), e será submetida à aprovação pelo Comitê de Ética em Pesquisa com Seres Humanos da Universidade Federal da Fronteira Sul - CEP/UFSF através da Plataforma Brasil. O trabalhador/a será convidado a participar da pesquisa, caso aceite, para fins éticos irá assinar o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) (APÊNDICE A).

Quanto ao benefício direto ao trabalhador/a, esse terá um espaço de reflexão e fortalecimento sobre a participação social na prática profissional, se caracterizando também como promoção de saúde. O espaço de educação permanente será utilizado para devolutiva parcial dos resultados da pesquisa. A devolução dos resultados finais será enviada por e-mail a cada trabalhador/a, e será agendado um retorno em reunião de equipe ou no espaço de educação permanente após a conclusão do projeto. Pretende-se apresentar os resultados para a gestão municipal de saúde, por meio do Trabalho de Conclusão de Residência.

Quanto aos riscos, há o risco de identificação do trabalhador/a. A fim de minimizá-lo, os dados coletados serão manuseados apenas pela equipe de pesquisa; o questionário sociodemográfico e a entrevista semiestruturada serão respondidos de forma anônima; o trabalhador/a será identificado por um código – letra “T” seguida de um número; e quanto aos áudios que serão gravados, serão utilizados apenas para fins da pesquisa, serão transcritos, analisados, armazenados em local seguro e após 5 anos serão excluídos. Caso o risco de identificação se concretize, o trabalhador será informado sobre o ocorrido, terá os seus dados excluídos da pesquisa, e o serviço de saúde também será informado. A pesquisadora se compromete a manter o sigilo da identificação dos/as trabalhadores/as. Há também o risco de constrangimento, pelo fato do trabalhador/a ser convidado a expressar sua percepção em relação à temática e participar das discussões. Com o intuito de minimizar o risco de constrangimento o trabalhador/a tem o direito de não responder as perguntas das quais não queira, e tem a liberdade de desistir a qualquer momento da pesquisa, sem que isso lhe acarrete nenhum dano em seu trabalho. O questionário sociodemográfico é autoaplicável e a entrevista semiestruturada será aplicada em sala reservada. Caso haja qualquer desconforto ao trabalhador/a, este poderá ser encaminhado para a rede de atendimento psicológico do município.

Os dados digitais coletados ficarão de posse da pesquisadora responsável pelo estudo por um período de cinco anos no computador pessoal com senha e acesso restrito. Quanto aos dados físicos serão guardados em envelope lacrado, datado e assinado pela pesquisadora, e ficarão na sala da psicologia da ESF do estudo com acesso restrito. Posteriormente ao tempo de guarda, tanto os arquivos digitais quanto os físicos serão destruídos.

3.7 RESULTADOS ESPERADOS

Espera-se com esse estudo compreender, a percepção dos/as trabalhadores/as de uma Estratégia Saúde da Família (ESF) acerca da participação social; fortalecer e incentivar a participação social nos espaços da prática profissional da equipe; e a partir do desenvolvimento do trabalho, identificar fragilidades, potencialidades e propor intervenções nos espaços de participação da ESF.

4 RECURSOS

Quadro 1 - Recursos Financeiros

MATERIAIS	Quantidade	Valor unitário	Valor total
Folha A4	76	R\$0,05	R\$3,80
Impressão	57	R\$0,15	R\$8,55
Cartolina	1	R\$0,70	R\$0,70
Caneta Esferográfica	20	R\$0,86	R\$17,20
Conjunto Canetas Hidrográficas	1	R\$10,00	R\$10,00
Gravador de Voz Digital	1	R\$180,00	R\$180,00
Total		R\$220,25	

Fonte: elaborada pela autora, 2020.

Os recursos serão custeados pela equipe de pesquisa.

5 CRONOGRAMA

Quadro 1 - Cronograma

Duração: março a dezembro de 2020

ATIVIDADES	01	02	03	04	05	06	07	08	09	10	11	12
Revisão Bibliográfica	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X
Submissão ao CEP	X	X										
Apresentação do trabalho, coleta de dados e intervenção			X	X	X	X						
Análise dos dados							X	X	X	X		
Envio de relatório parcial ao CEP										X		
Elaboração de relatório e artigo											X	X
Envio do relatório final ao CEP												X
Defesa do TCR												X

Fonte: elaborada pela autora, 2020.

REFERÊNCIAS

BANDEIRA, B. C. **Participação popular e controle social na Unidade Básica de Saúde fazenda itajubá do município de Novo Lino – Alagoas**: uma proposta de intervenção. 2014. 18 f. Monografia (Especialização em Atenção Básica em Saúde da Família) - Universidade Federal de Minas Gerais, Alagoas, 2014. Disponível em: <https://www.nescon.medicina.ufmg.br/biblioteca/imagem/participacao-popular-controle-social.pdf>. Acesso em: 29 nov. 2020.

BARDIN, L. **Análise de conteúdo**. São Paulo: Edições 70, 2011.

BRASIL. **Constituição da República Federativa do Brasil**. Brasília, 1988. Disponível em: https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/constituicao/constituicao.htm. Acesso em: 21 set. 2020.

BRASIL. **Lei nº 8.080**, de 19 de setembro de 1990. Disponível em: https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/L8080.htm. Acesso em: 21 set. 2020.

BRASIL. **Lei nº 8.142**, de 28 de dezembro de 1990. Disponível em: https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/l8142.htm. Acesso em: 21 set. 2020.

BRASIL. **Portaria nº 2.436**, de 21 de setembro de 2017. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2017/prt2436_22_09_2017.html. Acesso em: 26 out. 2020.

CAMPOS, L.; WENDHAUSEN, A. L. P. A incorporação da participação social na Estratégia Saúde da Família: o papel dos/as trabalhadores/as de saúde. **Família, Saúde Desenvolvimento**, Curitiba, v.5, n.3, p.231-239, set./dez. 2003. Disponível em: <https://revistas.ufpr.br/refased/article/download/8087/5706>. Acesso em: 29 nov. 2020.

FASSINA, A. L. **Controle social, o Conselho Municipal de “Saúde”**: funcional ou aparelhado? 2014. 21 p. Artigo (Pós-graduação Gestão de Organização Pública em Saúde) – Área de Concentração Saúde Pública, Universidade Federal de Santa Maria, Picada Café, 2014. Disponível em: https://repositorio.ufsm.br/bitstream/handle/1/11356/Fassina_Augusto_Luis.pdf?sequence=1&isAllowed=y%20https://repositorio.ufsm.br/bitstream/handle/1/11356/Fassina_Augusto_Luis.pdf?sequence=1&isAllowed=y. Acesso em 20 out. 2020.

FURLANETTO, C. F. **Participação social e estratégia saúde da família: desvelando fragilidades e possibilidades.** 2014. 112 p. Dissertação (Mestrado em Gestão da Clínica) - Universidade Federal de São Carlos, São Carlos, 2014. Disponível em: <https://repositorio.ufscar.br/bitstream/handle/ufscar/9368/DissCFF.pdf?sequence=1&isAllowed=y>. Acesso em: 28 nov. 2020.

GERHARDT, T. E.; SILVEIRA, D. T. **Métodos de pesquisa.** 1. ed. Porto Alegre: UFRGS, 2009. Disponível em: <http://www.ufrgs.br/cursopgdr/downloadsSerie/derad005.pdf>. Acesso em: 20 nov. 2020.

GRITTEM, L; MEIER, M. J.; ZAGONEL, I. P. S. Pesquisa-ação: uma alternativa metodológica para pesquisa em enfermagem. **Texto & Contexto Enfermagem.** Florianópolis, 17(4), p. 765-70, out./dez. 2008. Disponível em: <https://www.scielo.br/pdf/tce/v17n4/19.pdf> . Acesso em: 22 nov. 2020.

JÚNIOR, J. P. B.; MARTINS, P. C. Participação social na Estratégia de Saúde da Família: análise da percepção de conselheiros de saúde. **Saúde Debate.** Rio de Janeiro, v. 38, n. 102, p. 440-451, jul./set. 2014. Disponível em: https://www.scielo.br/scielo.php?pid=S010311042014000300440&script=sci_abstract&tlng=pt. Acesso em: 20 nov. 2020.

LAVALLE, A. G. Participação: valor, utilidade, efeitos e causa. In: PIRES, R. R. C. (Org.). **Efetividade das instituições participativas no Brasil: estratégias de avaliação.** Brasília: Ipea, 2011. cap. 1, p. 33-42. Disponível em: https://www.ipea.gov.br/portal/images/stories/PDFs/livros/livro_dialogosdesenvol07.pdf. Acesso em: 22 nov. 2020.

MERHY, E. E. **A cartografia do trabalho vivo.** 4. ed. São Paulo: Editora Hucitec, 2014.

MINAYO, M. C. S. **O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde.** Rio de Janeiro: Abrasco; 2004.

MINISTÉRIO DA SAÚDE. **Diretrizes nacionais para o processo de educação permanente no controle social do SUS.** Documento aprovado pelo plenário do CNS na 158.^a Reunião Ordinária, dias 14 e 15 de setembro de 2005. Série A. Normas e Manuais Técnicos. Brasília, DF: Editora do Ministério da Saúde, 2006. Disponível em: [Diretrizes nacionais para o processo de educação permanente no controle social do SUS \(saude.gov.br\)](http://saude.gov.br). Acesso em: 28 nov. 2020.

OUVERNEY, A. M.; MOREIRA, M. R.; RIBEIRO, J. M. Democratização e educação permanente: percepção de egressos do QualiConselhos sobre contribuições aos conselhos de saúde. **Saúde Debate**. Rio De Janeiro, v. 40, n. especial, p. 186-200, dez. 2016. Disponível em:

<https://www.scielo.br/pdf/sdeb/v40nspe/0103-1104-sdeb-40-spe-0186.pdf>. Acesso em: 22 set. 2020.

PESSOA, V. M. et al. Pesquisa-ação: proposição metodológica para o planejamento das ações nos serviços de atenção primária no contexto da saúde ambiental e da saúde do trabalhador. **Interface**, v.17, n.45, p.301-314, abr./jun. 2013. Disponível em:

<https://www.scielo.br/pdf/icse/v17n45/aop0413.pdf>. Acesso em: 25 out. 2020.

PIZUTTI, P. L.; ALMEIDA, A. N.; MILLÃO, L. F. Intersetorialidade e participação social na gestão da educação permanente em saúde em um município de pequeno porte do Rio Grande do Sul: percepções de um Núcleo Municipal de Educação em Saúde Coletiva. **Ciência & Saúde**. Porto Alegre, v. 12, n. 3, set. 2019. Disponível em:

<https://revistaseletronicas.pucrs.br/ojs/index.php/faenfi/article/view/32151>. Acesso em: 27 nov. 2020.

QUEIROZ, D. T. et al. Observação trabalhador/a na pesquisa qualitativa: conceitos e aplicações na área da saúde. **Revista de Enfermagem UERJ**. Rio de Janeiro, p. 276-283, abr./jun. 2007. Disponível em:

https://edisciplinas.usp.br/pluginfile.php/2020779/mod_resource/content/1/Observa%0B%C3%A7%C3%A3o%20Trabalhador/a.pdf. Acesso em: 20 nov. 2020.

REZENDE, A. C.; CORDEIRO, B. C. Reflexão do papel da educação permanente sobre os desafios dos conselhos de saúde: revisão integrativa. **Saúde em Redes**. [Porto Alegre]: v. 5, n. 2, p. 123-14, 2019. Disponível em:

<http://revista.redeunida.org.br/ojs/index.php/rede-unida/article/view/1857>. Acesso em 28 nov. 2020.

ROLIM, L. B.; CRUZ, R. S. B. L. C.; SAMPAIO, K. J. A. J. Participação popular e o controle social como diretriz do SUS: uma revisão narrativa. **Saúde em Debate**, vol.37, n.96, p.139-147, 2013. Disponível em: <https://www.scielo.br/pdf/sdeb/v37n96/16.pdf>. Acesso em: 21 set. 2020.

SILVA, J. M.; CALDEIRA, A. P. Modelo assistencial e indicadores de qualidade da assistência: percepção dos profissionais da atenção primária à saúde. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v.26, p.1187-1193, jun. 2010. Disponível em:

<https://www.scielo.br/pdf/csp/v26n6/12.pdf>. Acesso em: 06 dez. 2020.

VALLA, V. V. Sobre participação popular: uma questão de perspectiva. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v.14, p.7-18, 1998. Disponível em:

<https://www.scielo.br/pdf/csp/v14s2/1322.pdf>. Acesso em: 29 nov. 2020.

APÊNDICE

APÊNDICE A – TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

Prezado/a,

Você está sendo convidado/a para participar da pesquisa intitulada **“PARTICIPAÇÃO SOCIAL NA PERCEPÇÃO DE TRABALHADORES/AS DE UMA ESTRATÉGIA SAÚDE DA FAMÍLIA”**, será realizada como Trabalho de Conclusão de Residência do Programa de Residência Multiprofissional em Área da Saúde: área de concentração Atenção Básica, da Universidade Federal da Fronteira Sul (UFFS), Campus Passo Fundo, RS, como requisito parcial para obtenção do título de especialista em Atenção Básica. Será realizada pela *psicóloga residente Bárbara Kawana Haupt Santos*, sob *orientação da Prof. Dra. Renata dos Santos Rabello*, e *coorientação da Preceptora Ms. Sandra Mara Setti*.

Tem como objetivo central analisar a percepção dos/as trabalhadores/as de uma Estratégia Saúde da Família (ESF) sobre a participação social no Sistema Único de Saúde (SUS). Possibilitará aos/as trabalhadores/as um espaço de reflexão e formação, favorecendo a continuidade e fortalecimento da participação social na prática profissional.

A participação na pesquisa se dará através de questionário sociodemográfico, entrevista semiestruturada e encontros de educação permanente. O questionário servirá para a caracterização dos/as trabalhadores/as, será respondido após a assinatura do presente Termo pelos que aceitarem participar da pesquisa, o tempo médio de resposta é 15 minutos. A entrevista semiestruturada terá perguntas abertas sobre o tema da participação social, o tempo de aplicação dependerá das respostas de cada trabalhador/a, mas estima-se uma média de 30 minutos. Quanto aos encontros de educação permanente, serão em torno de 2 a 3 encontros com duração de 1 a 2 horas cada para a discussão da temática.

Tanto na entrevista semiestruturada como na educação permanente, será utilizado meio digital para a gravação da voz, com o uso exclusivo desta apenas para a transcrição das falas e melhor apreensão do conteúdo para posterior análise. Os dados em sua íntegra

serão de uso da pesquisadora, o que garante a não divulgação do material e conduta ética. A pesquisadora responsável compromete-se a conduzir a pesquisa de acordo com o que preconiza nas Resoluções nº 466 de 12 de dezembro de 2012 e nº 510, de 7 de abril de 2016, ambas do Conselho Nacional de Saúde, que tratam dos preceitos éticos e da proteção aos/as trabalhadores/as que participarão da pesquisa. Os resultados desta pesquisa serão divulgados em eventos e/ou publicações científicas, porém qualquer dado que possa identificar os/as trabalhadores/as será omitido.

Os dados digitais coletados ficarão de posse da pesquisadora responsável pelo estudo por um período de cinco anos no computador pessoal com senha e acesso restrito. Quanto aos dados físicos, durante o período de realização da pesquisa ficarão de posse da pesquisadora, guardados na sala da psicologia da ESF do estudo em uma gaveta com chave. Após período de realização da pesquisa, os dados físicos serão guardados em envelope lacrado, nomeado, datado e assinado pela pesquisadora, ficarão na sala da psicologia da ESF do estudo com acesso restrito. Posteriormente ao tempo de guarda, que é de cinco anos, tanto os arquivos digitais quanto os físicos serão destruídos.

Você não receberá remuneração e nenhum tipo de recompensa para colaborar com a pesquisa, sendo sua participação voluntária. Você tem plena autonomia para decidir se quer ou não participar. Você não será penalizada(o) de nenhuma maneira caso não queira contribuir, não tendo repercussão em suas atividades de trabalho. Contudo, sua participação é muito importante para a execução da pesquisa.

