

Série Interloquções Práticas, Experiências e Pesquisas em Saúde

Camila Giugliani
Cristianne Maria Famer Rocha
Denise Antunes
Eliane Teixeira Flores
Kátia Cesa
Patrícia Genro Robinson
Organizadoras

AÇÃO COMUNITÁRIA PELA SAÚDE EM PORTO ALEGRE



editora



redeunida

Coordenador Nacional da Rede UNIDA

Júlio César Schweickardt

Coordenação Editorial

Alcindo Antônio Ferla

Conselho Editorial

Adriane Pires Batiston – Universidade Federal de Mato Grosso do Sul, Brasil

Alcindo Antônio Ferla – Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Brasil

Ángel Martínez-Hernández – Universitat Rovira i Virgili, Espanha

Angelo Steffanini – Universidade de Bolonha, Itália

Ardigó Martino – Universidade de Bolonha, Itália

Berta Paz Lorigo – Universitat de les Illes Balears, Espanha

Celia Beatriz Iriart – Universidade do Novo México, Estados Unidos da América

Denise Bueno – Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Brasil

Dora Lucia Leidens Correa de Oliveira – Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Brasil

Emerson Elias Merhy – Universidade Federal do Rio de Janeiro, Brasil

Francisca Valda Silva de Oliveira – Universidade Federal do Rio Grande do Norte, Brasil

Izabella Barison Matos – Universidade Federal da Fronteira Sul, Brasil

João Henrique Lara do Amaral – Universidade Federal de Minas Gerais, Brasil

Julio César Schweickardt – Fundação Oswaldo Cruz/Amazonas, Brasil

Laura Camargo Macruz Feuerwerker – Universidade de São Paulo, Brasil

Laura Serrant-Green – University of Wolverhampton, Inglaterra

Leonardo Federico – Universidade de Lanus, Argentina

Lisiane Böer Possa – Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Brasil

Liliana Santos – Universidade Federal da Bahia, Brasil

Luciano Gomes – Universidade Federal da Paraíba, Brasil

Mara Lisiane dos Santos – Universidade Federal de Mato Grosso do Sul, Brasil

Márcia Regina Cardoso Torres – Secretaria Municipal de Saúde do Rio de Janeiro, Brasil

Marco Akerman – Universidade de São Paulo, Brasil

Maria Luiza Jaeger – Associação Brasileira da Rede UNIDA, Brasil

Maria Rocineide Ferreira da Silva – Universidade Estadual do Ceará, Brasil

Paulo de Tarso Ribeiro de Oliveira – Universidade Federal da Paraíba, Brasil

Ricardo Burg Ceccim – Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Brasil

Rossana Staevie Baduy – Universidade Estadual de Londrina, Brasil

Simone Edi Chaves – Universidade do Vale do Rio dos Sinos, Brasil

Sueli Goi Barrios – Ministério da Saúde – Secretaria Municipal de Saúde de Santa Maria/RS, Brasil

Túlio Batista Franco – Universidade Federal Fluminense, Brasil

Vanderléia Laodete Pulga – Universidade Federal da Fronteira Sul, Brasil

Vera Lucia Kodjaoglanian – Fundação Oswaldo Cruz/Pantanal, Brasil

Vera Rocha – Associação Brasileira da Rede UNIDA, Brasil

Comissão Executiva Editorial

Janaina Matheus Collar

João Beccon de Almeida Neto

Arte da Capa

Logo People's Health Movement/ Movimento pela Saúde dos Povos

Disponível em: <http://www.phmovement.org/>

Projeto gráfica Capa e Miolo

Editora Rede UNIDA

Revisão de português

Mônica Ballejo Canto

Diagramação

Luciane de Almeida Collar

Realizaram Coleta de Dados (Entrevistas)

Eduardo Lima, Eliana Xavier, Fábio Bueno, Karina Almeida e Maria

Noelci Teixeira Homero

DADOS INTERNACIONAIS DE CATALOGAÇÃO NA PUBLICAÇÃO-CIP

A168 Ação comunitária pela saúde em Porto Alegre [recurso eletrônico] / Camila Giugliani ... [et al.] Organizadoras – 1.ed. – Porto Alegre : Rede UNIDA, 2016.

143 p. : il. – (Série Interloquções Práticas, Experiências e Pesquisas em Saúde)

ISBN: 978-85-66659-72-6

DOI: 10.18310/9788566659726

1. Ação comunitária – Saúde coletiva – Porto Alegre (RS). 2. Atenção Primária à Saúde – Porto Alegre (RS). 3. Mobilização popular – Saúde. 4. Participação popular. I. Giugliani, Camila. II. Série.

CDU: 614(816.51)

NLM: WA546

Copyright © 2016
by Camila Giugliani,
Cristianne Maria
Famer Rocha, Denise
Antunes, Eliane
Teixeira Flores, Kátia
Cesa e Patrícia Genro
Robinson.

Bibliotecária responsável: Jacira Gil Bernardes – CRB 10/463

Série Interloquções Práticas, Experiências e Pesquisas em Saúde

Camila Giugliani
Cristianne Maria Famer Rocha
Denise Antunes
Eliane Teixeira Flores
Kátia Cesa
Patrícia Genro Robinson
Organizadoras

AÇÃO COMUNITÁRIA PELA SAÚDE EM PORTO ALEGRE

1ª Edição
Porto Alegre/RS, 2016
Rede UNIDA

Dedicamos este livro à Sônia Saraí Soares e ao Paulo Goulart dos Santos, que participaram ativamente da pesquisa que gerou este livro, compartilhando generosamente a sua sabedoria, com brilho no olhar e força cidadã, dando significado e concretude para a luta pelo direito à saúde em Porto Alegre e deixando o seu legado para nós que ficamos.



AGRADECIMENTOS

Agradecemos a todas as pessoas que participaram do projeto, líderes comunitários e trabalhadores da saúde, que, por meio de seus depoimentos, tornaram possível o resgate das histórias aqui descritas, de união e mobilização pela saúde. Elas são a alma deste livro.

