

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

Maria José Sanches Marin<sup>1</sup>  
Luciana Rocha de Oliveira<sup>2</sup>  
Mércia Ilias<sup>3</sup>  
Elza de Fátima Ribeiro Higa<sup>1</sup>

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

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

## **COMMUNITY CONTRIBUTIONS TO A FHU TEAM WORK**

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

*DESCRIPTORES: family health program; community participation; public health*

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

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

*DESCRIPTORES: programa saúde da família; participação comunitária; saúde pública*

<sup>1</sup> Enfermeira, Doctorado en Enfermería, Docente; <sup>2</sup> Enfermeira, Programa de Salud de la Familia del Municipio de Marília, Brasil, Especialista en Salud de la Familia, Docente Colaboradora; <sup>3</sup> Médica, Maestría en Salud Pública, Docente. Facultad de Medicina de Marília, Brasil

## INTRODUCCIÓN

La participación comunitaria es un movimiento que viene siendo incentivado como una estrategia de enfrentamiento de los problemas de salud, consiguiendo, así, una mayor conciencia política y compartiendo las responsabilidades y las informaciones, y buscando mejorar la autonomía y la calidad de vida de las personas.

La participación de los ciudadanos en la gestión pública en salud viene siendo articulada desde el Movimiento Nacional por la Reforma Sanitaria, la cual tuvo por marcos de reafirmación y consolidación las 8ª y 9ª Conferencias Nacionales, respectivamente en 1986 y 1992, y viene ocurriendo en los Consejos Municipales de Salud (CMS), los cuales poseen composición, igualdad y atribuciones aseguradas por norma jurídica<sup>(1)</sup>.

El lineamiento dado a la política de salud brasileña, por la constitución de 1988, contribuyó con tal construcción al, atribuir al Ministerio de la Salud, el compromiso de reestructurar el modelo de atención, partiendo de la referencia de salud como un derecho de ciudadanía y presuponiendo la organización de los servicios para volverlos cada vez más resolutivos, integrales y humanizados<sup>(2)</sup>.

En esta propuesta, la idea de "salud para todos", sin la participación activa de las personas, no será posible para el año 2010, pues de ellas depende el aval necesario para impulsar la prevención y la atención primaria de la salud. Esa participación también debe ser la que facilite la coordinación de las múltiples actividades del Estado en el sector la salud y permitir que sea construida una visión integral de la salud<sup>(3)</sup>.

La participación ciudadana se caracteriza por la substitución de la categoría comunidad (o pueblo) por la sociedad como categoría central. Este concepto está fundamentado en la universalización de los derechos sociales, en la ampliación del concepto de ciudadanía y en una nueva comprensión del carácter del Estado, remitiendo a la definición de las prioridades en las políticas públicas con base a un debate público<sup>(4)</sup>. Así, se puede considerar tal participación como el control sobre la propia situación, mediante intervenciones en decisiones, iniciativas y gestiones, que afectan las condiciones de vida en que tal situación y proyectos se desarrollan<sup>(5)</sup>.

Debido a esta actuación, la participación de la colectividad se ha afirmado gradualmente en los últimos años y se han producido directrices políticas cada vez más compatibles con la realidad, para garantizar y racionalizar los recursos materiales, financieros y humanos, al mismo tiempo en que las

personas adquieren cada vez más conciencia de sus tareas y de la responsabilidad inherente a ellas<sup>(6)</sup>.

Actualmente, con casi dos décadas de construcción de este modelo, parece evidente la importancia de la participación activa y continua de la sociedad en las acciones a ser desarrolladas. Contribuyó con esto, la implementación del Programa Salud de la Familia (PSF), que viene ocurriendo en todo el territorio nacional y posee características que favorecen la integración entre la comunidad y los equipos de salud de la familia, bien como la relación entre el trabajador y el usuario. En este sentido, se destaca la introducción de los agentes comunitarios de salud (ACS) en los equipos, adjudicación de la clientela en un territorio definido y el trabajo en equipo.