Você não terá obrigação de responder às questões que julgar desnecessárias ou julgar que possam ferir sua integridade moral. Havendo situações de desconforto e/ou cansaço durante a entrevista, esta poderá ser interrompida e retomada de acordo com a sua vontade. Quanto aos riscos, há o risco de identificação do/a trabalhador/a. A fim de minimizá-lo, os dados coletados serão manuseados apenas pela equipe de pesquisa; o questionário sociodemográfico e a entrevista semiestruturada serão respondidos de forma anônima; e você será identificado/a na pesquisa por um código – letra “T” seguida de um número. A pesquisadora se compromete a manter o sigilo da identificação dos/as trabalhadores/as e se compromete com a guarda dos dados coletados. Caso o risco de identificação se concretize, o/a trabalhador/a será informado/a sobre o ocorrido, terá os seus dados excluídos da pesquisa, e o serviço de saúde também será informado. Há também o risco de constrangimento, pelo fato do/a trabalhador/a ser convidado/a a

expressar sua percepção em relação à temática e participar das discussões. Com o intuito de minimizar o risco de constrangimento o/a trabalhador/a tem o direito de não responder as perguntas das quais não queira, e tem a liberdade de desistir a qualquer momento da pesquisa, sem que isso lhe acarrete nenhum dano em seu trabalho. O questionário sociodemográfico é autoaplicável e a entrevista semiestruturada será aplicada em sala reservada. Caso haja qualquer desconforto ao/a trabalhador/a, este/a poderá ser encaminhado/a para a rede de atendimento psicológico do município. A qualquer momento poderá desistir de participar e retirar seu consentimento. Sua recusa não trará nenhum prejuízo em sua relação com a pesquisadora ou em seu trabalho. Esta pesquisa, contribuirá para o desenvolvimento de reflexões em relação à participação social e para o fortalecimento dessa junto à ESF.

Quanto ao benefício direto ao/a trabalhador/a, esse/a terá um espaço de reflexão e fortalecimento sobre a participação social na prática profissional, se caracterizando também como promoção de saúde. O espaço de educação permanente será utilizado para devolutiva parcial dos resultados da pesquisa. A devolução dos resultados finais será enviada por e-mail a cada trabalhador/a, e será agendado um retorno em reunião de equipe ou no espaço de educação permanente após a conclusão do projeto. Pretende-se apresentar os resultados para a gestão municipal de saúde, por meio do Trabalho de Conclusão de Residência.

Caso aceite participar, receberá uma via deste termo de consentimento onde consta os contatos da pesquisadora. Poderá a qualquer momento tirar suas dúvidas sobre o projeto e sua participação.

Bárbara Kawana Haupt Santos – Pesquisadora responsável

Tel: (54) 99933-1214 E-mail: barbarak.psico@gmail.com

Endereço para correspondência: Universidade Federal da Fronteira Sul/UFFS

Rua Capitão Araújo, 20, Centro, Cx Postal 3520

CEP 99010-200 – Passo Fundo – RS – Brasil

Você também poderá entrar em contato com o Comitê de Ética em Pesquisa com Seres Humanos da UFFS pelo telefone (49) 2049-3745, e-mail cep.uffs@uffs.edu.br ou pessoalmente na Universidade Federal da Fronteira Sul, Bloco da Biblioteca, Sala 310, 3º andar, localizada na Rodovia SC 484 Km 02, Fronteira Sul, Chapecó, Santa Catarina, Brasil, CEP 89815-899.

Declaro que li, entendi e concordo com todas as informações presentes neste Termo. Compreendidos a natureza e o objetivo deste estudo, bem como as condições de minha participação, manifesto meu livre consentimento em participar.

Marau, _____ de _____ de 2021.

Nome completo do/a trabalhador/a.

Assinatura do/a trabalhador/a.

Bárbara Kawana Haupt Santos – Pesquisadora responsável

Agradecemos sua colaboração!

APÊNDICE B – QUESTIONÁRIO SOCIODEMOGRÁFICO - CARACTERIZAÇÃO
DOS/AS TRABALHADORES/AS DA PESQUISA

TRABALHADORES/AS

Obs.: Os/as trabalhadores/as não devem identificar seus nomes.

Sexo: () Feminino () Masculino

Idade: _____

Escolaridade/Formação: _____

Tempo de atuação na saúde: _____

Profissão/Cargo que desempenha na Estratégia Saúde da Família (ESF):

Tempo de atuação na ESF: _____

Vínculo empregatício: () Funcionário Público () Contrato () Outro

Participa do Conselho Local e/ou Municipal de Saúde: () Sim () Não

Qual? _____

Alguma observação? _____

Desenvolve alguma atividade comunitária? () Sim () Não

Qual? _____

Tem o hábito da leitura e/ou busca se manter atualizada (o)? () Sim () Não

Se sim, o que costuma ler e/ou de que forma se mantém atualizada (o)?

Realiza algum tipo de atividade física? () Sim () Não

Qual? _____

Quantas vezes por semana? _____

Desenvolve hábitos alimentares saudáveis? () Sim () Não

Se sim, como cuida de sua alimentação?

Procura ter uma rotina de sono saudável? () Sim () Não

Se sim, de que forma?

Obrigada por sua participação!

APÊNDICE C – ENTREVISTA SEMIESTRUTURADA - PERCEPÇÃO DE TRABALHADORES/AS DA SAÚDE SOBRE A PARTICIPAÇÃO SOCIAL

Essa entrevista faz parte da pesquisa “PARTICIPAÇÃO SOCIAL NA PERCEPÇÃO DE TRABALHADORES/AS DE UMA ESTRATÉGIA SAÚDE DA FAMÍLIA”. Sua participação é livre, conforme apresentado no Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE). Para nossa conversa é importante que fique claro que não existem respostas certas ou erradas, apenas a sua visão/percepção. Obrigada!

PERGUNTAS:

1. O que você entende por participação social?
2. Quais são os espaços de participação social que visualiza na Estratégia Saúde da Família (ESF)?
3. Quais experiências de participação social visualiza nos espaços de atuação da ESF?
4. Você desenvolve em seu trabalho na ESF alguma atuação relacionada à participação social?
5. () Sim – Qual? Como?
6. () Não – Por quê? Gostaria de desenvolver? O quê?
7. Você gostaria de obter algum conhecimento sobre o tema da participação social na saúde que possa ser abordado nos encontros de Educação Permanente?
8. Gostaria de trazer alguma informação a mais sobre a participação social?

Obrigada por sua participação!

ANEXO**ANEXO 1 – TERMO DE CIÊNCIA E CONCORDÂNCIA DA INSTITUIÇÃO ENVOLVIDA**

Com o objetivo de atender às exigências para obtenção de parecer do Comitê de Ética em Pesquisa envolvendo Seres Humanos, **Douglas Kurtz**, o representante legal da instituição Secretaria de Saúde do Município de Marau - RS, envolvida no projeto de pesquisa intitulado: **“PARTICIPAÇÃO SOCIAL NA PERCEPÇÃO DE TRABALHADORES/AS DE UMA ESTRATÉGIA SAÚDE DA FAMÍLIA”**, declara estar ciente e de acordo com seu desenvolvimento nos termos propostos, salientando que os pesquisadores deverão cumprir os termos das Resoluções nº 466 de 12 de dezembro de 2012 e nº 510, de 7 de abril de 2016, ambas do Conselho Nacional de Saúde, e as demais legislações vigentes.

Douglas Kurtz

Secretário de Saúde do Município de Marau - RS

BÁRBARA KAWANA HAUPT SANTOS

Psicóloga Residente - Pesquisadora Responsável

Marau, ____ de _____ de 2020.



UNIVERSIDADE FEDERAL DA FRONTEIRA SUL
 CAMPUS PASSO FUNDO
 RESIDÊNCIA MULTIPROFISSIONAL EM SAÚDE
 ÁREA DE CONCENTRAÇÃO: ATENÇÃO BÁSICA

TERMO DE CIÊNCIA E CONCORDÂNCIA DA INSTITUIÇÃO ENVOLVIDA

Com o objetivo de atender às exigências para obtenção de parecer do Comitê de Ética em Pesquisa envolvendo Seres Humanos, **Douglas Kurtz**, o representante legal da instituição Secretaria de Saúde do Município de Marau - RS, envolvida no projeto de pesquisa intitulado: "**PARTICIPAÇÃO SOCIAL NA PERCEPÇÃO DE TRABALHADORES/AS DE UMA ESTRATÉGIA SAÚDE DA FAMÍLIA**", declara estar ciente e de acordo com seu desenvolvimento nos termos propostos, salientando que os pesquisadores deverão cumprir os termos das Resoluções nº 466 de 12 de dezembro de 2012 e nº 510, de 7 de abril de 2016, ambas do Conselho Nacional de Saúde, e as demais legislações vigentes.

Douglas Kurtz
 Secretário Municipal de Saúde
 PM. Marau/RS

Douglas Kurtz

Secretário de Saúde do Município de Marau - RS

BÁRBARA KAWANA HAUPT SANTOS

Psicóloga Residente - Pesquisadora Responsável

Marau, 23 de dezembro de 2020.

3 CAPÍTULO III - RELATÓRIO DO TRABALHO DE CAMPO E PERCURSO DA INTERVENÇÃO

3.1. INTRODUÇÃO

O relatório de campo da pesquisa-intervenção compõe a terceira etapa do Trabalho de Conclusão de Residência (TCR) do Programa de Residência Multiprofissional em Saúde - Área de Concentração Atenção Básica, da Universidade Federal da Fronteira Sul, Campus Passo Fundo, RS. A prática profissional da residência ocorre no município de Marau, RS, em duas Estratégias Saúde da Família (ESF).

Este relatório tem como objetivo descrever todas as etapas do trabalho de campo da pesquisa-intervenção intitulada “PARTICIPAÇÃO SOCIAL NA PERCEPÇÃO DE TRABALHADORES/AS DE UMA ESTRATÉGIA SAÚDE DA FAMÍLIA”. Bem como apresentar os aspectos favoráveis, potencialidades e os desafios encontrados durante o processo da coleta de dados a fim de atingir os objetivos da pesquisa que são:

Objetivo geral: Identificar a percepção dos/as trabalhadores/as de uma Estratégia Saúde da Família sobre a participação social no Sistema Único de Saúde.

Objetivos específicos: Identificar a percepção de dos/as trabalhadores/as de saúde a respeito das ações de participação social dentro da unidade de saúde; levantar as experiências de os dos/as trabalhadores/as de saúde sobre a participação social nos espaços de práticas profissionais; analisar como os/as trabalhadores/as percebem ou visualizam o espaço da educação permanente para o desenvolvimento das discussões da participação social; sensibilizar a equipe em encontros de educação permanente para o fortalecimento do tema da participação social nos espaços da prática profissional.

A data de início do trabalho de campo se deu no dia 09 (nove) de março. Esta terceira etapa da pesquisa permite a expressão e registro dos sentimentos e momentos vivenciados durante o processo de coleta de dados, assim constam algumas fotos como forma de narrativa. Este relatório antecede a última fase do TCR, o artigo científico que será produzido a partir da análise de dados, o relatório entre outros pontos apresenta como esses dados foram coletados.

3.2 LOGÍSTICA E AS ETAPAS DA COLETA DE DADOS

3.2.1 Logística prévia a coleta de dados

Para a execução da pesquisa-intervenção foi necessário submeter o projeto de pesquisa ao Comitê de Ética em Pesquisa (CEP) da Universidade Federal Fronteira Sul (UFFS). Foi preciso realizar o cadastro da pesquisadora residente na Plataforma Brasil, assim como inserir o projeto de pesquisa na plataforma com a descrição detalhada desse. Esse processo apesar de minucioso e denso ocorreu de forma tranquila devido a orientação e acompanhamento atento da orientadora Prof. Dra. Renata dos Santos Rabello, e também da professora Shana Ginar da Silva docente da disciplina de Trabalho de Conclusão de Residência (TCR).

O projeto foi enviado à Plataforma Brasil no dia 31 de dezembro. O quanto antes fosse postado melhor para passar pelas primeiras mesas de avaliação do CEP em 2021. Foi preciso correr para o envio do projeto, mas seu retorno não demorou. Voltou com três pendências e uma nota de observação ao contexto pandêmico como lembrança aos cuidados necessário para o desenvolvimento da intervenção. Quanto às três pendências solicitadas foram corrigidas, encaminhadas à Plataforma Brasil e registradas através de uma “Carta de Pendência” contendo as seguintes alterações:

"CRITÉRIO DE EXCLUSÃO:

1) Reescrever os critérios de exclusão para que fique claro ou melhor especificado que o termo “ou algum outro fator” seja somente relativo a motivos de afastamento do trabalho e não a qualquer outro fator não especificado nos critérios de exclusão.

Alteração: “Critérios de exclusão – somente trabalhadores/as da ESF que estejam afastados do trabalho, independente dos motivos pelos quais estejam afastados do trabalho”.

METODOLOGIA DE ANÁLISE DE DADOS:

2) Constar sobre a licença de softwares pagos utilizados.

Alteração: “Os dados coletados das entrevistas, do diário de campo e dos áudios das gravações serão digitados e sistematizados pela pesquisadora no programa Word da Microsoft, versão 2019, com a seguinte chave de licença: NMMKJ-6RK4F-KMJVX-8D9MJ-6MWKP”.

3) Adicionar todos os integrantes da equipe de pesquisa na Plataforma (faltou constar a participação da coorientadora preceptora).

Alteração: integrante da pesquisa adicionada – Sandra Mara Setti”.

3.2.1.1 Suporte da equipe de pesquisa e contato com a equipe da unidade

As três etapas do TCR – diagnóstico territorial, projeto de pesquisa e trabalho de campo/relatório de campo – tem sido as experiências acadêmicas e profissionais mais marcantes da vida da residente até o momento. O suporte que recebeu de toda a equipe docente do Programa de Residência da UFFS gerou grande satisfação e desafios. As aulas, as supervisões coletivas e individuais com o grupo de professores/as e a coordenação do Programa, a banca de qualificação, cada supervisão com a orientadora e com a coorientadora, todo o processo foi e está sendo muito importante.

Os desafios da escrita acompanharam e acompanham a residente, mas essa nunca esteve sozinha. Reconhece em especial o trabalho, orientação/conhecimento e apoio de sua Orientadora Prof. Dra. Renata dos Santos Rabello e de sua Coorientadora e Preceptora Ms. Sandra Mara Setti, reconhece o trabalho produzido e o crescimento alcançado a partir do suporte recebido. Dentro desse processo a residente não pode deixar de destacar a grande importância também de sua psicóloga Maria Isabel Bristtot, que semanalmente em sessão lhe ajudou a trabalhar as angústias geradas nessa caminhada, transformando-as em motor para seguir sua jornada. Além dessas pessoas a residente contou com o apoio de sua família, dos seus colegas residentes (R1s e R2s) e também da equipe da unidade.

A família com um lugar especial - afetivo e seguro ao acolher suas dificuldades e reconhecer seus avanços. Assim a “equipe de pesquisa para o TCR” se constitui de muitas pessoas e espaços que dão suportes diferentes. A pesquisa-intervenção é viva, quem a produz está implicado nela e com ela. O ser humano é complexo, é corpo-mente, é dentro-fora e fora-dentro. Nesse movimento da vida que a pesquisa-intervenção acontece, onde a todo momento estamos nos constituindo, modificando e sendo modificados, lembrando aqui o conceito da Banda Móbilis (Banda de Moebius) de Jacques Lacan que a residente aprendeu com sua psicóloga.

Quanto ao contato com a equipe da unidade, a residente teve um contato prévio satisfatório com a gestora da unidade ao apresentar brevemente sua pesquisa e as etapas de coleta de dados dessa. Recebeu apoio para a realização da pesquisa com a liberação de três espaços de educação permanente em reuniões de equipe para a realização da intervenção. A pesquisadora residente há menos de um mês para o início da coleta de dados contactou com sua coordenadora, que é sua preceptora no campo de prática profissional, e com a gestora da unidade, precisou discutir possibilidades para a realização de sua pesquisa. Houve mudança de bandeira da pandemia da Covid-19, da cor vermelha para a preta, interferiu na interrupção das reuniões de equipe. A orientação recebida pela coordenadora e pela gestora da unidade foi de fazer a primeira parte da coleta de dados (apresentação da pesquisa, do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido e a aplicação do questionário sociodemográfico) de forma individualizada ou em pequenos grupos durante o expediente de trabalho e não mais em reunião de equipe como ocorreria. Desse modo, houve organização e apoio da equipe para que a coleta de dados pudesse ser realizada sem grandes alterações e da melhor forma possível.