Também agradecemos ao Conselho Municipal de Saúde de Porto Alegre, coordenado na época por Maria Letícia de Oliveira Garcia e, em seguida, por Sílvia Giugliani. Por meio do Conselho, tivemos acesso à maioria dos participantes entrevistados, assim como a materiais e documentos relacionados aos episódios estudados.

Ao nosso mestre David Legge, pelo entusiasmo e empenho na concretização deste projeto e pela inspiração de ser um grande professor e ativista pela saúde.

Por fim, agradecemos à Organização Não Governamental *Medico International*, que financiou parcialmente este projeto.



SUMÁRIO

SOBRE NOSSAS INTENÇÕES.....	15
AÇÃO COMUNITÁRIA E MOBILIZAÇÃO POPULAR NO MUNDO.....	19
O CONTEXTO HISTÓRICO.....	31
O CAMINHO TRILHADO.....	35
AS HISTÓRIAS DE MOBILIZAÇÃO COMUNITÁRIA PELA SAÚDE EM PORTO ALEGRE.....	49
<i>Floresta: Implementação da Unidade de Saúde Comunitária na Vila Floresta.....</i>	<i>49</i>
<i>Vila Cruzeiro: A ocupação do Posto de Atendimento Médico 3.....</i>	<i>56</i>
<i>Vila Bom Jesus: Mobilização pelo Serviço de Pronto-Atendimento.....</i>	<i>62</i>
<i>Chácara da Fumaça e a Unidade de Saúde da Família....</i>	<i>70</i>
<i>Extremo-Sul: Implantação do atendimento odontológico na Unidade de Saúde da Família Ponta Grossa.....</i>	<i>74</i>

Restinga: Luta pela manutenção do Serviço de Pronto-Atendimento.....80

Morro da Polícia: A Divindade da Água.....86

Lomba do Pinheiro: Mobilização por melhorias na Unidade Básica de Saúde da Aldeia Kaingang “FágNhin”.....95

O Processo de Municipalização do Centro de Saúde Escola Murialdo.....100

Vila Santa Rosa e a Unidade Básica de Saúde.....106

ALGUMAS CONCLUSÕES A PARTIR DA ANÁLISE GERAL DOS EPISÓDIOS.....111

Interação entre três pontos do sistema de saúde: profissionais da saúde, gestão e política de saúde.....111

Encontro entre indivíduos e instituições que dão espaço para iniciativas de ação: pessoas certas no lugar certo.....115

Empoderamento da comunidade.....117

Ética da solidariedade na prática profissional.....118

A potência do conjunto dos episódios.....120

A renovação de líderes comunitários e o envolvimento dos profissionais nos processos de mobilização.....123

Institucionalização do processo de organização comunitária.....125



CONSIDERAÇÕES FINAIS.....	129
REFERÊNCIAS.....	133
APÊNDICE.....	139
ORGANIZADORAS.....	141
COLABORADORES.....	143





ABREVIATURAS

AMUE – Associação das Mulheres Unidas pela Esperança

APS – Atenção Primária à Saúde

CEEE – Companhia Estadual de Energia Elétrica

CGVS – Coordenadoria Geral de Vigilância em Saúde

CMS – Conselho Municipal de Saúde

DEP – Departamento de Esgotos Pluviais

DEM HAB – Departamento Municipal de Habitação

DMAE – Departamento Municipal de Água e Esgotos

DMLU – Departamento Municipal de Limpeza Urbana

ESF – Estratégia Saúde da Família

ESP/RS – Escola de Saúde Pública do Rio Grande do Sul

FUNASA – Fundação Nacional de Saúde

GAPA-RS - Grupo de Apoio à Prevenção da AIDS no Rio Grande do Sul

GHC – Grupo Hospitalar Conceição

INAMPS – Instituto Nacional de Assistência Médica da Previdência Social

MP – Ministério Público

MSP – Movimento pela Saúde dos Povos

OP – Orçamento Participativo

PA – Pronto-Atendimento

PAM-3 – Posto de Atendimento Médico 3

PHM – *People's Health Movement*

PSF – Programa Saúde da Família

RIS – Residência Integrada em Saúde

SIMERS – Sindicato Médico do Rio Grande do Sul

SMAM – Secretaria Municipal de Meio Ambiente

SINDISEPE – Sindicato dos Servidores Públicos Estaduais

SINTERGS – Sindicato dos Técnicos-Científicos do Rio Grande do Sul

SUS – Sistema Único de Saúde

UBS – Unidade Básica de Saúde

UISP – Universidade Internacional pela Saúde dos Povos

ULBRA – Universidade Luterana do Brasil





SOBRE NOSSAS INTENÇÕES

Este projeto tem a importante missão de documentar a participação comunitária em prol da saúde em Porto Alegre.
(Depoimento de uma observadora externa no primeiro encontro participativo.)

O envolvimento da população nas questões de saúde vem sendo incentivado e reforçado desde a Conferência de Alma-Ata em 1978. As organizações e os movimentos populares são fundamentais para tomadas de decisões mais democráticas, transparentes e responsáveis. (LAUGHLIN, 2010) Dessa forma, as ações que se desenvolvem com a participação popular são um importante meio para a mudança social, pois operam por meio de alianças e conquistam força para o enfrentamento dos antagonismos gerados no âmbito de uma cultura política capitalista que exclui grande parte dos indivíduos de participarem do poder de decisão.

No trabalho de pesquisa, que originou este livro, **ação comunitária** ou **mobilização popular** referem-se a movimentos organizados nas comunidades para melhorar a saúde da população local, considerando o conceito

ampliado de saúde, incluindo os seus determinantes sociais. Contamos com a participação de muitas pessoas, que deram seus depoimentos sobre episódios de ação comunitária em que estiveram envolvidas. As identidades dessas pessoas, tanto membros das comunidades, usuários dos serviços de saúde, quanto trabalhadores da saúde, não são reveladas, por respeito aos pressupostos éticos considerados na pesquisa.