El trabajo en equipo, en las unidades de salud de la familia, favorece la integración y la participación de la comunidad en la construcción de un proyecto asistencial común, considerando que la población de referencia es la destinataria del trabajo desarrollado, presuponiendo un proceso de democratización de las instituciones.

La filosofía del PSF busca, por lo tanto, alcanzar en el largo plazo una alteración de la relación entre el ciudadano y el Estado, promoviendo el concepto de salud como un derecho de ciudadanía y posibilitando la inserción activa de los individuos en los procesos de mejoría de la calidad de vida por medio de su participación en la discusión de las políticas públicas<sup>(6)</sup>.

A pesar de considerarse relevante tal participación, un estudio sobre el PSF apunta para la ausencia del usuario como protagonista de su propio vivir y de la producción de su cuidado, pues el equipo todavía coloca a la población fuera del ámbito de las decisiones que le conciernen<sup>(7)</sup>. Los avances en la participación y en el trabajo en equipo no han garantizado la construcción de un proyecto asistencial común<sup>(4)</sup>.

Considerando la tradición autoritaria y excluyente que constituyó la sociedad brasileña a lo largo de la historia, la participación democrática en las decisiones y acciones que definen el destino de la sociedad brasileña está siendo conquistada con dificultad<sup>(8)</sup>.

Delante de lo expuesto, reconociendo la relevancia de la participación de las personas de la comunidad en la implementación de un modelo que tiene como objetivo mejorar la calidad de vida y las dificultades de volverla efectiva, buscamos comprender como tal participación viene ocurriendo en un PSF, con la finalidad de contribuir con datos que permitan la reflexión y el desarrollo de esta construcción.

## OBJETIVO

Verificar las contribuciones de la participación de la comunidad en las acciones de salud de una Unidad de Salud de la Familia.

## METODOLOGÍA

Se trata de un estudio de análisis documental, a partir de las actas de las reuniones del equipo de la USF Santa Augusta con la comunidad, en la ciudad de Marília.

La Unidad de Salud de la Familia, de la Santa Augusta, inició su trabajo el 27 de abril de 2003. La comunidad abarcada es de 2348 personas. El equipo de salud es formado por una médica, una enfermera, una dentista, una auxiliar de consultorio dental, dos auxiliares de enfermería, seis agentes comunitarios, una auxiliar de servicios generales y un chofer (dos veces por semana). Además de servir como campo de entrenamiento para estudiantes de la primera, segunda y cuarta series de los Cursos de Enfermería y Medicina de la Facultad de Medicina de Marília y de la Residencia Multiprofesional de Salud de la Familia de la misma institución, la USF cuenta con residentes médicos y enfermeros y, a partir de 2006, con residentes de odontología, fisioterapia y servicio social. La USF atiende la población urbana y la rural.

Además de atender la demanda de consultas médicas, de enfermería y odontológicas, el equipo realiza: 1) visitas a domicilio para las personas consideradas de mayor riesgo y con problemas de locomoción y 2) actividades con grupos de hipertensos y diabéticos, como: fútbol, caminadas, reeducación alimentaria, artesanía, corte de cabello, prenatal, grupo de crecimiento y desarrollo, entre otros. Semanalmente se realizan reuniones de equipo, donde son discutidos los problemas de la comunidad y también el proceso de trabajo del equipo.

Una vez al mes, son realizadas reuniones de la comunidad con la participación de los profesionales del equipo, alumnos de la Facultad de Medicina de Marília (cursos de Medicina y Enfermería), presidente de la comunidad local, representantes del Consejo de la Zona Sur (CONSUL) y otras personas de la comunidad. Además de los elementos del equipo, participan de las reuniones, aproximadamente, de cuatro a diez personas. Estas reuniones son registradas en actas y enviadas para el equipo Gestor del PSF en la Secretaría Municipal de Higiene y Salud de Marília.