A bandeira preta retrocedeu voltando com a permissão para a realização das reuniões de equipe. Porém, houve outra situação em que a residente pode contar com o apoio da gestora da unidade e de sua coordenadora/preceptora. A coleta de dados já estava em andamento, mas a intervenção ainda não. Outra mudança externa interferiria na realização da pesquisa conforme o planejado. Por conta de um surto de dengue no município a gestão realocou as Agentes Comunitárias de Saúde (ACS) para o trabalho de Agentes de Endemias, assim não participariam nas sextas-feiras das reuniões de equipe, exceto se chovesse, e perderiam a intervenção da pesquisa que ocorreria em três momentos de educação permanente no espaço da reunião de equipe. Fazer alterações

nesse planejamento da gestão municipal não era algo tão simples. O momento com as ACS no município estava delicado, e alterar a rotina das ACS apenas da ESF São José Operário poderia não ser bem visto. Porém, ao dialogar com a coorientadora e posteriormente com a gestora da unidade, foi feito o movimento de encaminhar para a Coordenadora de Ações em Saúde do município um texto escrito pela residente onde essa apresentava a pesquisa e as datas agendadas para as educações permanente (14 e 28 de maio e 11 de junho) solicitando a participação das ACS nas reuniões de equipe nesses dias. A solicitação foi aceita e o trabalho realizado com a participação das ACS que estavam trabalhando no período de realização da pesquisa.

É importante salientar que em todos esses movimentos citados, além da participação e discussão com a coorientadora/preceptora e com a gestora da unidade, que estavam presentes no cenário da prática profissional e de realização da pesquisa, a orientadora participou da mesma forma da construção das alterações propostas nesse processo. A orientadora que é professora da UFFS, em período de pandemia onde os encontros não eram presenciais, se fez presente sempre de modo muito atento e rápido através do WhatsApp, por supervisões em vídeos chamadas e pelo e-mail. Esteve sempre presente, ajudando a pensar e orientando para uma postura mais assertiva, coletiva e segura. O trabalho com a equipe de pesquisa entre a residente, a orientadora e a coorientadora sempre se deu com uma construção conjunta muito produtiva, com escuta, pensamento e sinergia.

3.2.2 Instrumentos de coleta de dados

A pesquisadora residente fez uso de três instrumentos para a coleta de dados da pesquisa-intervenção, elaborados a partir dos objetivos do estudo: 1. Questionário sociodemográfico - caracterização dos/as trabalhadores/as da pesquisa; 2. Entrevista semiestruturada - percepção de trabalhadores/as da saúde sobre a participação social; 3. Diário de campo.

1. Questionário sociodemográfico - caracterização dos/as trabalhadores/as da pesquisa (APÊNDICE A): instrumento elaborado para esta pesquisa, com o intuito de caracterizar os/as trabalhadores/as e proporcionar reflexões, indo ao encontro de uma das

propostas desta pesquisa sobre formas de fomentar a participação social. Conteve informações sobre idade, escolaridade, tempo de atividades na ESF, hábitos e costumes de vida. Entre as dificuldades encontradas na aplicação deste instrumento, a principal delas relatada pelos/as trabalhadores/as da saúde foram as respostas fechadas em “sim” ou “não”, sentiram falta de uma opção de resposta intermediária. Embora, em todas as questões houvesse a abertura para que se expressassem através da escrita. A residente pesquisadora percebeu que alguns/mas trabalhadores/as que responderam “não” estando tendo hábitos saudáveis, após responderem o questionário verbalizaram descontentamento consigo mesmos. Assim pareceu pertinente uma pergunta complementar, por exemplo, “Cite 1 passo que está a seu alcance de fazer para desenvolver esse aspecto:”. Acredita-se que assim o questionário favoreceria a motivação para autonomia no cuidado pessoal e chegaria mais próximo de seu objetivo de proporcionar reflexão e fomentar a participação social. Uma questão que alguns/mas trabalhadores/as tiveram dúvida foi “Participa do Conselho Local e/ou Municipal de Saúde: () Sim () Não - Qual? /Alguma observação?” – por conta da pandemia as reuniões do Conselho Local de Saúde não estavam ocorrendo, então não sabiam como responder a essa pergunta. Outra questão que houve dúvida foi “Desenvolve alguma atividade comunitária? () Sim () Não - Qual?” – solicitaram exemplos do que seria uma atividade comunitária. Quanto ao aspecto positivo ressaltado por vários/as trabalhadores/as foi sobre ser um questionário simples e rápido, verbalizavam pensar que teria perguntas difíceis sobre a participação social que não soubessem responder. O tempo médio de resposta esperado era de 15 minutos, mas os/as trabalhadores/as responderam em uma média de 8 minutos. Quanto ao controle de qualidade, os questionários sociodemográficos foram respondidos sem a identificação dos/as trabalhadores/as conforme orientado e guardados na sala da psicologia em gaveta com chave.

2. Entrevista semiestruturada - percepção de trabalhadores/as da saúde sobre a participação social (APÊNDICE B): entrevista elaborada para esta pesquisa com perguntas abertas sobre a participação social no SUS. Foi estruturada com o intuito de permitir a residente conhecer a percepção dos/as trabalhadores/as da ESF sobre a temática e levantar os temas de interesse desses/as sobre o assunto. Na aplicação, entre as dificuldades sentidas uma delas se referia ao próprio conhecimento dos/as trabalhadores/as em relação ao tema. Nas questões 2 e 3 onde lhes era solicitado responder

quais os *espaços* e *experiências* de participação social que visualizavam na ESF, tinham dificuldade em diferenciar esses aspectos. Uma outra dificuldade sentida pela residente foi em relação à sua conduta ao conduzir as entrevistas. Em alguns momentos utilizou expressões que passavam a conotação de aprovação e estar certo o que os/as trabalhadores/as respondiam, por exemplo, “ótimo”, “muito bom”, sendo que não havia certo ou errado apenas a percepção de cada um. Outra dificuldade na condução de algumas entrevistas foi em momentos que os/as trabalhadores/as pareciam fugir do foco. A residente seguiu uma frase de sua preceptora “antes pecar pelo excesso do que pela falta”, então preferiu deixá-los falar. Quanto o tempo médio de duração das entrevistas estimava-se 30 minutos, mas foi 16,48 minutos. O número de trabalhadores/as esperado era 18. Porém, a aplicação deste instrumento seguiria o critério de saturação de dados, ou seja, a entrevista semiestruturada não precisaria ser aplicada em todos os/as trabalhadores/as caso os dados fossem se repetindo. Para isso o agendamento das entrevistas com os/as trabalhadores/as priorizou inicialmente um trabalhador/a por categoria. Mas, ao realizar as entrevistas a residente percebeu a necessidade de aplica-las em todos/as trabalhadores/as por proporcionar reflexão sobre o tema o que poderia favorecer as discussões nos encontros de educação permanente. Ao total foram realizadas 19 entrevistas. Os dados das entrevistas foram gravados em aparelho digital e armazenados em conta do Google Drive da residente de acesso pessoal.

3. Diário de campo (APÊNDICE C): elaborado para esta pesquisa, para registrar e categorizar as informações obtidas durante os encontros de educação permanente e em todo o cotidiano, já que é uma pesquisa-ação. Foram registradas nesse instrumento observações de todo o processo de coleta de dados (contato inicial com a equipe para apresentação da pesquisa, aplicação do TCLE, do questionário sociodemográfico, das entrevistas semiestruturadas e das educações permanente – houve também um registro posterior a coleta de dados). Havia sido planejado que os registros ocorreriam durante as atividades de realização da pesquisa, mas em sua maioria posteriormente para evitar prejuízos na participação da pesquisadora. O intuito era realizar esses registros logo após os encontros para evitar esquecimentos. Na prática a residente realizou todos os registros posteriormente as atividades. Mas, devido ao tempo que a residente tinha para escrever sentiu dificuldade em realizar o registro completo logo após as atividades, fazendo assim registros parciais para posteriormente finalizá-los. A escrita posterior pode resultar em

--	--	--	--	--	--	--	--

Fonte: elaborado pela residente, 2021.

3.2.4 Preparação e organização do banco de dados

Os dados da pesquisa se deram a partir do questionário demográfico, dos registros em diário de campo e das gravações de áudio. Foram 19 entrevistas semiestruturadas e 3 encontros de educação permanente que tiveram seus áudios gravados com aparelho digital de posse da residente pesquisadora. As gravações foram armazenadas no computador pessoal da residente e também no Google Drive, ambos com senha e acesso restrito.

O diário de campo foi digitado e as gravações de áudio estão sendo digitadas e sistematizadas pela pesquisadora, ambos no programa Word da Microsoft, versão 2019, com a seguinte chave de licença: NMMKJ-6RK4F-KMJVX-8D9MJ-6MWKP. A análise e interpretação dos dados está sendo realizada baseada no Método de Análise de Conteúdo proposto por Bardin (2011), que consiste em três etapas:

Primeira etapa - *Pré-análise (fase em que a residente se encontra)*: incide na organização e preparo do material que será analisado, tornando-o operacional. A residente construiu o diário de campo e está ainda transcrevendo as gravações de áudio (faltam 4 entrevistas e as 3 educações permanentes). Realizará a leitura flutuante de todos os materiais registrados ao longo da pesquisa. Buscará conforme a orientação do método a construção de um *corpus* com base na exaustividade, representatividade, homogeneidade e pertinência.

Segunda etapa - *Exploração do material*: consiste na codificação e categorização do material. Na codificação, a residente fará o recorte das unidades de registro. As unidades de registro podem ser a palavra, o tema, o objeto, o acontecimento ou o documento. Também realizará a enumeração e categorização por meio da frequência de respostas e a presença (ou ausência) de determinadas palavras ou termos. Assim, a residente irá codificar as palavras e temas que apareceram com maior frequência nas falas dos/as trabalhadores/as no instrumento semiestruturado e nos encontros de educação

permanente organizando-as em categorias para a análise. Essa codificação e separação das categorias será feita por cores.

Terceira etapa - *Tratamento dos resultados obtidos e interpretação dos achados*. Os resultados obtidos neste estudo, serão interpretados procurando-se identificar as questões mais relevantes sobre o tema. Serão apresentados de forma a dialogar com o conhecimento já produzido em literatura sobre o tema.

A residente pelo contato tido com o material escrito e transcrito até o momento visualiza algumas categorias para análise. Acredita que abordará entre as categorias o que os/as trabalhadores/as entendem por participação social; o que entendem por participação institucionalizada e não institucionalizada; quais *espaços* e *experiências* de participação social percebem na ESF e o que entendem por; como visualizam a participação social em sua atuação profissional e quando não visualizam o porquê não visualizam; e a percepção de relevância do tema para ser trabalhado com a equipe. Essas percepções da residente se dão pelos principais exemplos, ausências e dificuldades que foram se repetindo nas falas dos/as trabalhadores/as.

3.3 POTENCIALIDADES E DESAFIOS NA COLETA DE DADOS

Foram vários os desafios e aprendizados a partir da coleta de dados. O primeiro deles se deu a partir da pandemia. Foi necessária uma reorganização na primeira fase da coleta de dados. A apresentação da pesquisa e leitura do TCLE seria realizada em reunião de equipe para todos/as os/as trabalhadores/as presentes. Assim todos/as que aceitassem participar assinariam o TCLE e responderiam ao questionário sociodemográfico. Porém, com a mudança de bandeira da pandemia as reuniões de equipe foram suspensas. A apresentação da pesquisa foi feita por meio de uma mensagem no grupo de WhatsApp da equipe. O TCLE e o questionário sociodemográfico precisaram ser realizados em pequenos grupos ou de forma individual conforme a disponibilidade dos/as trabalhadores/as durante o expediente de trabalho. Dessa forma, o que seria em uma reunião se repeliu em torno de nove vezes, em quatro dias, entre o período de 12 de março

a 27 de abril. O/A último/a trabalhador/a que assinou e respondeu foi no dia 12 de maio, mas porque estava afastado/a.

Uma necessidade sentida pela residente foi a realização de um estudo piloto para o questionário sociodemográfico. Poderia ajudar na elaboração das opções de respostas, talvez uma escala Likert seria viável. Uma sugestão que potencializaria a coleta de dados é quanto a antecipação de uma aula com orientações para esse momento. A sugestão da residente é que seja passada logo no início do terceiro semestre já que a residente fez o primeiro movimento relacionado à coleta de dados no dia 09 de março.

Um desafio e aprendizado para a residente foi sobre o desejo de cada trabalhador/a em participar da pesquisa. Experiências, interesse e momento de vida se apresentaram para a residente como fatores que interferem na disposição e acolhimento do/a trabalhador/a em participar da pesquisa e da intervenção. A residente pode convidar, reagendar a coleta para horários que fique melhor para o/a trabalhador/a, e pode salientar a importância da pesquisa, mas o desejo em participar é do outro. Cada um faz a sua parte e entrega o que pode naquele momento.

Quanto à intervenção. A residente sentiu dificuldade em parar e estruturar os três encontros de educação permanente. Em sua mente ampliava a exigência e dificuldade dos mesmos. Sentiu por diversas vezes como se não tivesse conhecimento suficiente para compartilhar com a equipe. Como se a educação permanente fosse um show que ela tivesse que apresentar e não uma construção entre as partes. Resumindo a residente percebeu que tinha conhecimento e conteúdo para continuar as educações permanentes. O primeiro aprendizado foi sobre valorizar e trabalhar com o conhecimento que já se tem, e o segundo é que o encontro se faz com o outro.

Foi muito presente para a residente a percepção de que não controlamos a vida. Intercorrências acontecem saindo dos planos. Isso foi perceptível em alguns momentos. Logo no início as alterações por conta da pandemia. No primeiro dia de educação permanente a gestora viajou e um/a novo/a médico/a iniciou na unidade. A condução dos encontros diferente do que o pensado. A necessidade de reorganizar o segundo encontro. Porque a parte e ação ativa ou passiva de cada um faz a diferença. A residente estruturou uma ideia e compartilhou com a equipe, entendeu que tem responsabilidade pela sua

parte. É importante não se apegar ao planejamento, não criar expectativas, mas construir com o outro.

A educação permanente envolveu dificuldades do trabalho com grupos. Perceber os momentos desse e os papéis que seus integrantes assumiram. Alguns trabalhadores/as tiveram uma postura de porta-voz monopolizando o diálogo. O primeiro encontro foi mais difícil de conduzir e gerou uma mescla de sentimentos na residente. Mas, conforme os encontros foram ocorrendo a sensação que lhe acompanhava era de estar subindo degraus, sentia aprender com a experiência e estar tendo mais segurança. O diário de campo foi um instrumento importante para o processo de análise e ressignificação da intervenção, assim como, as orientações com sua orientadora e coorientadora e suas sessões de terapia.

A potencialidade e alegria que a residente sente pela intervenção realizada está na possibilidade de ampliação do olhar da equipe para a grandeza de sua própria atuação enquanto ESF. A participação social está a todo momento vinculada com a prática dos/as trabalhadores/as. Realizar esse trabalho é caminhar para a expansão e aproximação dessa compreensão. Sensibilizar é o primeiro passo e potencial dessa pesquisa-intervenção para os avanços da participação social na ESF e assim em seu território adstrito.

Outra potencialidade dessa pesquisa está para a valorização dos espaços de educação permanente dentro da ESF. A residente pode perceber esse reconhecimento na equipe. Em torno de um mês e meio depois do término da coleta de dados, em reunião de equipe um/a trabalhador/a trouxe a colocação e desejo de construir mais momentos de educação permanente. Dessa forma a potencialidade dessa pesquisa está para o reconhecimento da educação permanente como um espaço de qualificação do trabalho em saúde e de cuidado e bem-estar para os/as próprios trabalhadores/as.

3.4 RELATO E DESCRIÇÃO DA INTERVENÇÃO

A intervenção se deu a partir de três encontros de educação permanente. Onde foi apresentado e discutido o tema da participação social com foco em sua forma não

institucionalizada. Os encontros ocorreram com frequência quinzenal nos dias 14 e 28 de maio e 11 de junho, com duração média de 1 hora.