Para compreender a essência da pesquisa Ação Comunitária pela Saúde, é importante conhecer um pouco da sua história e de seu contexto. Como e por que surgiu a ideia dessa pesquisa? Mas, antes, vale a pena saber um pouco mais sobre o Movimento pela Saúde dos Povos (MSP).

O Movimento pela Saúde dos Povos (ou, originalmente em inglês, *People's Health Movement*) (PEOPLE'S HEALTH MOVEMENT, 2008) é uma rede mundial de pessoas e organizações que estão lutando por uma causa comum: o direito e a equidade em saúde no mundo. Suas raízes estão nos movimentos populares e no trabalho de ativistas, de redes e organizações preocupadas com as crescentes desigualdades em saúde. O MSP luta pela revitalização dos princípios da Declaração de Alma-Ata, que traçou a meta de "Saúde Para Todos no ano 2000", e pela revisão das políticas internacionais e nacionais que estão impactando negativamente na saúde das pessoas e nos sistemas de saúde. Diante da não realização da meta "Saúde Para Todos", no simbólico ano 2000, mais de mil ativistas de todo o mundo se reuniram na primeira Assembleia Mundial da Saúde dos Povos, em Bangladesh, e fundaram o MSP.

Um dos projetos do MSP, em nível global, é a Universidade Internacional pela Saúde dos Povos (UISP), que, desde 2005 (na Segunda Assembleia Mundial da Saúde dos Povos, em Cuenca, Equador), tem o objetivo



de proporcionar oportunidades de ensino e aprendizagem sobre ativismo em saúde por meio de minicursos itinerantes. Em setembro de 2008, um curso intensivo da UISP, com duração de 15 dias, foi realizado em Porto Alegre. Movidos pela bandeira coletiva do direito à saúde, mais de 50 ativistas vindos de diferentes países, principalmente da América Latina, compartilharam experiências, reflexões e debates, bem como construíram propostas para guiar nosso caminhar coletivo. Um continente, múltiplas formas de organização dos sistemas de saúde, porém todos com a urgência em alcançar a meta de saúde para todas e todos já! Cooperação, diálogo, solidariedade, diversidade, generosidade, entre outros valores fraternos, favoreceram a integração desse grupo de ativistas comprometido com a promoção da saúde, com a cultura da paz e com a construção de cidadania. Com isso, o curso da UISP em Porto Alegre foi um espaço de aprendizagem, inspiração e motivação, que acabou levando à constituição de um coletivo ainda inexistente – o círculo MSP Brasil (Figura 1 na página 36).

Uma das reflexões/inquietações que surgiu no curso em Porto Alegre foi a de que os mecanismos de mobilização popular são pouco estudados. Perguntas como: Como os trabalhadores da saúde e a população podem se unir para uma ação comunitária efetiva? Quais os fatores implicados em ações exitosas? Como os trabalhadores da saúde podem apoiar tais ações? Que habilidades os trabalhadores da saúde podem desenvolver para trabalhar com comunidades de forma efetiva? Que aprendizados poderiam ser incorporados a partir do estudo de casos de mobilizações populares em diferentes lugares do mundo? E como poderíamos sistematizar e divulgar esses casos?

Essas foram as questões que originaram a nossa pesquisa, uma proposta de resgatar e divulgar histórias que possam contribuir para uma melhor compreensão da



dinâmica da mobilização popular direcionada às questões de saúde. Além disso, propõe uma reflexão sobre como os trabalhadores da saúde, principalmente no contexto da Atenção Primária à Saúde (APS), podem apoiar tais ações. A iniciativa da documentação sistematizada dos casos se deu com o intuito de construir uma fonte consistente de informações sobre o assunto, que fosse capaz de embasar e fortalecer a importância da ação comunitária em saúde,

A intenção era a implementação da pesquisa em diferentes lugares do mundo, mas decidimos começar estudando as histórias de Porto Alegre, o que foi um rico exercício e um grande aprendizado, motivando a produção deste livro, cujo objetivo é compartilhar, sobretudo com aquelas comunidades e trabalhadores que participaram desse processo, os resultados obtidos.





AÇÃO COMUNITÁRIA E MOBILIZAÇÃO POPULAR NO MUNDO

Camilo Darsie de Souza

No decorrer da pesquisa, foi realizada uma revisão de literatura usando bases eletrônicas de informações (tais como: Pubmed, Lilacs, Google Scholar) e consulta a especialistas no tema. Essa revisão procurou contemplar os seguintes aspectos:

- papel da ação comunitária na melhora da saúde e dos determinantes sociais da saúde;
- papel da Atenção Primária à Saúde (APS) em apoiar tais ações comunitárias;
- métodos usados para documentação e uso de *websites* como base de dados para episódios de ação comunitária.

No artigo intitulado *Community participation in primary health care*, publicado em 1983, MacCormack aborda as vantagens da utilização de estratégias para a educação em saúde a partir de grupos de profissionais inseridos em pequenas comunidades ao redor do mundo. Nesse artigo, são apontados alguns dos principais benefícios ligados ao princípio da mobilização popular em prol da saúde. O argumento apresentado pelo autor é composto pelos princípios contidos na Declaração de Alma-Ata. (ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DE SAÚDE, 1978) Para ele, a aproximação da comunidade aos serviços de APS age no sentido de aumentar o alcance a esses serviços, principalmente pelo fato de que, desta forma, as pessoas podem vir a construir saberes mais sólidos que garantam o entendimento acerca da relevância de suas participações junto aos processos e às tomadas de decisões ligadas à saúde.