Para la realización de este estudio fueron utilizados los datos registrados en las actas de 24

reuniones de la comunidad de la USF Santa Augusta, en el período de marzo de 2003 a marzo de 2006.

El análisis de los resultados fue realizado conforme los pasos de la técnica de análisis de contenido descrita por Bardin<sup>(9)</sup>, que comprende: lectura fluctuante de cada una de las unidades de registros; segunda lectura con la finalidad de desmembrar las unidades de registro para clasificar y agregar los datos brutos contenidos en las mismas en representación del contenido y la categorización por grupos de unidades de registros con significado y elementos comunes. Tal análisis permitió agrupar las discusiones narradas en las actas en cuatro temáticas: *recursos materiales y humanos, acceso a los servicios de salud de mayor complejidad, adhesión de la comunidad a las actividades ofrecidas por la unidad y promoción de la salud y prevención de enfermedades*, las cuales son presentadas en forma de tablas con los respectivos elementos comunes, seguidas de análisis descriptiva.

## RESULTADOS

Al referirse a los temas discutidos en las reuniones del equipo del PSF cuyas actas fueron analizadas, la temática *acceso a los servicios de salud de mayor complejidad*, agrupada en la Tabla 1, se revela como una preocupación de la comunidad debido a los límites impuestos en la continuidad del cuidado a la salud.

Tabla 1 - Distribución de los asuntos, acciones y resultados obtenidos a partir de las reuniones de la comunidad con el equipo de la USF, referente a la temática: acceso a los servicios de salud de mayor complejidad. Marília, SP, 2006

Tema	Acción	Resultados
Dificultad de obtener atención en las especialidades médicas.	Se comunicó al grupo gestor de la Secretaría de la Salud la necesidad de aumentar la oferta de servicios.	La demanda continúa reprimida.
Demora en la aprobación del proceso de ligadura	Se prestó esclarecimientos sobre la forma como el proceso es evaluado.	Los usuarios permanecen insatisfechos.
Demora en la realización de mamografía	Las usuarias fueron orientadas a realizar el examen en la atención masiva, realizada por el Hospital de las Clínicas de Marília.	La mayoría de las mujeres que estaban esperando, realizaron el examen.
Quejas sobre la calidad de la atención en el hospital de referencia.	Se comunicó al equipo gestor del SMHS que dialogó con los responsables del hospital.	No fue observado ningún resultado satisfactorio

El acceso a las tecnologías de salud representa un aspecto importante a ser considerado por el sector, considerando que la implantación de los PSF, realizado con la finalidad de reorganizar la atención básica, no ha sido suficiente para atender las necesidades de la población.

Conforme a lo señalado por Merhy, el PSF debe ser explorado dentro de sus límites e incorporado como una modalidad tecnológica integrante de la compleja red de atención, antes de ser considerado suficiente para la resolución de todos los problemas<sup>(10)</sup>.

La dificultad de la población en tener acceso a especialistas, exámenes y procedimientos específicos contradice principios constitucionales y de reglamento del sistema de salud brasileño cuando considera "la salud como un derecho de todos", la "integralidad", "equidad" y "universalidad".

La dificultad en obtener una consulta con especialistas y exámenes específicos, conforme lo citado por la comunidad, revela una laguna importante en la atención secundaria y, como consecuencia de esto, los usuarios quedan vulnerables a un agravamiento de la condición de salud con posibles internaciones de urgencia. Además de eso, tal aspecto genera incomodidad en el equipo de la USF, al que cabe dar respaldo y explicaciones por la situación de demora.