3.4.1 1º Encontro de Educação Permanente – 14/05/2021

Nº de trabalhadores/as presentes: 16

Obs.: Participariam da reunião 20 trabalhadores/as – 2 afastados/as e 2 ausentes.

No dia do 1º encontro ocorreram duas situações que a residente não esperava. No início da manhã começou trabalhar um/a novo/a médico/a na ESF. Na parte da tarde a gestora da unidade viajou, não participando da primeira educação permanente. Essas circunstâncias geraram momentaneamente um desconforto na residente.

A reunião de equipe começou às 15h00. A coorientadora da pesquisa e preceptora da residência se posicionou junto à equipe algumas vezes para que os assuntos da pauta da reunião fossem tratados de forma objetiva, afim de evitar que se estendessem de forma demasiada e não prejudicassem o tempo para a educação permanente. A preceptora estava sendo firme com a questão do tempo, valorizando o espaço da educação permanente. A residente não se manifestou, mas compreendeu que poderia se defender aquele espaço/tempo que havia sido combinado com a gestora e equipe para a realização da intervenção da pesquisa.

Por voltas das 15h40 a residente deu início à educação permanente, a gravação de áudio durou 01h10. Começou apresentando a pesquisa, o Trabalho de Conclusão de Residência (TCR) e como ele se desenvolvia através de uma pesquisa-intervenção junto ao campo de prática profissional. Apresentou brevemente as etapas anteriores da pesquisa, já que a equipe contava com um/a novo/a integrante. Esse/a participou bastante da educação permanente, dialogou, expressou seu pensamento e questionou.

Iniciou projetando o vídeo da música “Maria, Maria” de Elis Regina:

“Maria, Maria

É um dom, uma certa magia

Uma força que nos alerta
Uma mulher que merece viver e amar
Como outra qualquer do planeta
Maria, Maria
É o som, é a cor, é o suor
É uma dose mais forte e lenta
De uma gente que ri quando deve chorar
E não vive, apenas aguenta
De uma gente que ri quando deve chorar
E não vive, apenas aguenta
De uma gente que ri quando deve chorar
E não vive, apenas aguenta
Mas é preciso ter força
É preciso ter raça
É preciso ter gana sempre
Quem traz no corpo a marca
Maria, Maria
Mistura a dor e a alegria
Mas é preciso ter manha
É preciso ter graça
É preciso ter sonho sempre
Quem traz na pele essa marca
Possui a estranha mania
De ter fé na vida”.

Orientou a prestarem atenção na letra e refletirem sobre sua relação com o tema da participação social. Deixou aberto para quem quisesse falar sobre. Três trabalhadores/as expressaram seus pensamentos – trouxeram a questão de sermos muitas “Marias” pela equipe ser formada em sua maioria por mulheres; uma crítica às pessoas

que não podem chorar, que precisam sorrir, aguentar, passar pelas dificuldades e superar; e uma forma de retratar as dores e as alegrias da vida. A residente agradeceu a participação, mas não fez nenhuma fala de validação das contribuições, sentindo que ficou faltando um fechamento e transição.

Passou para um segundo momento. Entregou um papel para cada e solicitou que escrevessem uma palavra que representasse para si o que é a participação social. Depois orientou a colocarem esses papéis no chão. Essa não foi a melhor condução, pois os trabalhadores/as não se comprometeram com sua escrita, demonstraram-se resistentes em ler a palavra que escolheram. Então a residente pediu para que lessem as palavras que haviam aparecido, ainda assim o grupo não se demonstrava disposto. As palavras que apareceram foram: *unidade, usuários, empatia, coletividade (duas vezes), gestão, humanização, empatia (duas vezes), construção, universalidade, dever, direito, equidade, gratidão, cuidado e ouvir*. O/A trabalhador T6 manifestou a dificuldade em expressar o que é a participação em uma palavra. Um/a trabalhador/a questionou quem escreveu a palavra gratidão e por que gratidão. Inicialmente o grupo fez silêncio, até que uma pessoa se manifestou, mas demonstrando dificuldade em assumir autoria sobre a frase. A pouca participação do grupo também pode ser compreendida como um receio por não terem segurança sobre o que escreveram.

A residente comentou que muitas das palavras que haviam aparecido, praticamente em sua totalidade estavam relacionadas a participação social em seu aspecto não institucionalizado. Assim entrou brevemente no conceito de participação social. Apresentou o que seria sua forma institucionalizada e questionei o grupo como se dava a participação para além dos espaços dos Conselhos e Conferências de Saúde - como se dava a participação não institucionalizada. Alguns trabalhadores/as responderam. Foi uma discussão em que metade dos que participaram conseguiram citar exemplos ou expressar a participação social para além de seu formato institucionalizado, porém a outra parte focava na participação institucionalizada. Se fixavam na questão da não participação da comunidade nos Conselhos Locais de Saúde. Verbalizaram que a população não participa, apenas reclama e não se une para mudanças. O grupo dos/as trabalhadores/as que pensava desse modo se manifestava de tal forma que dava a impressão que o grupo

tinha o mesmo pensamento. O restante do grupo foi de coibindo de participar e a residente teve dificuldade para conduzir as discussões nesse momento.

Essa percepção da participação muito restrita ao seu caráter formal e sem adesão da comunidade pouco havia aparecido nas entrevistas semiestruturadas e nas palavras escritas na educação permanente. Trouxeram na entrevista semiestruturada, mesmo que de forma indireta ou nebulosa, mas conseguiam falar sobre a participação social e exemplifica-la com situações que remetiam a sua forma não institucionalizada. Porém, o que apareceu na educação permanente neste momento de fala dos/as trabalhadores/as refletiu as percepções que a residente teve da equipe em relação ao tema ao longo do período de diagnóstico territorial da pesquisa. Era como se os/as trabalhadores/as que expressavam sua opinião ao longo do período de diagnóstico territorial fossem os porta-vozes da equipe, pois não havia posições contrárias, resumiam a participação social à falta de adesão da comunidade às reuniões de Conselho Local de Saúde (CLS). Traziam em suas falas a desesperança e a passividade, como se fosse algo que não visualizavam dar certo, dependendo somente da comunidade, não havendo nada que pudessem fazer em relação a isso. Diziam já terem tentado organizar as reuniões do CLS de diversas formas e que não tiveram adesão significativa.

Dos 16 trabalhadores/as presentes na educação permanente 8 participaram fazendo comentários – 4 visualizando e se referindo a participação social somente voltada ao seu aspecto formalizado e à falta de adesão da população; e 4 dando exemplos e visualizando a participação social de forma mais ampla em seu modo não institucionalizado. A residente considera que se tivesse pedido para cada trabalhador/a ler e comentar a palavra que escreveu a discussão teria sido mais rica. Supõe que cada um teria seu momento de fala. Poderiam se implicar mais no processo e se comprometer com seu pensamento, favorecendo a discussão da participação social em sua forma não institucionalizada.

Em seguida a residente apresentou a proposta da ponte. Organizou os encontros de educação permanente a partir de uma analogia da participação social com a construção de uma ponte. Em uma folha de papel pardo de 2 metros dispôs alguns papeis que continham as seguintes palavras: *participação social institucionalizada*, *participação social não institucionalizada*, *distância*, *ponte*, *caminho* e *ideal*. Apresentou a ideia de

que as duas formas de participação estavam uma em cada ponta do papel distantes uma da outra, mas que poderíamos construir uma ponte entre elas. Apontou que essa ponte é construída por todos nós e assim se pode chegar ao ideal da participação social institucionalizada. Mas, refletiu que o importante não é o ideal, e sim o caminho que é trilhado/construído. A partir disso a residente foi questionando o grupo, procurando trazer a reflexão com as seguintes perguntas: *QUEM constrói essa ponte (atores)? ONDE/Em que ESPAÇOS se constrói? Quais EXPERIÊNCIAS constroem essa ponte? O QUE É essa ponte?* Porém, o grupo teve dificuldade de responder a essas perguntas. A proposta era para irem escrevendo no cartaz nossas discussões, mas isso não ocorria precisando a residente escrever. Voltavam praticamente em todas as questões ao fato da população não fazer uso dos espaços dos conselhos, apenas reclamarem, fixando a discussão na participação institucionalizada.

O grupo não conseguiu entender a questão proposta do ideal – o ideal na participação institucionalizada como um norte, mas para ser construído a partir da participação não institucionalizada dando foco a este percurso. O/A trabalhador/a T21 questionou se a participação institucionalizada realmente deveria ser o ideal. Embora o grupo apontava a cada questionamento a falta de participação da comunidade nos espaços institucionalizados, como se tivesse uma idealização posta nesses.

Nesse primeiro encontro ficou presente que seria preciso trabalhar mais o que é a participação social em suas duas formas para então diferenciá-las. A proposta para esse encontro não era trazer os dois conceitos e esmiuçá-los. A proposta era trazer questões e dialogar com o grupo, ouvir o que traziam e assim ir construindo o entendimento. Mas, 25% do grupo compreendia a participação social pelo viés da participação da comunidade no CLS e manifestavam isso de forma repetida em todas as tentativas de abrir o diálogo; outros 25% visualizavam a participação em sua forma não institucionalizada, mas manifestaram apenas inicialmente e depois se calaram; e os outros 50% do grupo não se manifestaram. Então a discussão ficou em círculos, não conseguindo avançar na compreensão do que realmente seria a participação não institucionalizada. Ficando a percepção da necessidade de voltar a esse ponto no encontro seguinte.

A residente finalizou a educação permanente despertando o interesse do grupo pela forma como se constrói essa ponte. Fez uma analogia entre os *atores* e os *espaços*

da participação social com o *ferro* e os tijolos da ponte, apontando a necessidade de ter algo que os conecte – o *cimento*. Então, verbalizou que a equipe havia trazido muito sobre esse “*cimento*” nas entrevistas semiestruturadas. A residente sentiu finalizar de forma positiva ao ressaltar e valorizar o conhecimento da equipe ao mesmo tempo em que lhe aguçou a curiosidade para o próximo encontro.

Os sentimentos após a educação permanente foram ambíguos. Um era de trabalho cumprido, alívio. Outro era de certa frustração, tanto pela autocrítica da residente em relação a sua condução das discussões, como por achar que o grupo não participou. Ao fazer o diário de campo a residente entendeu melhor o comportamento do grupo e a forma como conseguiu participar. Reconheceu sua polaridade e o modo taxativo que parte dele se posicionou. Porém, a residente entende que o grupo também se frustrou, como se esperassem uma palestra em que a residente viesse ensinar o que era participação social e não um momento para discussão e construção conjunta.

3.4.2 2º Encontro de Educação Permanente – 28/05/2021

Nº de trabalhadores/as presentes: 17

Obs.: Participariam da reunião 22 trabalhadores/as – 2 afastados/as e 2 ausentes. Nesse encontro a equipe contou com novos integrantes, 2 estagiários/as doutorandos/as de medicina da UFFS.

A educação permanente ocorreria depois da reunião de equipe. A reunião tem início às 15h00, costuma começar geralmente com poucos minutos de atraso. Porém nesse segundo encontro da educação permanente a reunião começou às 15h20. A gestora pediu para esperar a médica que estava com os doutorandos depois que voltaram das visitas domiciliares. Nesse momento a residente ficou incomodada pela demora em iniciar a reunião já que sabiam que teria a educação permanente. Porém, nem a residente nem sua preceptora se manifestaram quanto ao tempo. A residente posteriormente percebeu que poderia ter se manifestado, era seu espaço. Mas, foi observando os movimentos do grupo.

A gestora iniciou a reunião às 15h20 quando a médica e os/as doutorandos/as vieram para a sala. Havia poucas pautas em ata, porém depois de terem sido comentadas a gestora trouxe outras pautas que não haviam sido escritas. Após finalizar a residente se levantou para se organizar quanto ao início da educação permanente, então a médica solicitou um tempo. Fez a apresentação dos/as estagiários/as doutorandos/as e após seguiu apresentando um relato das visitas domiciliares, em tom de repasse, nada que precisasse ser construído com a equipe ou exposto naquele momento. Em seguida outro/a trabalhador/a diz que também quer falar um caso de uma criança. Após as ACS também querem trazer outros assuntos. Porém, nesse momento tanto a residente como sua preceptora/coorientadora se posicionam juntas quanto a questão do tempo reservado para a educação permanente.

Em meio a essas falas dos/as trabalhadores/as a residente foi sinalizando de forma comportamental sua preocupação. Olhou o horário no celular, sentou na ponta da cadeira, mexeu no computador em sua apresentação que estava aberta. Mas, o grupo seguia trazendo assuntos que não tinham relevância para serem expostos naquele contexto. Ficou expresso o movimento de boicote da equipe em relação ao espaço da educação permanente.

A preceptora/coorientadora fala sobre ter a a educação permanente. Acredita que não dará tempo para sua realização pela forma como os assuntos seguem. A residente então se coloca dizendo que precisará interromper a discussão, tem sua educação permanente e irá realizá-la. Pede desculpas por interromper a equipe, mas justifica a importância do trabalho do TCR e inicia a educação permanente às 16h15.

Inicia com slides, mas logo após o projetor para de funcionar precisando seguir apenas com o computador. No encontro anterior a residente não fez uso de slides, procurou trabalhar com o cartaz no chão, com analogia da ponte e com perguntas disparadoras. Porém, pela forma como a equipe se mostrou no encontro anterior sentiu a necessidade de mudar sua forma de apresentação e também o conteúdo que estava planejado. Nesse encontro dispôs novamente o cartaz no chão, mas não trabalhou com o mesmo apenas fez referência.

Passados dez minutos a residente percebeu que havia esquecido de iniciar a gravação de áudio. A equipe não se manifestou nesse período apenas escutou uma apresentação e reflexão sobre as duas formas da participação social – institucionalizada e não institucionalizada. A residente compreende que o esquecimento se deu em decorrência do estresse inicial, pelo atraso. A gravação de áudio desse encontro foi de 34 minutos. Foram apresentados dez slides:

1º Slide – A “**participação da comunidade**” como um princípio e diretriz organizativa do SUS e da Atenção Básica – sua presença na Constituição Federal de 1988; nas Leis nº 8.080/90 e nº 8.142/90; e Portaria nº 2.436/17 - PNAB.

2º Slide – **Lei 8.142: Conferências de Saúde** – a cada 4 anos; **Conselhos de Saúde** – caráter permanente; **Seguimentos:** Gestores, trabalhadores, prestadores de serviços (50%), e usuários (50%) – princípio da paridade; **Atuação:** Planejar, acompanhar, fiscalizar e avaliar o SUS.

3º Slide – Participação institucionalizada: apesar de toda essa estruturação e apoio legal, **na prática a participação social não está efetivada em plenitude** e a sociedade civil não faz uso de fato dos seus espaços.

4º Slide – **Mas a participação vai além desses espaços institucionalizados.** A participação tem o objetivo de favorecer a autonomia das pessoas para interferirem nas decisões que afetam suas vidas e sua saúde. *Que experiências estão relacionadas?* – Essa pergunta a residente decidiu não discutir nesse slide com a equipe, sentiu que precisava seguir abordando o conteúdo para depois dialogarem.

5º Slide – **A participação social na ESF:** A ESF possui propósitos em comum com a participação em saúde, principalmente no que se refere ao alinhamento das ações e serviços de saúde às necessidades da população; **Política Nacional de Atenção Básica (PNAB).**

6º Slide – **A participação social na ESF:** trabalhadores/as e prática profissional (CAMPOS; WENDHAUSEN, 2003). Nesse slide a residente abordou com o grupo o pensamento desses autores sobre como se dá participação não institucionalizada na prática profissional na ESF – ações de educação em saúde.

7º Slide – **É necessária a construção de uma cultura participativa** – Violência. A residente trouxe a reflexão para a equipe que exigir comportamentos de participação da comunidade sem a ESF fazer movimentos ao longo do tempo para construir essa cultura, fazer tal exigência seria uma forma de violência contra a comunidade.