MacCormack (1983) refere ainda que, ao serem postas em prática, as ações estratégicas para o fortalecimento da mobilização popular garantem, além de melhorias relacionadas à saúde propriamente dita, avanços ligados ao entendimento do significado amplo de saúde e, conseqüentemente, da importância do engajamento de cada ator social nos processos que envolvem a área. Conforme a autora, para que isso funcione, os profissionais devem levar em consideração as ideias populares sobre diversas questões, incluindo, entre elas, a saúde e a doença. Assim, é importante que se pense nos pontos considerados relevantes para cada comunidade, por exemplo, questões agrícolas, campanhas de alfabetização de adultos, ou programas de outros setores. Na mesma direção, Hevia Rivas (1985) apresenta estas e outras questões que envolvem a APS, a fim de demonstrar a importância desta lógica para o alcance das metas sociais estipuladas em Alma-Ata, direcionadas à conquista de uma saúde de qualidade



para todos e todas. São apontados ainda, por Hevia Rivas (1985), aspectos acerca das estratégias para participação da comunidade nos processos de saúde. Ambos os autores chamam a atenção para a necessidade de que as equipes de profissionais que trabalham em sistemas de saúde atentem para uma real articulação junto às comunidades, pois apenas a partir disso poderá haver mudanças significativas.

Tal ideia é encontrada, também, no argumento de Chimere-Dan (1992), que acompanhou as mudanças ocorridas em termos de APS na África do Sul logo após o fim do Apartheid. De acordo com o autor, é essa articulação, entre atores sociais e equipes de saúde, que pode oportunizar grandes mudanças sociais naquele país. A partir de um argumento atravessado por questões que envolvem o contexto político e econômico no qual foi desenvolvido, o autor discorre sobre a participação comunitária nas ações de saúde como uma importante ferramenta para a diminuição do preconceito e das desigualdades sociais na África do Sul.

Cabe dizer que o eixo que atravessa os artigos desses três autores é a necessidade de conscientização de profissionais, de estudantes e de usuários ligados à área da saúde sobre a importância de garantir o fortalecimento das ações comunitárias e mobilizações populares como forma de oportunizar verdadeiras mudanças sociais. Mais do que isso, de certo modo, as recomendações dos autores objetivam alertar sobre a importância de, efetivamente, direcionar a prática em saúde levando-se em conta o real significado de participação popular. Outro ponto abordado nesses textos diz respeito à necessidade de investimento técnico e teórico na construção de registros que possam apoiar futuras equipes de saúde, pois assim haveria cada vez mais diretrizes e experiências de sucesso a serem seguidas pelas equipes.



Grompone (1987; 1988) apresenta em seus artigos – que tratam da importância das articulações feitas entre as comunidades, as equipes de saúde e as políticas de saúde peruanas – duas discussões que vão ao encontro das ideias apresentadas até o momento. Os textos apresentam as experiências vividas pelo autor enquanto trabalhou junto a três grupos comunitários distintos. A partir disso, direciona sua argumentação para a necessidade de se atentar às diferentes realidades que envolvem grupos comunitários. Com isso, o autor reforça a importância de se levar em conta as diferenças culturais existentes para que haja uma resposta positiva em relação à mobilização popular em prol da saúde, conforme sugeriu Hevia Rivas (1985).

Grompone (1987) discorre ainda sobre a importância de analisar, a partir de diferentes métodos, a eficácia dos trabalhos desenvolvidos junto às comunidades atendidas para reorientar as estratégias quando necessário. Além disso, a análise do impacto causado por tais estratégias deve ser, conforme sugere, considerada como importante ferramenta no que se refere ao apoio de outras ações. (GROMPONE, 1988) Outro exemplo pode ser apresentado pelo trabalho de Tanner et al. (1992), que escrevem sobre a importância da prevenção da esquistossomose como parte dos trabalhos em APS na Tanzânia. Os autores discorrem sobre a aproximação das comunidades ao sistema de saúde, não apenas para tratamentos de cura, mas, principalmente, para educação relativa à prevenção de doenças. Para os autores deste trabalho, é justamente a conscientização e a possibilidade de multiplicação desses conhecimentos que podem obter resultados mais positivos em relação aos problemas de saúde das comunidades daquele país. Pode ser dito que os trabalhos de Tanner et al. (1992) e de Grompone (1987; 1988) representam o início daquilo que se tornaria mais comum nas publicações que seguiram



pela década de 1990, ou seja, introduzem um grupo de publicações ligadas à análise e ao registro de atividades práticas, no entanto, na maioria dos casos, relacionando a ideia de APS à prevenção de doenças.

Riji (1992), por exemplo, discute a importância das estratégias de ação comunitária e mobilização popular para comunidades diversas que vivem na região de Malawi. O autor aponta, mesmo que timidamente, o fato de que algumas atividades ligadas ao processo de inclusão dos atores sociais aos serviços de saúde oportunizaram mudanças positivas. Seguindo na mesma direção, Tumwine (1993) aborda a descentralização da saúde em Zimbábue, na década de 1980. O autor discorre sobre um centro de APS que atendia a seis comunidades. No contexto descrito por Tumwine (1993), há dois focos de trabalho relacionados à participação comunitária, quais sejam, a imunização contra malária e o planejamento familiar. A pesquisa demonstra que a participação da comunidade nas decisões referentes às prioridades em saúde evoluiu quando comparada ao que ocorria antes do início deste tipo de trabalho. No entanto, a partir de suas entrevistas, ele descobre que tal avanço poderia ser maior caso não houvesse a resistência dos produtores rurais locais, os quais não aceitavam tais articulações.

No contexto do Reino Unido, Bermejo e Bekui (1993), abordam a necessidade de engajar a população no controle de doenças diversas, mas em especial a tuberculose. Para os autores, mesmo em se tratando de uma realidade econômica de certo modo privilegiada, tais estratégias são bastante válidas. Seguindo a mesma linha de raciocínio, Tennes et al. (1994) analisam criticamente os currículos acadêmicos dos cursos de enfermagem em Tonga. A proposta do grupo de pesquisadores é avaliar as transformações que podem ser ocasionadas a partir de mudanças ocorridas na formação



profissional de trabalhadores da área da saúde. Na mesma época, Bosi (1994) discorre sobre as formas como tais práticas têm sido desenvolvidas no Brasil. Ao analisar o contexto de um município do Rio de Janeiro, a partir de atividades de campo que contaram com a análise qualitativa de situações ocorridas entre os membros de equipes técnicas e as pessoas atendidas por eles, ressaltam a importância desta modalidade de ação. A autora chama a atenção para duas questões relevantes acerca das estratégias de mobilização popular, quais sejam, o esclarecimento e entendimento sobre o significado deste tipo de trabalho por parte das equipes técnicas e a importante transformação, em nível de qualidade de vida, ocorrida na vida dos sujeitos inseridos na comunidade atendida.