Al organizar el sistema de salud conforme el principio de la jerarquía y de regionalización, se tiene una idea de la expansión de la cobertura y democratización del acceso. Sin embargo, la red de atención básica no ha conseguido transformar la "puerta de entrada" en lo más importante, lo que se refleja en la alta demanda existente en las atenciones de emergencia y la dificultad de acceso a los servicios especializados<sup>(11)</sup>. Este hecho se explica por la insuficiencia de recursos para el sector salud, mala utilización de aquellos ya existentes, además de la discriminación existente en el sector privado, que se basa exclusivamente en el criterio económico y en la búsqueda de su sobrevivencia con la creación de programas de salud.

Tabla 2 - Distribución de los asuntos, acciones y resultados obtenidos a partir de las reuniones de la comunidad con el equipo de la USF referente a la temática: adhesión de la comunidad a las actividades ofrecidas por la USF. Marília, SP, 2006

Tema	Acción	Resultados
Falta de adhesión a las reuniones de la comunidad	Cada persona presente en la reunión se responsabilizó en convencer a los demás usuarios de la necesidad de participar de las reuniones. Se creó y confeccionó cartel con fechas y horarios, que fue colocado frente a la unidad; se realizaron invitaciones durante las atenciones en la USF y en las visitas domiciliarias. Confección de invitaciones que fueron entregadas en los domicilios	Hubo poca mejoría en la adhesión. Los usuarios alegan no crear, cansancio y coincidencia con el horario de novelas.
Falta de adhesión a las actividades en grupos propuestas por la unidad.	El equipo pasó a estimular más a las personas; se propuso paseos, como ir al bosque; se crearon grupos de actividades para capacitar al trabajo; se propuso nuevas técnicas de artesanía; entre otras.	Hubo aumento casi insignificante en la adhesión
Falta de adhesión al examen preventivo de cáncer del cuello uterino y de la mama.	Se realizó orientación en la sala de espera; realizado un "día especial" con sorteo de un "Kit de belleza". Quedó disponible el horario nocturno.	Hubo aumento de la cobertura.

La adhesión, desde el punto de vista etimológico (del latín *adhaesione*) significa junción, unión, aprobación, acuerdo, manifestación de solidaridad, apoyo; es decir presupone relación y vínculo. La adhesión, se entiende como un proceso multifactorial, estructurado a partir de la relación entre quien cuida y quien es cuidado y envuelve la constancia, la perseverancia y la frecuencia<sup>(12)</sup>.

Con relación a la adhesión, en las reuniones de comunidad, fue discutido el pequeño número de personas que viene participando de las mismas, que son alrededor de cuatro a diez por reunión. Algunos apuntan como motivo "el cansancio después del trabajo", "la coincidencia con el horario de las novelas", también la desvalorización de la reunión cuando considerada como espacio resolutivo.

Otras actividades de promoción y prevención propuestas por el equipo también han presentado poca adhesión, lo que merece reflexión y análisis de la efectividad de las mismas y su adecuación a las necesidades de la población. Además de eso, tales medidas necesitan ser ampliadas; las mismas deben envolver a todos los sectores, objetivando no solo mantener una ocupación y recreación, como también ofrecer una calificación que posibilite conquistas y perspectivas de mejoría de las condiciones de vida.

En la literatura, la mayoría de los estudios que tratan de la adhesión se refieren al proceso de enfermarse y al tratamiento medicamentoso, dificultando una mayor comprensión de las condiciones que pueden estar envueltas con la adhesión a acciones de promoción y prevención, como las propuestas por el equipo, pues esas demandan la construcción de una conciencia ciudadana.

Nos llama la atención el hecho de que la ciudadanía "no sea algo natural" - ella está sometida a reglas sociales y culturales. En las sociedades colectivistas, como en la que vivimos, "el todo prevalece sobre las partes, la jerarquía es el principio básico y lo que vale es la relación". Así, si el individuo no tiene ninguna relación con una persona o institución de prestigio, es tratado como inferior<sup>(13)</sup>.