8º Slide – **COMO se constrói/estimula a participação social?** – Aqui a residente abriu a discussão com a equipe. Trouxe um exemplo sobre a participação social e a psicologia relatando um atendimento com um usuário no qual a técnica de enfermagem participou. O usuário verbalizou ter mudado seu pensamento sobre a psicologia. Alguns/mas trabalhadores/as participaram trazendo a compreensão de que aquela mudança de pensamento do usuário seria levada adiante a outras pessoas (interdependência). Foi discutido sobre o comportamento da técnica de enfermagem para a construção do vínculo. A residente buscou envolver a equipe, fez colocações de modo a convidá-la a participar e trazer seus exemplos. Em alguns momentos a equipe participou com leveza, mas preferia escutar. Um outro exemplo que a residente trouxe e mobilizou o grupo foi sobre o bolo saldável que a médica ensinou aos usuários. A partir desses exemplos os trabalhadores/as entraram na questão de que a forma como se atende os/as usuários/as favorece ou prejudica a construção do vínculo, adesão ao serviço e aos tratamentos, fazendo a relação desses com a participação social.

9º Slide – **PARTICIPAÇÃO = PARTE + AÇÃO**. A residente desmembrou a palavra participação, trazendo a reflexão de que a participação é feita pela parte de cada um.

10º Slide – Finalizou com um fragmento do texto “Pacientes Impacientes” de Paulo Freire por Ricardo Burg Ceccim “(...) *só iremos superar essa postura de ‘querer libertar dominando’, quando entendermos que não estamos ‘sozinhos’ no mundo e que o processo de libertação não é obra de uma só pessoa ou grupo, mas sim de todos nós*”.

A residente estava tranquila, fez sua parte para a construção desse segundo encontro. Ao finalizar sua preceptora/coorientadora veio lhe dar os parabéns, pois apesar de ter sido pouco tempo para a educação permanente a residente conseguiu passar todo o conteúdo, dividindo e aproveitando bem o tempo. A preceptora deixou combinado com a

residente que para o próximo e último encontro seria iniciado com a educação permanente, deixando a reunião de equipe para o final.

3.4.3 3º Encontro de Educação Permanente – 11/06/2021

Nº de trabalhadores/as presentes: 19

Obs.: Participariam da reunião 22 trabalhadores/as – 2 afastados/as e 1 ausente. Nesse encontro a equipe contou novamente com os 2 estagiários/as doutorandos/as de medicina da UFFS.

A educação permanente iniciou no horário, às 15h00. A gravação de áudio teve duração de 1 hora e 06 minutos. A residente apresentou a proposta para esse encontro a partir de 17 slides (o projetor funcionou normalmente sem dar problemas). Iniciou recapitulando de forma breve pontos abordados no encontro anterior.

1º Slide – “A **palavra**, tal como agulha e linha, tece o **encontro** entre as pessoas e permite a construção de **caminhos alternativos**”. A residente dando continuidade ao último slide do encontro anterior, trouxe essa frase. Abordou a forma como preparou esses encontros para serem uma construção conjunta, não uma palestra. Então, convidou a todos/as a expressarem sua palavra caso quisessem para a construção coletiva do entendimento da participação social e de caminhos alternativos para a sua prática. A residente sentiu que conseguiu passar a mensagem que queria e fazer seu convite.

2º Slide – Propôs ao grupo uma dinâmica de **Associação...** Explicou que seria dita uma palavra inicial e um/a dos/as trabalhadores/as começaria falando uma outra palavra que lhe vinha à mente ao escutar a primeira. A residente verbalizou a palavra “*participação social*” e pediu para o/a trabalhador/a que estava ao seu lado esquerdo iniciar a dinâmica, e assim seguiu a roda com as seguintes palavras associadas “*pessoas, comunidade, necessário, saúde, potencialidade, pessoas, equilíbrio, necessário, saúde, desordem, empatia, igualdade, coletividade, sociedade e interação*”. O grupo aderiu a proposta, riram e descontraíram. Após a residente trouxe a questão “**O que um atendimento que recebemos pode nos gerar/suscitar?**”. Fez a relação de que assim como as palavras nos trazem/provocam pensamentos e sentimentos, um atendimento que

recebemos também. Então o/a trabalhador/a T5 fez um comentário da aprovação em relação a dinâmica proposta, verbalizando ser muito propícia a associação entre a dinâmica com os atendimentos. Em seguida o/a trabalhador/a T4 traz um exemplo pessoal de como se sentiu com um atendimento ruim que recebeu e que não quer mais ir naquele serviço. Assim o grupo começou a discutir sobre como a forma como atendemos reflete no vínculo, adesão e acesso do usuário ao serviço.

3º Slide – Dando sequência à discussão a residente trouxe os conceitos de **tecnologias em saúde – leve, leve-dura e dura**. Apresentou a valise das mãos, da cabeça e das relações, focando nessa última – relações intercessoras, uma intersecção partilhada. Sendo a partir dessa que o/a usuário/a avalia um serviço de saúde que recebe - no trabalho vivo em ato (MERHY, 2014). O grupo foi acompanhando o conteúdo apresentado.

4º Slide – “**Autonomia nos modos de andar a vida**” (MERHY, 2014); e **Redução de danos**. Aqui a residente entrou nesses conceitos fazendo a relação de como a participação social é construída e incentivada a partir da prática profissional. A valorização da autonomia dos usuários e sua aplicação nos tratamentos e planos terapêuticos singulares. Apresentou o conceito de redução de danos de forma ampla, expandindo para além do contexto do uso de drogas. A residente antes de falar sobre esses conceitos pediu a participação do grupo, esse fez silêncio.

5º Slide – A residente trouxe uma imagem “**dois pés e setas indicando várias direções**”, refletindo sobre o **papel da ESF** em ajudar a população a ter conhecimento para poder escolher e exercer a autonomia de forma consciente. O questionamento posto a equipe foi como a ESF cumpre esse papel. Os/as trabalhadores/as participaram de forma tímida com dificuldades em trazer exemplos.

6º Slide – **Adesão ao tratamento**. Adesão vem do latim adhaesione e significa junção, união, aprovação, acordo, manifestação de solidariedade, apoio; **pressupõe relação e vínculo**. A residente apontou os cinco fatores relacionados a adesão ao tratamento: socioeconômicos, relacionados ao paciente, relacionados à doença, relacionados ao tratamento, e o sistema e equipe de saúde. Aqui a médica da unidade participou dando exemplos e interagindo.

7º Slide – Primeiro princípio aos educadores/as: **saber ouvir** (Paulo Freire). A residente trouxe um trecho do texto “Pacientes Impacientes” abordando com a equipe a importância da nossa capacidade de escutar o/a usuário/a. A equipe gostou do texto.

A primeira implicação profunda e rigorosa que surge quando eu encaro que não estou só, é exatamente o direito e o dever que eu tenho de respeitar em ti o direito de você também ‘dizer a sua palavra’. Isso significa dizer, então, que eu preciso, também, saber ouvir. Na medida, porém, em que eu parto do reconhecimento do teu direito de dizer a sua palavra, quando eu te falo porque te ouvi, eu faço mais do que falar ‘a ti’, eu falo ‘contigo’. Eu não sei se estou complicando, mas, vejam bem, eu não estou fazendo um jogo de palavras, estou usando palavras. Eu usei a preposição ‘a’, falar ‘a’ ti, mas disse que o ‘falar a ti’ só se converte no ‘falar contigo’ se eu te escuto” (FREIRE, apud CECCIM, 2007, p.35).

8º Slide – Então no oitavo slide a pergunta feita foi “**O que queremos escutar?**”. Foi realizada a leitura de dois trechos do livro *A psicanálise em situações sociais críticas* (BROIDE, 2016). Um trecho abordando a escuta ao luto de mães que perderam seus filhos pela violência policial (p. 15,19); e outro a escuta aos moradores de rua (p. 89). Respondendo à pergunta, precisamos “**escutar o sujeito**”. Então a discussão trazida ao grupo foi sobre escutar as queixas trazidas pela população nas reuniões do CLS. É preciso escutar a catarse inicial para se chegar a um momento de construção posterior.

9º Slide – A pergunta disparadora “**O que nos acolhe em um serviço além do atendimento?**”. A intenção desse slide era trazer a discussão a **Política Nacional de Humanização – PNH**. O grupo entrou nessa linha de raciocínio. O/A trabalhador/a T21 apontou aspectos da diretriz de ambiência, o acesso e acessibilidade, a disponibilidade dos serviços de acordo com a necessidade da população. Nos slides seguintes a residente apresentou exemplos.

10º Slide – Foto tirada de uma ESF do município que continha em sua sala de espera o aviso “Atenção. Desacatar servidor público é crime” - Art. 331 do Código Penal. Essa foto foi trazida baseada em uma entrevista semiestruturada, um/a dos/as trabalhadores/as trouxe esse exemplo para falar sobre como o/a usuário/a é recebido/a nos serviços públicos, diferente de como é recebido/a nos consultórios privados. A equipe trouxe o fato de que na ESF que continha esse aviso ocorreu uma situação de agressão. Nesse momento os/as trabalhadores/as apontaram dificuldades do atendimento e falas de justificativa. A residente percebeu maior sensibilidade nesse tema, sendo um ponto para a continuidade do trabalho.

11° Slide – Foto da placa de uma ESF do município com a apresentação dos serviços disponíveis naquela unidade de saúde. Informar para que o usuário possa fazer uso. Algo que falta na ESF do estudo.

12° Slide – Imagem das informações da ESF no Google apresentando seus horários de funcionamento. A estruturação dos horários e os serviços da ESF também faz parte da participação social, envolvendo a cogestão com a comunidade.

13° Slide – Foto de um mural da ESF como exemplo de participação social. Saliendo a ação da ESF em ajudar a comunidade ter conhecimento para se cuidar. Reconhecer o trabalho que já é feito na ESF.

14° Slide – Foto da espera pediátrica de um hospital. Como um ambiente pode ser acolhedor e ajudar no tratamento e trabalho.

15° Slide – **Que temas podemos trabalhar na participação social?** Um/a trabalhador/a respondeu e o grupo fez silêncio. Então, a residente citou os temas sugeridos pelos/as trabalhadores/as nas entrevistas semiestruturadas: Orientação a pais; e necessidade de escutar as pessoas com deficiência em nosso território. Após questionou o grupo sobre “como poderiam trabalhar a **Pandemia da Covid-19** dentro da participação social?”. Os/as trabalhadores em sua maioria silenciaram. As falas que surgiram remetiam a uma culpabilização dos/as usuários/as no sentido de que esses não se cuidam. T19 apontou que seria uma questão de valores das famílias. Então a residente questionou se os valores da população poderiam ser trabalhados a partir da participação social. O/A trabalhador T19 respondeu acreditando que sim. A residente fez colocações para ajudar os/as trabalhadores pensarem em seu papel enquanto ESF, auxiliando a população ter conhecimento para então se cuidar. O tempo para a educação permanente estava finalizando. A residente precisou seguir, não pode questionar mais e se aprofundar na discussão. Mas, compreende que o que faltou é o que ficará para ser dado continuidade no trabalho com a equipe.

16° Slide – **Por que esta pesquisa foi voltada para nós trabalhadores/as?** Nesse slide a residente trouxe a imagem de uma ponte, trazendo a reflexão de que a ESF está junto da comunidade para a construção dessa ponte da participação social.

17º Slide – Foto de flores compradas para a equipe. **Agradecimento da equipe de pesquisa** – residente, orientadora e coorientadora, aos/as trabalhadores/as participantes. **O grupo comemorou** e foram tirar fotos com o cesto de flores. A preceptora da residente verbalizou que “os encontros foram fechados com chave de ouro”. A residente percebeu que a equipe estava comemorando, estavam felizes pois se envolveram de forma crescente conforme os encontros foram ocorrendo. Assim, conseguiram desfrutar dessa construção conjunta, sabiam de sua parte!

3.5 CONSIDERAÇÕES FINAIS DO TRABALHO DE CAMPO

A partir de sua vivência a residente compreende que a realização de uma pesquisa exige desejo pelo tema, orientação, organização, tempo e disciplina. Sente que a realização da pesquisa intervenção na Atenção Básica envolveu seu compromisso pessoal com os objetivos que motivaram a escolha pela residência e pelo trabalho junto ao SUS. Está relacionada ao exercício ativo da capacidade que todos temos de governar nos espaços que nos encontramos e ocupamos (MERHY, 2014). Para a residente a pesquisa intervenção é a sua participação social na construção do inédito viável e esperar de Paulo Freire. Está sendo um compromisso com a educação para o trabalho em saúde, com o tema escolhido e consigo mesma.

A coleta de dados da pesquisa foi finalizada no dia 11 de junho com o 3º encontro de educação permanente. A residente quando finalizar a segunda etapa do método de análise de conteúdo organizará para a equipe uma apresentação com as informações dessa pré-análise dando continuidade ao trabalho junto à unidade de saúde. A residente agradece a toda a equipe de pesquisa do Programa de Residência da UFFS e a equipe da ESF pelo trabalho construído. Sente ter valido muito a pena, aproveitou cada experiência que teve.

APÊNDICES**APÊNDICE A – QUESTIONÁRIO SOCIODEMOGRÁFICO - CARACTERIZAÇÃO
DOS/AS TRABALHADORES/AS DA PESQUISA****TRABALHADORES/AS**

Obs.: Os/as trabalhadores/as não devem identificar seus nomes.

Sexo: () Feminino () Masculino

Idade: _____

Escolaridade/Formação: _____

Tempo de atuação na saúde: _____

Profissão/Cargo que desempenha na Estratégia Saúde da Família (ESF):

Tempo de atuação na ESF: _____

Vínculo empregatício: () Funcionário Público () Contrato () Outro

Participa do Conselho Local e/ou Municipal de Saúde: () Sim () Não

Qual? _____

Alguma observação? _____

Desenvolve alguma atividade comunitária? () Sim () Não

Qual? _____

Tem o hábito da leitura e/ou busca se manter atualizada (o)? () Sim () Não

Se sim, o que costuma ler e/ou de que forma se mantém atualizada (o)?

Realiza algum tipo de atividade física? () Sim () Não

Qual? _____

Quantas vezes por semana? _____

Desenvolve hábitos alimentares saudáveis? () Sim () Não

Se sim, como cuida de sua alimentação?

Procura ter uma rotina de sono saudável? () Sim () Não

Se sim, de que forma?

Obrigada por sua participação!

APÊNDICE B – ENTREVISTA SEMIESTRUTURADA - PERCEPÇÃO DE TRABALHADORES/AS DA SAÚDE SOBRE A PARTICIPAÇÃO SOCIAL

Essa entrevista faz parte da pesquisa “PARTICIPAÇÃO SOCIAL NA PERCEPÇÃO DE TRABALHADORES/AS DE UMA ESTRATÉGIA SAÚDE DA FAMÍLIA”. Sua participação é livre, conforme apresentado no Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE). Para nossa conversa é importante que fique claro que não existem respostas certas ou erradas, apenas a sua visão/percepção. Obrigada!

PERGUNTAS:

1. O que você entende por participação social?
2. Quais são os espaços de participação social que visualiza na Estratégia Saúde da Família (ESF)?
3. Quais experiências de participação social visualiza nos espaços de atuação da ESF?
4. Você desenvolve em seu trabalho na ESF alguma atuação relacionada à participação social?
5. () Sim – Qual? Como?
6. () Não – Por quê? Gostaria de desenvolver? O quê?
7. Você gostaria de obter algum conhecimento sobre o tema da participação social na saúde que possa ser abordado nos encontros de Educação Permanente?
8. Gostaria de trazer alguma informação a mais sobre a participação social?

Obrigada por sua participação!