A partir de novas conferências e tratados ligados à Promoção da Saúde, e tendo em vista as novas necessidades que surgiram desde Alma-Ata (ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DE SAÚDE, 1978), o Ministério de Acción Social/Unicef da Nicarágua (NICARÁGUA. MINISTERIO DE ACCIÓN SOCIAL, 1996) lançou um manual de orientação ligado ao desenvolvimento de ações comunitárias, no qual são previstas a integralidade e a interdisciplinaridade em saúde. O objetivo do texto é auxiliar nos processos de decisão, gestão, execução e monitoramento de ações em saúde. Assim, procura estimular a utilização de recursos locais para que seja possível atingir resultados produtivos. Concomitante a isso, Tatar (1996) aborda a situação da Turquia como nação que adotou a ideia de mobilização popular em prol da saúde. Para ele, a partir da análise da legislação local, o empoderamento das comunidades é bastante dificultado por políticas e costumes locais. Para o autor, a única maneira do país avançar na promoção da saúde, portanto, é por meio da discussão da realidade contraditória existente naquele contexto.



Kalipeni e Kamlongera (1996) apresentam suas considerações acerca das estratégias para o envolvimento comunitário aplicadas em três vilarejos de Malawi. O foco de suas discussões é a utilização de um grupo de teatro como estratégia pedagógica para o engajamento da população e entendimento sobre o significado da participação em saúde. Para os autores, o grupo de teatro, a partir de suas apresentações, consegue disparar importantes discussões acerca do tema. Isso pôde ser constatado a partir de entrevistas com usuários do serviço de saúde e da análise do cotidiano dos centros de atendimento. Com objetivo de pesquisa semelhante, Hancock et al. (1997) desenvolveram um estudo com a intenção de identificar a influência das práticas relacionadas à ideia de ação comunitária enquanto ferramenta para o fortalecimento da promoção da saúde. O grupo de australianos se deteve a analisar tais questões levando em conta trabalhos relacionados ao controle de riscos associados ao câncer e às doenças cardiovasculares. Os autores realizaram análise crítica de artigos que abordavam os temas e, mais especificamente, artigos que indicavam redução no número de casos relacionados aos problemas mencionados em decorrência da educação em saúde. A grande questão levantada pelo grupo, no entanto, foi que os métodos de registro não foram considerados adequados, levando ao questionamento da validade dos trabalhos encontrados.

No Brasil, Dias (1998) escreve sobre a importância que a participação comunitária pode representar no que se refere ao controle de endemias. Para o autor, é de extrema importância que as políticas públicas invistam neste tipo de ação para que, desta forma, desenvolvam o sentido de cidadania por meio da saúde.



Arai (2002) analisa a participação da sociedade em questões ligadas à formulação e à implementação de ações inseridas em um projeto municipal de promoção da saúde. A análise envolve o contexto de uma cidade brasileira e, a partir de uma pesquisa-ação, o autor elenca as principais características sociais do município, levando em conta as expectativas dos usuários do sistema de saúde sobre as possibilidades de melhoria em relação ao ambiente em que vivem. Em uma primeira manobra, o pesquisador identifica as lideranças locais, as quais, após esclarecidas sobre o objetivo do trabalho, ajudaram a coordenar oficinas de conscientização e de engajamento da população no que diz respeito às práticas de saúde. Com isso, os resultados apontam para o esclarecimento de diferentes perfis locais e para as diferenças de demanda, de acordo com as diversas regiões do município. Já Vázquez et al. (2003), ao analisarem a importância da participação da sociedade brasileira na gestão do sistema de saúde, desenvolvem uma discussão sobre os conceitos de participação social nos serviços de saúde de dois grupos de atores sociais. A partir disso, os autores discorrem sobre os impactos positivos que podem ser causados pela ação comunitária no que diz respeito à tomada de decisões em saúde. O trabalho conta com análises quantitativa e qualitativa de entrevistas realizadas com líderes comunitários e demais usuários do sistema de saúde. A conclusão apontada por Vazquezet et al. (2003) é de que há falta de entendimento correto, por parte dos usuários e das equipes de saúde, em relação à noção de participação em saúde que é contemplada pelas políticas públicas e, portanto, emerge a necessidade de discussão e esclarecimento sobre tais questões.

Para Barbara Kaim (2013), o conhecimento participativo em saúde deve ser visto como libertador e não como domesticador. Este ponto de vista tem uma influência importante na forma como as instituições de



todo o mundo promovem cuidados primários de saúde e trabalham para criar mais equidade nos sistemas de saúde. Discutindo a mesma temática, as brasileiras Santos e Wendhausen (2003) apresentam uma análise na qual a falta de entendimento da população sobre suas possibilidades de participação em saúde é relacionada às confusões conceituais protagonizadas pelos profissionais da saúde. A partir de um estudo de caso sobre uma equipe de saúde da família, o propósito do texto mencionado é apresentar orientações para que outras equipes possam desenvolver trabalhos de fortalecimento da ação popular de forma mais efetiva. Becker et al. (2004) fazem uso de suas vivências em um projeto de mobilização social ocorrido junto à uma comunidade carioca. Os autores associam uma revisão de literatura às falas de pessoas com as quais trabalharam – metodologia participativa de planejamento e solução de problemas – de modo a serem discutidos os desafios enfrentados pelos moradores da região em relação ao desenvolvimento de ações comunitárias em saúde.