Los casos de resistencia revelan, muchas veces, que las personas están sintiéndose desvalorizadas o que no está ocurriendo un verdadero diálogo entre los conocimientos del equipo y el de los usuarios. Se destaca, también, que en la confrontación de conocimientos es importante considerar la complejidad articulada en el núcleo de historias y de la cultura que hacen explícita la misma, obteniéndose, así, la explicación para la dificultad de adhesión<sup>(14)</sup>.

Ese aspecto representa un desafío para los profesionales del equipo de salud que muchas veces adoptan conductas autoritarias, considerando el saber científico que poseen como una verdad absoluta.

Además de eso, nos parece que la valorización de la cura, el uso de medicamentos y el aspecto biológico como la única forma de obtener mejoría en las condiciones de salud, todavía está presente en la imaginación tanto de los usuarios como del equipo. Tal hecho también puede dificultar el delineamiento de medidas que tengan como objetivo la promoción y la prevención, que tienen como objetivo atender las necesidades de las personas y, consecuentemente, obtener su adhesión.

Nos parece, por lo tanto, que la falta de adhesión de la población a las medidas de atención a la salud, en la búsqueda por mejorar la calidad de vida, es multifactorial y las estrategias de superación deben considerar, especialmente, el establecimiento

de vínculos, de intercambio de conocimientos y el respeto de uno por el otro.

A pesar de la pequeña participación de la comunidad, tanto en las reuniones de equipo como en las actividades desarrolladas en la unidad, se observa, por las discusiones, un gran avance en el abordaje de temáticas dirigidas a la promoción de la salud y prevención de las enfermedades, revelando preocupaciones con el desarrollo de intervenciones que van más allá de la simple medicalización de la vida y tiene como objetivo la mejoría de los niveles de salud, conforme se observa en la Tabla 3.

La carta de Ottawa define la promoción de la salud como "el proceso de capacitación de la comunidad para actuar en la mejoría de la calidad de vida y salud, incluyendo una mayor participación en el control de ese proceso"<sup>(15)</sup>. En este sentido las reuniones de la comunidad retratan la temática, conforme lo demostrado en el Tabla 3.

Tabla 3 - Distribución de los asuntos, acciones y resultados obtenidos a partir de las reuniones de la comunidad con el equipo de la USF referente a la temática: promoción de la salud y prevención de enfermedades, Marília, SP, 2006

Tema	Acción	Resultados
Animales en la calle	En las reuniones y en los domicilios ,durante las visitas, se orientó sobre los riesgos y la importancia de mantenerlos en el domicilio.	Hubo disminución de animales en la calle
Basura desparramada por las calles y terrenos baldíos y falta de reciclaje del mismo.	Pedido de latas para recolectar la basura reciclable frente al centro comunitario; Las personas de la comunidad pasaron las orientaciones a los demás miembros de la comunidad.	Las latas fueron colocadas, las personas fueron orientadas y la propia comunidad pasó a fiscalizar. Hubo acentuada disminución de basura desparramada.
Campaña de ropa	Colocación de carteles en la unidad y recipiente para depositar la ropa.	Las ropas donadas fueron distribuidas para la población más carente
Transporte colectivo	Discusión sobre la mala señalización y la imprudencia de los conductores.	Construcción de obstáculos para disminuir la velocidad y orientación
Huerto comunitaria	Se solicitó apoyo a la Secretaria Municipal de Agricultura y se movilizó a la comunidad, la que adquirió semillas y terreno.	Un técnico agrícola realizó orientaciones; un vecino de la unidad cedió un terreno y las empresas contribuyeron con semillas.
Ayuda financiera para la familia (Bolsa familia)	Esclarecimientos sobre los criterios de inclusión y permanencia en el programa.	No hubo cuestionamientos.
Proyecto director del Ministerio de la Cámara de Tránsito que ofrece recursos para problemas relacionados a la pavimentación de calles y señalización.	Se redactó, junto con la comunidad, un informe mencionando los locales que necesitan de mejoras y la construcción de un mapa con la prioridad de las dificultades.	Colocación de placas de tránsito, señalización y construcción obstáculos para disminuir la velocidad
Semana "Sonría Marília"	Realizada una invitación para la comunidad.	Comparecieron 30 personas, para las cuales fueron realizadas conferencias sobre salud bucal; hubo distribución de artículos.
Día Mundial de Combate al SIDA.	Realizada una invitación para participar en el grupo de orientaciones de la unidad.	Realización de grupos de orientaciones y distribución de preservativos.
Semana de prevención de accidentes de trabajo	Realizada una invitación para participar en el grupo de orientaciones de la unidad	Hubo poca participación de la comunidad.