4. CAPÍTULO IV – ARTIGO CIENTÍFICO

REVISTA TRABALHO, EDUCAÇÃO E SAÚDE

PARTICIPAÇÃO SOCIAL NA PERCEPÇÃO DE TRABALHADORAS/ES DE UMA ESTRATÉGIA SAÚDE DA FAMÍLIA

Bárbara Kawana Haupt Santos¹

Ms. Sandra Mara Setti²

Prof. Dra. Renata dos Santos Rabello³

Resumo: No Brasil, a participação social em saúde tem grande relevância social e política. Este estudo analisou a percepção das/os trabalhadoras/es de uma Estratégia Saúde da Família (ESF) sobre a participação social no Sistema Único de Saúde (SUS). Os dados, foram coletados por meio de entrevista semiestruturada, encontros de educação permanente e diário de campo. Foram analisados pelo método de análise de conteúdo, de Bardin. As percepções das/os trabalhadoras/es da ESF sobre a participação social, foram discutidas em três dimensões: conhecimento que possuíam sobre o tema; atuação profissional e experiências relacionadas; e os desafios no fortalecimento da participação. Os principais resultados sugerem, a participação social percebida como as diversas formas que as pessoas conseguem contribuir com a comunidade, através do envolvimento em ações coletivas, sociais e solidárias, voltadas ao bem-comum. Relacionada principalmente aos grupos e ao CLS. Foram percebidas fragilidades na compreensão da participação não institucionalizada e em seu processo de construção e fortalecimento a partir da prática profissional na ESF.

Palavras-chave: Controle Social. Participação da Comunidade. Educação Permanente. Formação Profissional em Saúde. Atenção Básica à Saúde.

SOCIAL PARTICIPATION IN THE PERCEPTION OF WORKERS OF A FAMILY HEALTH STRATEGY

Abstract: In Brazil, social participation in health has great social and political relevance. This study analyzed the perception of the workers of a Family Health Strategy (ESF) on social participation in the Unified Health System (SUS). Data were collected through semi-structured interviews, permanent education meetings and a field diary. They were analyzed using Bardin's content analysis method. The perceptions of FHS workers about social participation were discussed in three dimensions: knowledge they had on the subject; professional performance and related experiences; and challenges in strengthening participation. The main results suggest that social participation is perceived as the various ways in which people can contribute to the community, through involvement in collective, social and solidary actions, aimed at the common good. Mainly related to CLS and groups. Weaknesses were perceived in the understanding of non-institutionalized participation and in its process of construction and strengthening based on professional practice in the FHS.

Keywords: Social Control. Community Participation. Permanent Education. Professional Training in Health. Primary Health Care.

PARTICIPACIÓN SOCIAL EN LA PERCEPCIÓN DE LOS TRABAJADORES DE UNA ESTRATEGIA DE SALUD DE LA FAMILIA

Resumen: En Brasil, la participación social en salud tiene gran relevancia social y política. Este estudio analizó la percepción de los trabajadores de una Estrategia de Salud de la Familia (ESF) sobre la participación social en el Sistema Único de Salud (SUS). Los datos fueron recolectados a través de entrevistas semiestructuradas, encuentros de educación permanente y diario de campo. Se analizaron utilizando el método de análisis de contenido de Bardin. Se discutieron las percepciones de los trabajadores de la ESF sobre la participación social en tres dimensiones: conocimientos que tenían sobre el tema; desempeño profesional y experiencias relacionadas; y desafíos en el fortalecimiento de la participación. Los principales resultados sugieren que la participación social es percibida como las diversas formas en que las personas pueden contribuir a la comunidad, a través de la participación en acciones colectivas, sociales y solidarias, orientadas al bien común. Relacionado principalmente con los grupos y CLS. Se percibieron debilidades en la comprensión de la participación no institucionalizada y en su proceso de construcción y fortalecimiento a partir de la práctica profesional en la ESF.

Palabras clave: Control Social. Participación comunitaria. Educación Permanente. Formación Profesional en Salud. Primeros auxilios.

¹ Psicóloga, Residente em Atenção Básica/Saúde da Família e Comunidade pelo Programa de Residência Multiprofissional em Saúde pela Universidade Federal da Fronteira Sul (UFFS) Campus Passo Fundo/RS. Campo de prática profissional da residência: Estratégia Saúde da Família do município de Marau/RS. Contato: barbarak.psyco@gmail.com

² Psicóloga, Mestra em Psicologia – Avaliação, Saúde e Intervenção, Preceptora do Programa de Residência Multiprofissional em Atenção Básica da UFFS-Campus Passo Fundo, Psicóloga Prefeitura Municipal de Marau, Contato: sandrasetti_@hotmail.com

³ Médica Veterinária, Doutora em Epidemiologia e Saúde Pública. Docente do Programa de Residência Multiprofissional em Atenção Básica da UFFS-Campus Passo Fundo. Contato: renata.rabello@uffs.edu.br

Introdução

No Brasil, a participação social em saúde tem grande relevância social e política. Na década de 1980, por força de diversos movimentos populares, passou-se de um longo período de ditadura para a construção de um modelo democrático. A saúde como direito de todos e dever do Estado foi alcançada pela luta desses movimentos, e instituída pela Constituição Federal de 1988. A partir de suas definições legais, dava-se início a estruturação do SUS (Rolim; Cruz; Sampaio, 2013).

A Lei 8.142/90 instituiu os Conselhos e Conferências de Saúde, espaços que visam garantir a todas as pessoas a participação nos processos de formulação e controle das políticas públicas de saúde e na ação do Estado (Brasil, 1990). Porém, essa participação institucionalizada não está efetivada em sua plenitude. Embora, não seja a única forma para a participação ocorrer, indo muito além desses espaços formais (Campos, 2000; Ministério da Saúde, 2017).

Para a efetividade da participação, destaca-se a importância da mobilização das comunidades. A ESF, é identificada com esse potencial junto aos territórios. Os CLS, são espaços vinculados às unidades de saúde, mas menos burocratizados do que, por exemplo, os Conselhos Municipais de Saúde (CMS), e favorecem a relação da ESF com as/os usuários na construção da cidadania e do cuidado em saúde. A ESF pautada nas diretrizes do SUS, visa um novo formato de organização do trabalho na Atenção Básica (AB),

modificando o modelo de atenção à saúde. Se propõe a ser a principal porta de entrada no SUS e acompanhar e coordenar o cuidado para a integralidade. Tem como objetivo trabalhar por meio do estabelecimento de vínculos e corresponsabilização entre trabalhadoras/es de saúde e população usuária dos serviços (Varela et al., 2020).

Não se pode dizer que o modelo assistencial predominante no Brasil contemple essas diretrizes preconizadas. A grande maioria dos programas é voltada para práticas curativas, focalizando o indivíduo, sem levar em conta o universo familiar e comunitário ou considerar as desigualdades sociais e o que envolve o processo saúde-doença. O que se pode observar, é que a incorporação da participação popular na ESF não se constitui em tarefa simples, depende da interação de fatores sociais, culturais e econômicos e de diferentes atores (Campos; Wendhausen, 2003). Porém, percebe-se que as equipes das ESF ampliam o potencial de suas ações e do seu papel quando estão em permanente discussão e estudo sobre temas como cidadania, funcionamento do SUS, participação social e quando abrem esse espaço de diálogo aos usuários. Dessa forma conseguem se preparar tanto para orientar a população sobre seus direitos e deveres quanto para escutar as demandas e trabalhar com elas (Ministério da Saúde, 2017).

Neste contexto, as/os trabalhadoras/es de saúde têm papel fundamental no sentido de criar o ambiente e as condições para que a participação popular se concretize. Dessa forma, este estudo qualitativo com metodologia de análise de conteúdo, vem ao encontro dessas necessidades ao buscar conhecer a percepção que trabalhadoras/es de uma ESF possuem em relação à participação social, e sensibilizá-las/os em relação ao tema, por meio de entrevista semiestruturada e encontros de Educação Permanente no serviço de saúde.

Metodologia

Tratou-se de uma pesquisa qualitativa de caráter exploratório e descritivo, do tipo pesquisa-ação, onde por meio de encontros de educação permanente a pesquisadora e participantes de forma conjunta e colaborativa construíram um espaço de reflexão e formação. A coleta de dados ocorreu de março a junho de 2021, com trabalhadoras/es de

uma ESF que estavam desempenhando suas atividades nesse período, e que assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE).

Utilizaram-se quatro instrumentos para a coleta de dados, escolhidos e elaborados para esta pesquisa a partir dos objetivos do estudo:

1. Questionário sociodemográfico – construído com o intuito de caracterizar as/os trabalhadoras/es e proporcionar reflexões. Conteve questões sobre idade, formação, tempo de atuação, e perguntas sobre o envolvimento das/os participantes com a participação social, e sobre o autocuidado com a saúde.

2. Entrevista semiestruturada – Conteve seis perguntas abertas sobre a participação social no SUS, abordando o que as/os trabalhadoras/es entendiam por participação social; quais espaços, experiências e atuação visualizam na ESF; e levantou os temas de interesse dessas/es sobre o assunto, para serem trabalhados nas educações permanentes. Totalizaram 19 entrevistas semiestruturadas das/os 20 trabalhadoras/es participantes, realizadas individualmente com gravação de áudio.

3. Educação permanente – Espaço escolhido para corroborar na identificação da percepção das/os trabalhadoras/es sobre a participação social; sensibilizar a equipe para a temática, fazendo relação com a prática profissional; e pensar em formas de fortalecer o tema em território. Ocorreram 3 encontros de educação permanente, após aplicação dos questionários e realização das entrevistas, com frequência quinzenal e tempo médio de duração de uma hora, com gravação de áudio. Temas trabalhados: Participação social no SUS – percepção das/os trabalhadoras/es; as formas de participação social institucionalizadas e não institucionalizadas; e como se constrói a participação social em sua relação com o papel da ESF.

4. Diário de campo – Instrumento desenvolvido com o objetivo de registrar interações, observações e atividades durante todo o processo da coleta de dados, desde a apresentação da pesquisa até a finalização da educação permanente.

Os áudios das entrevistas semiestruturadas e dos encontros de educação permanente, e o diário de campo, todos foram digitados e sistematizados pela pesquisadora, no programa Word da Microsoft, versão 2019.

A análise e interpretação dos dados foi realizada baseada no Método de Análise de Conteúdo proposto por Bardin (2011), seguindo as três etapas: pré-análise; exploração do material; e tratamento dos resultados obtidos e interpretação dos achados. Assim, foram feitas as transcrições das gravações realizadas, leituras do material, codificação e separação em categorias e subcategorias, que posteriormente, foram discutidas com a equipe de pesquisa e organizadas em três grandes dimensões.

A pesquisa foi aprovada pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Federal da Fronteira Sul - CEP/UFFS, com parecer 4531964. Desenvolvida de acordo com as Resoluções nº 466 de 12 de dezembro de 2012 e nº 510, de 7 de abril de 2016, do Conselho Nacional de Saúde, respeitando os princípios éticos.

Resultados

Caracterização das/os trabalhadoras/es participantes da pesquisa

Participaram da pesquisa 20 trabalhadoras/es da ESF, de nove categorias profissionais, dos quais 75% são funcionários públicos concursados. A grande maioria do sexo feminino - 19 (95%), com idade preponderante entre 24 e 39 anos (80%). A respeito da formação, 60% tem ou estavam cursando ensino superior ou cursando especialização. Quanto ao tempo de atuação, 45% trabalhavam entre 1 e menos de 5 anos, tanto na área da saúde como na ESF. Entre as/os trabalhadoras/es, 65% não participavam de nenhum Conselho de Saúde (Local ou Municipal) e 45% responderam participar do Conselho Local de Saúde (CLS) antes do início da pandemia da Covid-19, após as reuniões foram canceladas. Vale ressaltar que, 25% das/os trabalhadoras/es estão a menos de um ano na ESF e não participaram de nenhuma reunião do CLS na unidade. (Tabela 1).

Tabela 1 - Caracterização das/os trabalhadoras/es participantes da pesquisa. Marau, RS. (n= 20)

Variáveis	n	%
------------------	----------	----------

Sexo		
Feminino	19	95
Masculino	1	5
Idade		
20 a 29 anos	8	40
30 a 39 anos	8	40
40 a 49 anos	3	15
60 a 69 anos	1	5
Formação		
Ensino Médio	5	25
Curso Técnico	3	15
Ensino Superior Incompleto	3	15
Ensino Superior Completo	3	15
Cursando Especialização	3	15
Especialização	2	10
Mestrado	1	5
Profissão		
Agente Administrativa	1	5
Médica	1	5
Odontóloga	1	5
Psicóloga	1	5
Técnica de enfermagem	1	5
Auxiliar de Saúde Bucal	2	10
Enfermeiras	3	15
Farmacêuticas/os	3	15

Agentes Comunitárias de Saúde	7	35
Vínculo empregatício		
Funcionário Público	15	75
Contrato	1	5
Outro	4	20
Tempo de atuação	Na saúde n (%)	Na ESF n (%)
Menos de 1 ano	1 (5)	5 (25)
Entre 1 e menos de 5 anos	9 (45)	9 (45)
Entre 5 e menos de 10 anos	3 (15)	3 (15)
Entre 10 e menos que 15 anos	3 (15)	2 (10)
Mais de 15 anos	4 (20)	1 (5)
Participa de um Conselho de Saúde	Sim n (%)	Não n (%)
Conselho Local de Saúde	9 (45)	11 (65)

Legenda: n= número de trabalhadoras/es.

Fonte: Elaborada pelas autoras, 2021.

No questionário de caracterização das/os trabalhadoras/es, foram abordadas questões sobre participação em atividades comunitárias e autocuidado com a saúde. Foi comum solicitarem o que seria uma atividade comunitária. Entre as/os trabalhadoras/es, 65% responderam não desenvolver nenhuma prática nesse sentido, e aquelas/es que tiveram resposta positiva reconheceram a participação em atividades junto as igrejas, auxílio a instituições sociais, doações, venda de rifas e participação em Centro de Tradições Gaúchas (CTG). Todas/os responderam desenvolver o hábito de leitura (100%), sendo que 71,66% consideram exercitar o autocuidado (prática de atividades físicas, hábitos alimentares e rotina de sono saudáveis). Algumas/uns falaram sobre a percepção de não estarem se cuidando. Esse momento de reflexão e cuidado foi retomado na educação permanente.

Dimensões

A partir da Análise de Conteúdo foram organizadas três principais dimensões, sendo a primeira, relacionada ao conhecimento das/os trabalhadoras/es da ESF sobre a participação social. A segunda, aborda a atuação profissional e experiências das/os trabalhadoras/es em relação à participação social. E a terceira dimensão, sinaliza os desafios no fortalecimento da participação social no SUS.

Quadro 1 – Síntese das dimensões.

Dimensões	Síntese dos resultados
<p>Conhecimento das/os trabalhadoras/es da ESF sobre a participação social</p>	<p>A participação social, foi percebida como as diversas formas que as pessoas conseguem contribuir com a comunidade, através do envolvimento em ações coletivas, sociais e solidárias, voltadas ao bem-comum. Relacionada principalmente aos grupos da ESF e ao CLS. Foram identificadas fragilidades na compreensão da participação não institucionalizada.</p>
<p>Experiências e a atuação profissional das/os trabalhadoras/es em relação à participação social</p>	<p>Principais experiências: os grupos que a ESF realiza, as reuniões do CLS e as ações solidárias. Na atuação profissional, a dimensão individual do cuidado é percebida como parte da participação social. Foram identificadas dificuldades em trabalhar a temática na prática profissional e em visualizar o papel da ESF frente a pandemia da Covid-19.</p>
<p>Os desafios no fortalecimento da participação social no SUS</p>	<p>Fragilidades foram percebidas na percepção da participação social em seu processo de construção e fortalecimento. Se faz um desafio, a relação da temática com as políticas de saúde e o contexto político atual. A ausência do espaço do CLS, constitui-se em um entrave para a participação social, tanto institucionalizada como</p>

	<p>não institucionalizada. Reconhecem desafios para a condução do CLS.</p>
--	--

Conhecimento das/os trabalhadoras/es da ESF sobre a participação social

A pesquisa, buscou identificar a percepção de trabalhadoras/es de uma ESF sobre a participação social no SUS. Dessa forma, a participação social foi percebida, por grande parte das/os trabalhadoras/es da ESF, como as diversas formas que as pessoas conseguem contribuir com a comunidade, na resolução de problemas ou proporcionando bem-estar, através do envolvimento em ações e atividades coletivas, sociais e solidárias, voltadas ao bem-comum. Relacionaram, principalmente aos grupos que a ESF realizava e ao espaço do CLS.

Eu penso em algo feito em conjunto, em prol da sociedade, é a primeira coisa que vem. Participação social, se envolver em projetos, alguma coisa assim por um bem maior no caso, de um todo (T12).