Trabalho semelhante foi produzido por Crevelim e Peduzzi (2005) em São Paulo. A partir de metodologia semelhante, as duas autoras chegam a conclusões parecidas às dos colegas que analisaram o contexto do Rio de Janeiro, mas deslocam o foco de treinamento. Apontam, portanto, que a dificuldade em fazer com que o princípio da participação popular passe a se tornar uma prática relevante se encontra nas equipes profissionais que não inserem os usuários nos momentos de tomada de decisões. Situação bastante parecida é apontada por Barker e Klopper (2007), que apresentam um trabalho elaborado a partir das práticas de estudantes de enfermagem em diferentes comunidades da África do Sul. O objetivo do grupo de estudantes foi o de mobilizar as comunidades no sentido de aumentar a participação delas no agenciamento da saúde. Um dos objetivos do grupo era o de estimular a tomada de decisões



em relação às principais necessidades reconhecidas pelos próprios atores sociais. No entanto, os autores, a partir de questionários (entrevistas) que foram aplicados entre os membros das comunidades, chegaram ao consenso de que, na maioria dos casos, as decisões eram tomadas pelos profissionais da saúde, e que os mesmos descartavam as sugestões dos usuários.

Hills, Mullett e Carroll (2007), ao considerarem que grande parte dos centros de atendimento em saúde ao redor do mundo têm reformulado suas políticas de atendimento, de modo a oportunizar a emergência dos cuidados primários de saúde a partir de práticas multidisciplinares, descrevem o que encontraram no atendimento realizado em uma comunidade canadense. A conclusão dos pesquisadores foi de que, em teoria, a ideia de multidisciplinaridade na saúde primária é amplamente aceita, no entanto, na prática, ela não acontece como deveria. Mais otimistas, Mchunu e Gwele (2005) coletaram informações a partir de entrevistas individuais em dois centros de atendimento à saúde em Durban, África do Sul, de modo a identificar a compreensão, tanto da comunidade quanto dos profissionais, sobre o significado de participação comunitária em saúde. Para os autores, foi possível perceber a existência de grandes avanços em relação ao entendimento das pessoas sobre o tema.

De volta ao Brasil, Santos Filho e Gomes (2007) abordam a necessidade de investir em prevenção de casos de tuberculose. Os autores se inserem na temática da ação popular em saúde por considerarem que esta é uma importante ferramenta para conter o número de casos desta doença. Pérez et al. (2007) discorrem sobre a importância deste tipo de ação para a redução dos casos de dengue em uma comunidade cubana. Guizardi e Pinheiro (2008) fazem uso de suas experiências no estado do Espírito Santo para



relatar as formas como a Pastoral da Saúde têm trabalhado em prol da conscientização da população local.

Vaidya e Pradhan (2008) apresentam uma discussão, originada a partir de pesquisa bibliográfica, acerca das ações que poderiam ser feitas no Nepal de modo a se promover a mobilização popular. Costa (2009), utilizando a mesma estratégia metodológica – uma análise bibliográfica e documental – com foco nas políticas de saúde da mulher no Brasil, aponta para as melhorias alcançadas nessa área de atuação. Segundo as autoras, porém, ainda é necessário investir fortemente na educação e na multiplicação de conhecimentos sobre o assunto.

Coelho et al. (2009) escrevem sobre as concepções de usuários e trabalhadores do Programa Saúde da Família (PSF) de Fortaleza. O objetivo dos autores foi verificar o impacto que o programa representa sobre a participação popular no contexto da atenção básica à saúde. Partindo de entrevistas e de grupos focais, o grupo analisou qualitativamente as respostas até chegar à conclusão de que há melhoras em relação à compreensão sobre as possibilidades de tomada de decisões e ações em saúde por parte dos entrevistados. Cepero (2007) discorre sobre a importância do empoderamento social como uma ferramenta útil às ações de promoção da saúde para promover a melhoria da qualidade de vida. Analisando o trabalho feito por equipes de saúde em uma cidade cubana, o autor refere que é necessário que haja um maior engajamento para que tais práticas oportunizem resultados mais significativos. Portanto, a solução mais adequada, de acordo com Cepero (2007), é a capacitação dos profissionais de modo a formá-los para que possam, efetivamente, promover mudanças junto às comunidades atendidas.



O que pode ser visto, nos textos analisados é que, com o passar dos anos, o foco de atenção de pesquisadores vai sendo modificado. Em geral, pode-se dizer que, durante os anos 1980, os argumentos apresentados centravam-se na divulgação da importância da noção de mobilização popular a partir da APS. Na década seguinte, as discussões se voltam à apresentação de estratégias aplicadas em diferentes realidades e seus impactos. A partir dos anos 2000 até o presente começam a ser discutidas, com mais frequência, as necessidades associadas ao investimento em formação e treinamento para os profissionais que trabalham em equipes de saúde para que haja mudanças sociais significativas.





O CONTEXTO HISTÓRICO

Em 1988, uma nova Constituição no país identificou a saúde como um direito e como um dever do Estado e, em 1990, o Sistema Único de Saúde (SUS) foi criado com base em princípios de universalidade e integralidade do cuidado em saúde. Profissionais de saúde, bem como os movimentos e organizações da sociedade civil, participaram intensamente no movimento de reforma sanitária.

Com o SUS, um sistema institucionalizado de participação social foi implementado, baseado em conselhos e conferências de saúde em todos os níveis (municipal, estadual e nacional). Os conselhos de saúde são formados por usuários (50%), profissionais de saúde (25%) e gestores de saúde (25%). Outro princípio organizacional do sistema é a gestão descentralizada na prestação de serviços de saúde, com os municípios tornando-se o nível mais importante na implementação dessa política. Para fortalecer o SUS, o Ministério da Saúde adotou uma ampla estratégia nacional de APS, a Estratégia de Saúde da Família (ESF), que, desde 1994, introduziu equipes de saúde com orientação comunitária em todo o país.