Tal discusión lleva a creer que la población y el equipo se vienen aproximando y comprendiendo el concepto de salud de una forma más amplia, incluyendo el ambiente, la habitación, la educación, el trabajo y el transporte, entre otros.

Hay también indicación de que se están buscando alianzas intersectoriales en beneficio de la salud de la población, cuyo foco se centra en las

actividades del campo social, con el apoyo de los profesionales del equipo de salud.

En las reuniones de equipo, una de las temáticas destacadas se refiere a los recursos materiales y humanos de la unidad, conforme se observa en la Tabla 4. La falta de medicamentos básicos fue un tema abordado en varias reuniones; destacamos el descontento de la población,

considerando la gran valorización atribuida a ese ítem y el riesgo que la falta de él puede representar para la salud de las personas.

Tabla 4 - Distribución de los asuntos, acciones y resultados obtenidos a partir de las reuniones de la comunidad con el equipo de la USF referente a la temática: recursos materiales y humanos de la unidad. Marília, SP, 2006

Tema	Acción	Resultado
Elogio al trabajo del equipo	Como forma de incentivo, fue informado en la reunión del equipo	El equipo se mostró satisfecho y motivado con la información
Participación de la comunidad en la mejoría del trabajo en equipo	Se colocó una caja para depositar sugerencias en la entrada de la unidad	Los usuarios colocaron sugerencias que fueron discutidas en las reuniones de equipo.
Cambio de integrantes del equipo.	Se presentó el nuevo médico a la comunidad. Se aclaró la necesidad del cambio de la psicóloga y de la asistente social.	La población le dio la bienvenida y demostró buena aceptación. Los participantes estuvieron de acuerdo con la decisión.
Falta de medicamentos básicos en la USF.	Se contactó a la farmacéutica responsable por el dispensario de medicamentos de la Secretaria de la Salud y con el grupo gestor.	Algunos medicamentos fueron liberados; en otros fue necesario esperar, generando descontento y cuestionamientos
Inadecuación del área física de la unidad	Se entregó un informe para la Secretaria Municipal.	Después de dos años y medio de funcionamiento de la unidad, fue realizado el traslado para un local más amplio y adecuado para la atención

Las constantes crisis en el sector de la salud interfieren, de sobre manera, en el proceso y en la calidad de la asistencia. A pesar de la avanzada tecnología existente para la preservación de la salud y de la vida y la existencia de leyes y de principios que aseguran los derechos de las personas, se nota la falta de puesta en práctica de las mismas y como consecuencia, el sufrimiento de la población.

La inadecuación del área física fue cuestionada por la población, debido a que la sala de espera estaba expuesta al sol, en el período de la tarde, causando incomodidad, principalmente en los días más calurosos. El equipo también señaló la incomodidad causada por: el tamaño de la sala de reuniones; por la localización y tamaño de la sala de vacunas; por la falta de espacio apropiado para la realización de las inhaloterapias; y, por el número de consultorios insuficientes, principalmente para atender a los residentes y estudiantes. Después de insistentes reivindicaciones de la comunidad, en conjunto con el equipo, fue realizado el cambio de local, lo que proporcionó mejoría en la calidad de la atención y la satisfacción de los usuarios.