Quanto ao conhecimento sobre a participação social não institucionalizada, ou seja, aquela que ocorre fora dos espaços instituídos por lei, poucas/os trabalhadoras/es visualizaram formas como ela ocorre:

Eu vejo como participação não institucionalizada os grupos que se reúnem nas igrejas. (...) alguém está precisando de donativos, a gente se junta e ajuda alguém. No campo de futebol quando várias pessoas vêm pra fazer exercícios juntos, pra caminhar juntos, pra tentar um ajudar o outro na saúde. Quando eles se reúnem no salão pra fazer alguma outra atividade que vá favorecer a todos. Quando eles fizeram a Força Bruta (churrasqueira comunitária) (T09).

Porém, evidenciou-se fragilidade na compreensão da participação não institucionalizada. Tiveram dificuldade em trazer exemplos. Suas falas circularam em torno da não participação da comunidade no CLS e houve críticas às demandas individuais da população, entendendo o espaço dos Conselhos para buscas que envolvem o coletivo.

A sociedade não participa, você chama, você insisti, você diz que vai estar... pode ser qualquer pessoa que vai estar, mas vem um, dois, três. Eles brigam, eles falam o que eles querem e é só individual, eles expõem só de forma individual, não é pra comunidade (T18).

Questionou-se o quanto as/os usuárias/os se sentem pertencentes e confortáveis para fazer uso do CLS e do CMS, compreendem que esses espaços, por vezes assumem um caráter técnico e distante da população.

Sobre os espaços de participação social que as/os trabalhadoras/es visualizam na ESF, grande parte tem dificuldade em separar espaços de experiências. De modo geral, reconheceram como espaços, locais da comunidade que permitem a interação entre as pessoas e o autocuidado de forma coletiva. Entre eles, escolas, igrejas, academia da saúde, campo/ginásio de futebol, salão comunitário, praças e áreas verdes, e o Facebook. A ESF foi pouco lembrada pelas/os trabalhadoras/es.

Experiências e a atuação profissional em relação à participação social

As principais experiências das/os trabalhadoras/es vistas como participação social na ESF foram, as atividades de grupo, as reuniões do CLS e as ações solidárias . Os grupos foram reconhecidos por envolverem o coletivo, mas também por favorecerem o diálogo, orientação e reconhecimento das necessidades do território e das/os usuárias/os.

Acho que assim, agora por causa da pandemia é um caso diferente, mas assim, teve espaço de CLS, que as pessoas participavam e reivindicavam melhorias, coisas assim. Grupos de educação em saúde, grupo de atividade física, grupo de artesanato, caminhadas. Assim também a comunidade de vez em quando promove algum encontro, assim como festas, reunião dançante (T13).

Quando questionadas/os se desenvolviam em seu trabalho na ESF alguma atuação relacionada à participação social, o foco de suas respostas deixou de ser atividades

voltadas ao coletivo, passando a visualizar a escuta, o acolhimento, a identificação das demandas e a orientação à população.

Eu acho que de alguma forma a gente sempre acaba se esbarrando com essa questão. Seja pela questão da escuta do próprio problema que a pessoa traz; seja por auxiliar um familiar (T04).

Em menor proporção, o próprio trabalho foi reconhecido como uma participação social, como também, a construção de Planos Terapêutico Singulares e a valorização da autonomia das/os usuárias/os. Algumas/uns trabalhadoras/es (15%), não reconheceram em sua atuação a participação social, referiram o pouco tempo na unidade e a pandemia como fatores para a não identificação e realização de ações relacionadas.

Em relação a pandemia da Covid-19, de modo geral a participação social foi identificada em ações solidárias realizadas pela ESF. Por conta do afastamento social, acreditavam estar ocorrendo de forma mais individual, ou através do uso da internet com a realização de orientações e grupos on-line. Expressaram a dificuldade de pensar formas de trabalhar a temática em relação ao contexto pandêmico. Assim como, a falta de adesão da população aos cuidados da Covid-19 foi vista como uma ação contrária à participação social, porém compreendida dentro de uma perspectiva de responsabilização individual, com restrições em visualizar o papel da ESF frente a tal situação.

Porque o momento de pandemia, é um momento das pessoas se unir, cuidando a si ela está cuidando dos outros, e não é o que a gente vê. (...) A isso vai dos valores de cada um sabe, porque cada um traz, então vai dos valores de cada um, porque vai da sua consciência (T19).

Os desafios no fortalecimento da participação social no SUS

Ao longo da pesquisa-intervenção, as/os trabalhadoras/es manifestaram interesse por conhecer mais sobre a participação social, e algumas/uns relacionaram a ampliação do conhecimento sobre o tema com o fortalecimento da prática profissional.

Eu acho que a gente estuda muito, lê, estuda, ou até conhece o assunto de participação social teórico e aí chega na prática e a gente até se perde em pontua o que que é uma participação social, como é que eles podem estar fazendo isso né (...) (T05).

Ah, eu acho que seria legal a gente ter um conhecimento maior do que a gente pode fazer também, porque às vezes a gente nem tem tanto conhecimento. E eu acho que é legal pontos porque daí a gente também se sente estimulado pra, pra... (T06).

Embora a pesquisa tenha favorecido processos reflexivos, as/os trabalhadoras/es apresentaram fragilidade na percepção da participação social em seu processo de construção e fortalecimento a partir da prática profissional, em ações de promoção e prevenção à saúde, de comunicação e informação e na dimensão individual e relacional do cuidado.

T12 Faz a relação da participação na ESF com o trabalho de grupos, mas possui dificuldade em perceber ações que podem configurar-se em seu dia a dia como promotoras à participação social (Diário de campo).

Houve a ausência da relação entre as políticas de saúde com a participação social sem ser citado o atual contexto de mudanças em leis e portarias que refletem na prática profissional. Relacionaram a participação social com as reuniões do CLS, entretanto essas não estavam ocorrendo no momento da realização da pesquisa. Evidenciou-se que a ausência do espaço do CLS constitui-se em um entrave para a discussão das demandas da ESF e do território, bem como para o vínculo com as/os usuárias/os.

As/os trabalhadoras/os identificaram desafios para a condução do CLS, a pouca participação da comunidade, a baixa resolutividade nas reuniões, e a compreensão que as/os trabalhadoras/es acreditam que os/as usuários/as têm em relação ao papel da participação social. Além disso, mencionaram que as/os usuárias/os projetavam expectativas de resolução das demandas na equipe.

Discussão

Esta pesquisa, foi um convite ao diálogo sobre a participação social no SUS, se propôs a identificar a percepção de trabalhadoras/es de uma ESF sobre a temática e sensibilizá-las/os para o tema. A participação social, foi percebida como as diversas formas que as pessoas conseguem contribuir com a comunidade, na resolução de problemas ou proporcionando bem-estar, através do envolvimento em ações e atividades coletivas, sociais e solidárias, voltadas ao bem-comum, relacionada principalmente aos grupos da ESF e ao CLS. Porém, foram identificadas fragilidades na compreensão da participação não institucionalizada e em seu processo de construção e fortalecimento na prática profissional das/os trabalhadoras/es na ESF.

Estudos na área, mostram que, os sentidos produzidos social e historicamente para participação social estão associados ao engajamento, a busca por melhorias comunitárias, à solidariedade e à educação libertadora (Lima; Galimberti, 2016). O CLS é visto como um dispositivo de potencialidade para participação social junto das ESF (Varela et al., 2020). Porém, várias pesquisas, evidenciam dificuldade da população em participar e reconhecer-se “parte” dos espaços formais de controle social. Entre os fatores relacionados, está a ausência de uma cultura participativa, a falta de informação/divulgação sobre os Conselhos, como também, por terem características de autoritarismo, valorização do conhecimento técnico, burocratização, a passividade atrelada a disputa de poder entre os membros, entre outras (Júnior; Martins, 2014; Fassina, 2014; Guarnieri; Setti; Pulga, 2021).

Mas, não somente usuárias/os desconhecem e não participam dos Conselhos de Saúde, gestores e profissionais de saúde também. Há a necessidade de sensibilização e politização dos cidadãos, e a formação da consciência sanitária. Nesse sentido, a educação permanente, foi apontada como um processo de qualificação essencial para que profissionais da saúde compreendam melhor e desenvolvam seu papel na elaboração das políticas de saúde (Pizutti; Almeida; Milão, 2019).

Na pesquisa, as/os trabalhadoras/es mostraram desacreditar do CLS, por não haver participação significativa da comunidade antes da Covid-19. Assim, a participação social no SUS ao ser relacionada de modo geral a sua forma institucionalizada, pode perder sua dimensão e amplitude, e até ser condenada a não dar certo. Ampliar o conhecimento e trabalhar as fragilidades em relação ao tema é um modo de refletir sobre a prática

profissional na ESF e reconhecer o direito à saúde, esse instituído pela Constituição Federal de 1988 - art. 198, inciso III (Brasil, 2020).

A participação comunitária é uma diretriz organizativa do SUS e está intrinsecamente relacionada ao trabalho da ESF (Brasil, 2020; Brasil, 2017). A ESF, é considerada a principal estratégia adotada pelo Ministério da Saúde para a reorganização da Atenção Básica (AB). Orienta-se pelos atributos essenciais: atenção ao primeiro contato, longitudinalidade, integralidade e coordenação do cuidado; e atributos derivados: orientação familiar e comunitária e competência cultural. Prioriza ações de promoção, proteção e recuperação de saúde, de modo integral e continuado, indo além das práticas curativas. Estrutura-se com base no reconhecimento das necessidades das/os usuárias/os a partir do vínculo com as trabalhadoras/es e pelo contato permanente com o território (Oliveira; Pereira, 2013).

Dessa forma, o reconhecimento da participação social em suas diversas formas, relacionada ao CLS/CMS, as ações solidárias, as atividades e atendimentos coletivos ou individuais, a promoção e prevenção à saúde, a educação popular, as ações de comunicação e informação, na dimensão individual e relacional do cuidado – todas elas ampliam as ações da ESF e vão ao encontro de seu papel descrito na Política Nacional da Atenção Básica (PNAB) (Brasil, 2017).

Os diversos espaços da ESF, se configuram como parte da participação não institucionalizada, entre eles, a recepção, atendimentos, acolhimentos, visitas domiciliares, reunião de equipe, educação permanente e o território em si (junto a empresas, instituições, espaços sociais e famílias), pode ser um campo vasto e fértil de parcerias a serem fortalecidas e criadas (Rolim; Cruz; Sampaio, 2013; Giugliani et al., 2020).

A crítica das/os trabalhadoras/es às solicitações individuais de saúde trazidas pelas/os usuárias/os ao espaço do CLS, fala sobre a dificuldade que por vezes as/os mediadoras/es têm em perceber os interesses das classes populares, não reconhecendo legítimas suas demandas, e assim, acabam não considerando suas formas de participação (Valla, 1998). Embora, o fato das/os usuárias/os trazerem suas necessidades ao CLS junto da ESF, mostra que esses são vistos como espaços de diálogo e acolhimento (Guarnieri; Setti; Pulga, 2021).

A participação social e o cuidado em saúde passam pela capacidade de escuta, nesse sentido, o questionamento que se faz é “o que se quer escutar?”. É necessário escutar o sujeito, em sua realidade, desejos e inquietações, para assim estar presente na construção de um Plano Terapêutico Singular (PTS), na adesão a um tratamento ou na construção da política pública (Broide; Broide, 2016).

A capacidade de escuta, acolhimento e orientação, identificada pelas/os trabalhadoras/es em sua atuação profissional, fala sobre a dimensão relacional e individual do cuidado. Essa, tão bem apontada pela Política Nacional de Humanização (PNH) (Ministério da Saúde, 2013). As tecnologias leves em saúde, envolvem a valise das relações intercessoras entre trabalhadoras/es e usuárias/os do serviço, fazem parte do que constitui o processo de construção e fortalecimento da participação social. Reconhecê-las e pensar como se dá o cuidado na relação com a/o usuária/o é de extrema importância, para refletir sobre o papel das/os trabalhadoras/es da ESF na construção de sujeitos mais autônomos nos modos de andar a vida (Merhy, 2014).

Mas, houve a dificuldade das/os trabalhadoras/es identificarem a participação social na atuação profissional e de visualizarem formas de aplicá-la em relação a Covid-19. Isso demonstra fragilidade no conhecimento em relação ao tema, em se verem como agentes ativas/os da participação social, e demonstra dificuldade de adaptação a novos contextos. A Covid-19, trouxe a necessidade e a possibilidade de reinventar e reavaliar a prática profissional na ESF (Fernandez; Lotta; Corrêa, 2021).

Dessa forma, se faz premente discutir o tema da participação social, as formas como essa pode ocorrer no SUS através do trabalho da ESF junto aos territórios. Caso contrário, em contextos como o da Covid-19, incorre-se ao risco das práticas em saúde não conseguirem acompanhar e se adaptar as necessidades que os momentos exigem. Para isso, é importante que os diversos agentes envolvidos compreendam o modelo de vigilância em saúde. É imprescindível ativar ainda mais os atributos comunitários da ESF e vincular-se às iniciativas solidárias nos territórios; articular-se intersetorialmente para dar suporte às necessidades da população; e garantir a continuidade das ações de promoção, prevenção e cuidado, criando novas estratégias para o trabalho em saúde (Giovanella et al., 2021).

O envolvimento de trabalhadoras/es, gestoras/es e usuárias/os do SUS nas diversas práticas de cuidado à saúde é apontado pela literatura, bem como, pela PNH, como um elemento imprescindível para a política democrática e participativa (Lima; Galimbertti, 2016; Ministério da Saúde, 2013). O envolvimento comunitário com a situação local de saúde e o estímulo da equipe da ESF no território, são apresentados como os fatores relacionados a implantação do CLS, bem como para a formação representativa (Varela et al., 2020).

Mas, um conceito que não pode deixar de ser citado e desenvolvido, é o conceito do “quadrilátero da formação para a área da saúde”: ensino, gestão, atenção e controle social. O quadrilátero em saúde, reconhece esses quatro atores como fundamentais para a construção da gestão participativa. Trabalha a educação/formação em saúde como um ator importante junto da gestão do sistema de saúde, colocando os serviços de atenção à saúde como gestão e atenção, valorizando e reconhecendo a participação social. Esses atuando juntos, são pilares para o enfrentamento dos desafios da gestão em saúde (Ceccim; Feuerwerker, 2004).

Durante a pesquisa, houve a ausência da correlação da participação social com as políticas públicas de saúde, essas que incidem como retrocessos sobre a prática profissional na ESF. São exemplos, a Emenda Constitucional nº 95 de 2016 que estabeleceu o novo regime fiscal com o teto de gastos para os próximos 20 anos (Brasil, 2016); a Portaria nº 2.436 de 2017, que alterou a PNAB e promoveu entre outros aspectos a recomposição das equipes e a reorganização do processo de trabalho na AB (Morosini; Fonseca; Lima, 2018); e a Portaria nº 2.979 de 2019, instituiu o novo formato de financiamento da Atenção Primária à Saúde, com efeito restritivo sobre o princípio da universalidade (Massuda, 2020). A ausência dessa relação, sugere a falta de conhecimento sobre a participação social e formas com que se apresenta o negacionismo que vivemos atualmente. Ações educativas que têm por base a educação popular em saúde, são indicadas como estratégias importantes para enfrentar o negacionismo, tendo por orientação a noção freiriana de diálogo e conflito (Morel, 2021).

Nesse sentido, a educação permanente se configura como um espaço propício e potente para trabalhar essa e outras temáticas, pois ocorre a partir de necessidades e/ou incômodos vivenciados na prática profissional e valoriza os saberes e trocas entre as/os

trabalhadoras/es, valoriza o diálogo, possibilitando a abertura à reflexão, sentimentos de acolhimento e fortalecimento da atuação profissional (Santos et al., 2021).

É possível desenvolver a prática profissional para o fortalecimento da participação social, mas é preciso pensar as/os usuárias/os como cidadãs/os de direitos e possuidores de uma capacidade crítica de reflexão e de escolha mais autônoma nos modos de levar a vida (Campos, 2000; Ministério da Saúde, 2017).