Apesar dos avanços do SUS, ainda existem muitas dificuldades a serem superadas para que as metas que foram estabelecidas para esse sistema sejam alcançadas. Um dos desafios mais importantes é o legado de desigualdades geográficas, culturais, de raça e renda que refletem a história do Brasil. O Brasil foi uma colônia portuguesa desde 1500, com milhões de escravos africanos sendo traficados durante o período colonial. A escravidão somente foi abolida em 1889, 67 anos após a independência. A herança e os danos da colonização e da escravidão, no contexto de um processo histórico, claramente incluem o racismo, a pobreza e a vulnerabilidade social da população afrodescendente e indígena. Esse pano de fundo histórico é necessário para qualquer compreensão das iniquidades no Brasil. A vulnerabilidade da população afrodescendente e indígena, com um histórico de contínua pobreza e falta de acesso à educação, é refletida nos indicadores de saúde, tais como as mortalidades materna e infantil, que tendem a ser significativamente mais elevadas nessas populações. A crescente violência no Brasil é um potente indicador das persistentes iniquidades. A alta prevalência do tráfico de drogas é uma face do complexo problema da violência e insegurança, principalmente nas grandes cidades.

Esse contexto mais amplo aplica-se às comunidades de Porto Alegre, onde ocorreram as mobilizações pela saúde descritas neste livro. Como outras grandes cidades no Brasil, Porto Alegre enfrenta os problemas de urbanização desordenada, áreas com moradias e saneamento precários, além da violência associada ao tráfico de drogas. O acesso aos cuidados de saúde é outro problema histórico: até 2012, apenas 22% da população da cidade eram cobertos pela ESF. Com esse cenário de grandes dificuldades a serem enfrentadas, alguns líderes comunitários começaram a participar no processo de Orçamento Participativo (OP),



que foi uma inovação política introduzida no final da década de 1980 pela cidade de Porto Alegre, sede do Fórum Social Mundial. Nesse processo, a população de cada distrito da cidade identifica as suas próprias prioridades (por exemplo, saúde, educação, habitação, saneamento, pavimentação de ruas e transporte) e as leva para a sessão plenária final, onde as decisões relativas à alocação de fundos municipais são feitas considerando essas prioridades. Porém, a participação da população no OP foi enfraquecendo com o tempo, deslegitimando parcialmente o processo.

Atualmente, temos um contexto misto no SUS em Porto Alegre: uma parte de boas experiências e outra que precisa urgentemente de aprimoramento e qualificação. E para lograr os avanços necessários, acreditamos na importância da participação popular aliada a uma gestão competente.





O CAMINHO TRILHADO

O percurso traçado nesta investigação se caracterizou por interações constantes, em diferentes momentos, entre a equipe de pesquisadores (ativistas do MSP) e os protagonistas dos episódios de ação comunitária (usuários e profissionais de saúde). Após a coleta dos episódios, momento da primeira interação, seguiram-se dois encontros participativos, onde o andamento da pesquisa foi compartilhado, oportunizando a troca de ideias, interpretações e conclusões entre pesquisadores e protagonistas dos episódios. Dessa forma, os resultados deste trabalho são fruto de uma dinâmica participativa, em que as percepções dos pesquisadores sobre os episódios foram compartilhadas com os protagonistas, que por sua vez contribuíram com as suas interpretações. Essa dinâmica proporcionou um processo muito interessante de construção compartilhada do conhecimento. A seguir, é descrito, passo a passo, cada momento da pesquisa.

1º momento: Identificação de casos de ação comunitária

Após um longo tempo de reflexões e discussões sobre como colocaríamos nosso projeto em prática, decidimos que a identificação dos casos de ação comunitária, que também chamamos de episódios, seria feita em parceria com o Conselho Municipal de Saúde (CMS) de Porto Alegre. Isso porque a trajetória e as lutas do CMS eram muito afins às do MSP, e muitos casos expressivos de ação comunitária haviam transitado por esse espaço. Além disso, o MSP tinha participado, havia pouco tempo, de uma manifestação organizada pelo CMS em defesa da saúde pública. A manifestação ganhou expressão com a participação dos mais de 50 ativistas do MSP, vindos de vários países do mundo por ocasião do curso da Universidade Internacional da Saúde dos Povos, realizado em Porto Alegre em setembro de 2008.

Figura 1. Manifestação em defesa do SUS, com participantes do Curso da Universidade pela Saúde dos Povos em Porto Alegre, juntamente com o Conselho Municipal de Saúde, em setembro de 2008.



Fonte: Acervo pessoal.



A colaboração do CMS, que não se deu apenas na identificação dos casos, mas ao longo de toda a pesquisa, foi fundamental para a realização do trabalho. Ao lado do CMS, somamos experiências de participação, aliando a legitimidade do controle social com aquela do movimento social.

Os episódios seleccionados deveriam satisfazer dois critérios:

1. Serem relativos a grupos comunitários envolvidos em ações por melhorias: (a) dos cuidados de saúde, incluindo acesso, qualidade, eficiência, responsabilização e oferta de serviços; e/ou (b) das condições sociais e ambientais que influenciam no estado de saúde.
2. Terem sido apoiados de maneira significativa por profissionais de saúde, principalmente aqueles trabalhando na atenção primária.

Assim, identificamos, no total, treze casos de ação comunitária, dos quais: onze foram indicados pelo CMS e dois foram mapeados por ativistas do MSP, integrantes da equipe da pesquisa.

Dos onze casos indicados pelo CMS, três não foram investigados:

- dois por não satisfazerem os critérios de inclusão estabelecidos (episódio da ocupação do Hospital Presidente Vargas e episódio do convênio/mudanças na UBS Santa Cecília);
- um (episódio da UBS Panorama) por havermos identificado outro episódio, o qual julgamos traria uma perspectiva diferente, por se tratar de população indígena, no mesmo distrito.



Os oito casos indicados pelo CMS que foram investigados ocorreram nos seguintes territórios:

- Chácara da Fumaça;
- Vila Floresta;
- Santa Rosa;
- Restinga;
- Cruzeiro;
- Bom Jesus;
- Murialdo;
- Ponta Grossa.