En una de las reuniones, apuntaron su satisfacción con el acogimiento que el equipo le da a la comunidad, y con el vínculo y el respeto desarrollados. Tal hecho fue discutido en una reunión del equipo y considerado una forma de motivación y estímulo al trabajo. Además, como una forma de ampliar la participación de la comunidad en la mejoría del trabajo del equipo, hubo una propuesta de colocar una caja de sugerencias para que las personas pudieran contribuir con el desarrollo de las actividades. Semanalmente el equipo recoge las sugerencias y las discute en sus reuniones. En algunos casos, lleva el asunto para ser discutido en las reuniones de la comunidad.

Los cambios de integrantes del equipo que, en algunas situaciones, ocurrieron por motivos personales y, en otras, por necesidad de los gestores, también fueron tema de discusión con la comunidad. A pesar de que algunos cambios fueron identificados como pérdidas, hubo comprensión de tal necesidad.

Las discusiones referentes a los recursos materiales y humanos parecen reforzar el vínculo y complicidad que se establecen en la búsqueda de alternativas que tienen como objetivo la atención de las necesidades, a pesar de que, no siempre lo solicitado es atendido.

La organización de la estructura de los servicios de salud, aunque solo represente el primer paso en la búsqueda de la calidad de la atención en salud, garante que el proceso y/o los resultados sean satisfactorios.

## CONSIDERACIONES FINALES

Obtener el pleno ejercicio de la ciudadanía en la búsqueda de condiciones dignas de vida, representa un desafío para los profesionales de la salud y para la comunidad. Hay que considerar que el gran avance de las reuniones del equipo con la comunidad, cuyas actas fueron analizadas en el presente estudio, representa un paso importante en la construcción de un sistema democrático y humanitario, que tiene como objetivo mejorar la calidad de vida de las personas.

Las temáticas clasificadas a partir de los registros de las reuniones del equipo con la comunidad, que fueron: - "recursos materiales y humanos", "acceso a los servicios de salud de mayor complejidad", "adhesión de la comunidad a las actividades ofrecidas por la unidad" y "promoción de la salud y prevención de enfermedades" - permitieron comprender que la población y el equipo buscaban

nuevas alternativas en el modo de ofrecer salud, por medio de propuestas que vislumbraban modificar el concepto de salud/enfermedad. La obtención de la integración de la comunidad en las acciones es un paso importante para la consecución de los objetivos.

A pesar de la baja participación de la población, diversos asuntos fueron discutidos, promoviendo la corresponsabilidad entre los diferentes actores envueltos en el proceso, lo que contribuyó para la mejoría de la calidad de la atención. Además de eso, las reuniones se constituyeron en un espacio de intercambio de informaciones y búsqueda de soluciones conjuntas.

En las reuniones, se estableció complicidad, confianza y respeto entre la comunidad y el equipo; pasando a enfrentar, juntos, las limitaciones impuestas por la actual política de salud, cuyas dificultades parecen estar más evidentes para aquellos que están en la "puerta de entrada" del sistema.

Sin embargo, a pesar de que en las discusiones se comparte informaciones, el poder para

la toma de decisiones es bajo, ya que estas todavía se encuentran centralizadas, cabiendo a la población esperar el momento conveniente para las decisiones frente a las solicitudes.

Se constata la necesidad de avanzar en esta construcción, de forma que la población comprenda el derecho que tiene de actuar en la cogestión del sistema de salud, con la finalidad de que la participación sea efectiva en los procesos de decisión y reivindicaciones, con mayor conciencia y fuerza política.

Pensamos que la población debe ser incentivada y bien acogida por el equipo, para ampliar su participación, considerando la relevancia de las contribuciones y el aumento de poder en la toma de decisiones conjuntas; además del vínculo que se establece.

Se espera que las reuniones se constituyan en un proceso creciente de efectiva participación en el desarrollo del trabajo de equipo y en la obtención de una atención que atienda a las reales necesidades de la población.

## REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

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