Esta pesquisa, apresentou como limitação, a implicação da pesquisadora com o serviço. Essa como parte da equipe da ESF, enquanto residente de um Programa de Residência Multiprofissional, pode apresentar um olhar com viés a partir dessa implicação. Ainda, como limitação, é importante considerar os aspectos decorrentes da pandemia da Covid-19. A não ocorrência das reuniões do CLS, o desgaste, medo e dificuldade das/os trabalhadoras/es em adaptar as práticas profissionais a esse contexto pandêmico, ao mesmo tempo em que compreendiam o que era a doença e o vírus do Sars-Cov-2.

Considerações finais

Esta pesquisa se propôs dialogar com as/os trabalhadoras/es de uma ESF sobre a participação social no SUS e identificar suas percepções sobre o tema. Os principais resultados sugerem, que as/os trabalhadoras/es percebem a participação social como as diversas formas que as pessoas conseguem contribuir com a comunidade, na resolução de problemas ou proporcionando bem-estar, através do envolvimento em ações e atividades coletivas, sociais e solidárias, em prol de um bem-comum. Associada de modo geral, aos grupos da ESF e ao CLS. Demonstraram, fragilidade na compreensão da participação não institucionalizada (ampliada) e na aplicação desta na prática profissional. Assim, a participação social acaba por não ser desenvolvida em sua amplitude, em ações de promoção, prevenção, comunicação, informação e em sua dimensão individual e relacional, e por vezes, sendo vista reduzida aos espaços formais de controle social.

O diálogo proposto nas educações permanentes desta pesquisa-intervenção, buscou abordar o processo de construção e fortalecimento da participação social a partir da prática profissional na ESF. A pesquisa teve foco nas/os trabalhadoras/es, por

compreender que são elas/es a referência de cuidado e vínculo em saúde junto aos territórios, e por ser através do trabalho e do olhar das/os trabalhadoras/es que se amplia as possibilidades de produzir uma gestão em saúde participativa e o direito à saúde.

Possibilitar esse espaço de reflexão e de cuidado as/aos trabalhadoras/es é necessário. A educação permanente se configura como um espaço propício e potente para a formação em saúde, para as trocas, diálogos, escuta e acolhimento que o tema exige. A pesquisa, abriu espaço também para pensar sobre o papel da gestão na organização das ações e serviços de saúde, frente às necessidades dos territórios e das equipes. Passar bem por momentos de crise como a pandemia da Covid-19, exige da gestão um olhar atento e cuidadoso com as equipes, com a linha de frente, exige conhecimento do papel da AB/ESF e da potência de seu trabalho junto a rede e aos territórios, valorizando a participação social e a vigilância popular. Isso tudo, envolve um trabalho contínuo de formação em saúde, e envolve o conceito do quadrilátero da formação em saúde.

Desse modo, a importância dessa pesquisa-intervenção não se limita às equipes de saúde, sugerindo-se o desenvolvimento de pesquisas e processos de fortalecimento da participação social com a gestão dos municípios e com a população. A PNH, se mostra um excelente programa para ser trabalhado, assim como, a metodologia Paideia, desenvolvida por Gastão Wagner de Souza Campos (2014; Furlan; Amaral, 2010). Esses processos, vão ao encontro da gestão participativa, da autonomia, da defesa radical da vida e da capacidade de governar que cada um possui, independente da função, cargo ou espaço que esteja (Merhy, 2014).

Os conhecimentos e aspectos aqui abordados não esgotam o tema, sempre há faltas, e que bom, pois são elas que mobilizam a busca pelo conhecimento e o “esperançar”. Como disse Paulo Freire, reconhecer que não sabemos tudo e que não estamos sozinhos no mundo, nos coloca a escutar e falar “com o outro”, abrindo caminhos para participação social (Ceccim, 2007).

Referências

BARDIN, Laurence. *Análise de conteúdo*. São Paulo: Edições 70, 2011.

BRASIL. [Constituição (1988)]. *Constituição da República Federativa do Brasil de 1988*. Brasília, DF: Presidência da República, [2020]. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/constituicao/constituicao.htm. Acesso em: 27 jan. 2022.

BRASIL. *Emenda Constitucional nº 95, de 15 de dezembro de 2016*. Brasília, DF: Presidência da República, [2016]. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/constituicao/emendas/emc/emc95.htm. Acesso em: 25 jan. 2022.

BRASIL. *Lei nº 8.142, de 28 de dezembro de 1990*. Brasília, DF: Presidência da República, [1990]. Disponível em: https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/l8142.htm. Acesso em: 27 jan. 2022.

BRASIL. *Portaria nº 2.436, de 21 de setembro de 2017*. Brasília, DF: Presidência da República, [2017]. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2017/prt2436_22_09_2017.html. Acesso em: 08 fev. 2022.

BROIDE, Jorge; BROIDE, Emília E. *A psicanálise em situações sociais críticas: metodologia clínica e intervenções*. 2. ed. São Paulo: Escuta, 2016.

CAMPOS, Gastão W. de S. *Saúde pública e saúde coletiva: campo e núcleo de saberes e práticas*. Revista Ciência & Saúde Coletiva, Rio de Janeiro, v. 5 (2), 2000. DOI: <https://doi.org/10.1590/S1413-81232000000200002>. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/csc/a/mvLNphZL64hdTPL4VBjnrLh/?format=pdf&lang=pt>. Acesso em: 24 jan. 2022.

CAMPOS, Luciane; WENDHAUSEN, Águeda L. P. *A incorporação da participação social na Estratégia Saúde da Família: o papel dos/as trabalhadores/as de saúde*. Família, Saúde Desenvolvimento, Curitiba, v.5, n.3, p.231-239, set./dez. 2003. Disponível em: <https://revistas.ufpr.br/refased/article/download/8087/5706>. Acesso em: 08 fev. 2022.

CAMPOS, Gastão W. et al. *A aplicação da metodologia Paideia no apoio institucional, no apoio matricial e na clínica ampliada*. Interface, Botucatu, v.18, n.1, p.983-995, 2014. DOI: 10.1590/1807-57622013.0324. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/icse/a/DTWSYxgyjHpg9tJfGD5yVkk/?format=pdf&lang=pt>. Acesso em: 07 abr. 2022.

CECCIM, Ricardo B. Pacientes impacientes: Paulo Freire. In: MINISTÉRIO DA SAÚDE. *Caderno de educação popular e saúde*. Brasília, 2007. p. 32-45. Disponível em: https://bvsmis.saude.gov.br/bvs/publicacoes/caderno_educacao_popular_saude_p1.pdf. Acesso em 06 fev. 2022.

CECCIM, Ricardo B.; FEUERWERKER, Laura C. M. *O quadrilátero da formação para a área da saúde: ensino, gestão, atenção e controle social*. Physis-Revista de Saúde Coletiva, Rio de Janeiro, v. 14, n.1, p.41- 65, jun. 2004. DOI: 10.1590/S0103-73312004000100004. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/physis/a/GtNSGFwY4hzh9G9cGgDjqMp/?format=pdf&lang=pt>. Acesso em: 07 abr. 2022.

FASSINA, Augusto L. *Controle social o Controle Municipal de “Saúde”*: funcional ou aparelhado. Manancial Repositório Digital da UFSM, Picada Café, 2014. Disponível em: https://repositorio.ufsm.br/bitstream/handle/1/11356/Fassina_Augusto_Luis.pdf?sequence=1&isAllowed=y. Acesso em: 03 fev. 2022.

FERNANDES, Michelle; LOTTA, Gabriela; CORRÊA, Marcela. *Desafios para a Atenção Primária à Saúde no Brasil: uma análise do trabalho das agentes comunitárias de saúde durante a pandemia de Covid-19*. Trabalho, Educação e Saúde, Rio de Janeiro, v. 19, 2021, e00321153. DOI: 10.1590/1981-7746-sol00321. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/tes/a/qDg6fnxcSZbgtB9SYvnBK8w/?format=pdf&lang=pt>. Acesso em: 10 dez. 2021.

FURLAN, Paula G.; AMARAL, Márcia A. O Método de Apoio Institucional Paidéia aplicado à formação de profissionais da Atenção Básica em Saúde: metodologia e resultados do Curso de Especialização em Gestão de Sistemas e Serviços de Saúde com ênfase na Atenção Básica. In: CAMPOS, Gastão W. de S.; GUERRERO, André V. P. (org.). *Manual de práticas da atenção básica: saúde ampliada e compartilhada*. 2. ed. São Paulo: Editora Hucitec; 2010. 411 p. ISBN 978-85-60438-78-5. Disponível em: https://www.arca.fiocruz.br/bitstream/icict/43319/2/manual_das_praticas_de_atencao_basica.pdf. Acesso em: 14 abr. 2022.

FURLANETTO, Camila F. *Participação social e estratégia saúde da família: desvelando fragilidades e possibilidades*. 2014. 112 p. Dissertação (Mestrado em Gestão da Clínica) - Universidade Federal de São Carlos, São Carlos, 2014. Disponível em: <https://repositorio.ufscar.br/bitstream/handle/ufscar/9368/DissCFE.pdf?sequence=1&isAllowed=y>. Acesso em: 09 fev. 2022.

GIOVANELLA, Ligia et al. A contribuição da Atenção Primária à Saúde na rede SUS de enfrentamento à Covid-19. *Saúde em Debate*, Rio de Janeiro, v. 45, n. 130, p. 748-

762, jul-set 2021. DOI: 10.1590/0103-1104202113014. Disponível em:
<https://www.scielo.br/j/sdeb/a/h3krqJq9WY9wcs5L49TqJ7d/?format=pdf&lang=pt>.
Acesso em: 28 jan. 2022.

GIUGLIANI, Camila et al. *A escola como espaço de participação social e promoção da cidadania*: a experiência de construção da participação em um ambiente escolar. *Saúde em Debate*, Rio de Janeiro, v. 44, n. especial 1, p. 64-78, jan. 2020. DOI: 10.1590/0103-11042020S105. Disponível em:
<https://www.scielo.br/j/sdeb/a/CsNW46x3dHLFDSgLDFH4FLB/?format=pdf&lang=pt>
. Acesso em: 30 jan. 2022.

GUARNIERI, Jaqueline M.; SETTI, Sandra M.; PULGA, Vanderléia L. *A participação popular na saúde*: desafios e potencialidades no contexto municipal. *Revista Saúde em Redes*, Porto Alegre, v. 7, n. 2, 2021. DOI: 10.18310/2446-48132021v7n2.3132g647. Disponível em: <https://revista.redeunida.org.br/ojs/index.php/rede-unida/article/view/3132/647>. Acesso em: 17 jan. 2022.

JÚNIOR, José P. B.; MARTINS, Poliana C. *Participação social na Estratégia de Saúde da Família*: análise da percepção de conselheiros de saúde. *Saúde em Debate*, Rio de Janeiro, v. 38, n. 102, p. 440-451, jul./set. 2014. DOI: 10.5935/0103-1104.20140042. Disponível em:
<https://www.scielo.br/j/sdeb/a/gLKVCPjFQK5GWnZd7D7pD4h/?format=pdf&lang=pt>.
Acesso em 01 fev. 2022.

LIMA, Fabiana A.; GALIMBERTTI, Percy A. Sentidos da participação social na saúde para lideranças comunitárias e profissionais da Estratégia Saúde da Família do território de Vila União, em Sobral-CE. *Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro, v. 26, n. 1, p. 157-175, jan./mar. 2016. DOI: <http://dx.doi.org/10.1590/S0103-73312016000100010>. Disponível em:
<https://www.scielo.br/j/physis/a/Y9dG5gv7WmWkJFVMYkPJmSy/?format=pdf&lang=pt>.
Acesso em 02 fev. 2022.

MASSUDA, Adriano. *Mudanças no financiamento da atenção primária à saúde no sistema de saúde brasileiro*: avanço ou retrocesso? *Ciência & Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro, v. 25, n. 4, 2020. DOI: 10.1590/1413-81232020254.01022020. Disponível em:
<https://www.scielo.br/j/csc/a/YXgJT56kHyPXDtW4TqVLFMg/?format=pdf&lang=pt>.
Acesso em: 25 jan. 2022.

MERHY, Emerson E. *A cartografia do trabalho vivo*. 4. ed. São Paulo: Editora Hucitec, 2014.

MINISTÉRIO DA SAÚDE. *Participação comunitária e controle social*. Secretaria de Estado da Saúde, Florianópolis, 2017. Disponível em: https://ares.unasus.gov.br/acervo/html/ARES/14879/1/Apostila_participa%C3%A7%C3%A3o%20comunit%C3%A1ria_N%C3%BAcleo%20Telessa%C3%BAde%20SC%20UFSC.pdf. Acesso em 03 fev. 2022.

MINISTÉRIO DA SAÚDE. *Política nacional de humanização*. Secretaria de Atenção à Saúde. Brasília, DF, 2013. Disponível em: https://bvsmis.saude.gov.br/bvs/publicacoes/politica_nacional_humanizacao_pnh_folhet_o.pdf. Acesso em: 09 fev. 2022.

MOREL, Ana P. M. *Negacionismo da Covid-19 e educação popular em saúde: para além da necropolítica*. Trabalho, Educação e Saúde, v. 19, 2021, e00315147. DOI: 10.1590/1981-7746-sol00315. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/tes/a/pnVbDRJBcdHy5K6NSc4X65f/?format=pdf&lang=pt>. Acesso em: 01 fev. 2022.

MOROSINI, Márcia V. G. C.; FONSECA, Angélica F.; LIMA, Luciana D. *Política Nacional de Atenção Básica 2017: retrocessos e riscos para o sistema único de saúde*. Saúde em Debate, Rio de Janeiro, v. 42, n. 116, p. 11-24, 2018. DOI: 10.1590/0103-1104201811601. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/sdeb/a/7PPB5Bj8W46G3s95GFctzJx/?format=pdf&lang=pt>. Acesso em: 25 jan. 2022.

OLIVEIRA, Maria A. C.; PEREIRA, Iara C. Atributos essenciais da Atenção Primária e a Estratégia Saúde da Família. Revista Brasileira de Enfermagem, v. 66, p. 158-164, 2013. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/reben/a/5XkBZTcLysW8fTmnXFMjC6z/?format=pdf&lang=pt>. Acesso em: 28 jan. 2022.

PIZUTTI, Paola L.; ALMEIDA, Alexandre N.; MILÃO, Luzia F. *Intersetorialidade e participação social na gestão da educação permanente em saúde em um município de pequeno porte do Rio Grande do Sul: percepções de um Núcleo Municipal de Educação em Saúde Coletiva*. Ciência & Saúde, Porto Alegre, v. 12 n. 3, jul-set. 2019. DOI: 10.15448/1983-652X.2019.3.32151. Disponível em: <https://revistaseletronicas.pucrs.br/ojs/index.php/faenfi/article/view/32151>. Acesso em: 01 fev. 2022.

ROLIM, Leonardo B.; CRUZ, Raquel S. B. L. C.; SAMPAIO, Karla. J. A. J. *Participação popular e o controle social como diretriz do SUS: uma revisão narrativa*. Saúde em Debate, vol.37, n.96, p.139-147, 2013. Disponível em: <https://www.scielo.br/pdf/sdeb/v37n96/16.pdf>. Acesso em: 09 fev. 2022.

SANTOS, Adilson R. et al. *Educação permanente na Estratégia Saúde da Família: potencialidades e ressignificações*. Revista de Enfermagem UFPE on line, Recife, v. 15, n. 1, p. 1-18, jan. 2021. DOI: 10.5205/1981-8963.2021.245355. Disponível em: <https://periodicos.ufpe.br/revistas/revistaenfermagem/article/view/245355/37470#>. Acesso em: 30 jan. 2022.

VALLA, Victor V. *Sobre participação popular: uma questão de perspectiva*. Caderno de Saúde Pública, Rio de Janeiro, v. 14 (sup. 2): 7-18, 1998. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/csp/a/YcmBR9tNZcjkmhGXx7L7YXc/?format=pdf&lang=pt>. Acesso em: 19 jan. 2022.

VARELA, Leilany D. et al. *Conselho local de saúde: implantação e dificuldades da formação na Estratégia Saúde da Família*. Revista Brasileira em Promoção da Saúde, Fortaleza, v. 33, 2020. DOI: 10.5020/18061230.2020.10908. Disponível em: <https://periodicos.unifor.br/RBPS/article/view/10908/pdf>. Acesso em: 02 fev. 2022.