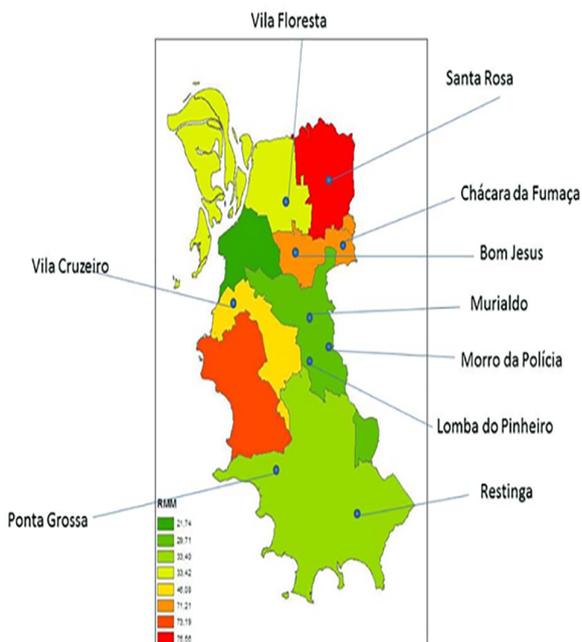
Somaram-se a esses oito casos os dois episódios identificados pelos ativistas do MSP:

- Saúde indígena na Lomba do Pinheiro;
- Partenon (Morro da Polícia).

Com essa composição, chegamos ao total de dez casos investigados, contemplando diferentes distritos de saúde de Porto Alegre (Figura 2).



Figura 2. Mapa com a distribuição dos casos de acção comunitária estudados.



Fonte: Acervo pessoal.

2º momento: Preparando a investigação dos casos

A equipe da pesquisa definiu que a melhor forma de iniciar o trabalho de campo seria realizando a coleta do primeiro episódio coletivamente, para aprendermos juntos. Dessa forma, o caso da Vila Cruzeiro foi pesquisado com a presença de toda a equipe, em dois encontros, onde realizamos, respectivamente, uma entrevista individual e outra coletiva. As entrevistas foram conduzidas por uma das pesquisadoras e observadas por todo o grupo. Após, a equipe da pesquisa se reuniu para compartilhar impressões



e definir sobre os métodos da pesquisa. Com esse processo, foram definidas as seguintes orientações:

- Os casos seriam investigados preferencialmente em duplas, para possibilitar trocas de impressões entre os pesquisadores.
- O contato inicial com os informantes seria feito por telefone a partir da lista de contatos fornecida pelo CMS.
- A partir do contato inicial, quando seriam esclarecidos os objetivos da pesquisa, seria combinada uma primeira entrevista com a pessoa identificada como informante principal do episódio. O informante principal seria uma pessoa que participou do episódio e que tinha bom conhecimento do mesmo. Eventualmente, mais informantes poderiam participar dessa primeira entrevista, a depender do contexto.
- Após a realização da primeira entrevista, uma segunda entrevista, com outros informantes indicados pelo informante principal, seria combinada a fim de aprofundar questões trazidas na primeira entrevista e conhecer a perspectiva de outros informantes.
- O número de entrevistas para investigação de um caso poderia variar, de um a dois ou mais, de acordo com a necessidade de informações, a critério do pesquisador. Porém, a equipe entrou em acordo que idealmente seriam realizadas duas entrevistas, uma individual e uma coletiva, tendo, no fim, a participação de pelo menos um usuário e um profissional de saúde.



- No decorrer dos contatos e entrevistas, os pesquisadores buscariam, junto aos informantes, material complementar sobre os casos (fotos, publicações em jornais ou revistas, vídeos, etc.).
- Os pesquisadores gravariam as entrevistas, após assinatura do termo de consentimento livre e esclarecido pelos informantes.
- As entrevistas seriam transcritas, na medida do possível, para documentar a análise dos dados.
- Cada dupla de pesquisadores faria o registro do episódio na Ficha de Sistematização dos Episódios, previamente elaborada (ver Apêndice).

3º momento: Pesquisando e documentando os episódios de ação comunitária

Após os encontros preparatórios, com as orientações do trabalho de campo pactuadas e com o projeto já devidamente aprovado pelo Comitê de Ética da Secretaria Municipal de Saúde de Porto Alegre, a equipe estava pronta para o início da investigação. A experiência adquirida com o episódio da Vila Cruzeiro, além de ajudar-nos a vislumbrar a melhor maneira de pesquisar, deixou-nos entusiasmados e motivados, com a clara sensação de que aprenderíamos muito com os informantes e com o processo da pesquisa como um todo. Os depoimentos das lideranças da Vila Cruzeiro foram verdadeiras aulas de cidadania!

As entrevistas, tanto individuais como coletivas, tinham como base o seguinte roteiro, não estando restritas a ele:



- Quem é o informante? Qual o seu envolvimento com o episódio?
- Conte a história deste episódio. O que aconteceu, quando e onde?
- Quais foram os resultados deste episódio?
- Qual foi o contexto comunitário que levou a esse envolvimento da comunidade? O que propiciou a mobilização?
- Quem dos profissionais da saúde se envolveu no episódio e como foi esse envolvimento? O que fizeram?

Após a coleta de cinco episódios, os pesquisadores se reuniram para trocar experiências e fazer acordos para a coleta dos próximos cinco. Essa reunião foi importante, pois pudemos aprender um pouco com os episódios investigados pelos outros pesquisadores e com a experiência pessoal que cada um estava trazendo sobre o processo de investigação. Também foi enriquecedor, no decorrer do processo, o encontro com uma representante da ONG *Medico International*, que apoiou a realização da pesquisa. Ao compartilhar com ela o trabalho que tínhamos realizado até então, pudemos discutir alguns aspectos relativos às histórias que havíamos escutado e a forma como vínhamos trabalhando, beneficiando do olhar crítico de alguém de fora.

Para a documentação, cada dupla de pesquisadores sistematizou os relatos a partir da escuta das entrevistas e/ou leitura das transcrições e de materiais complementares fornecidos pelos informantes, utilizando a Ficha de Sistematização dos Episódios, referida anteriormente.



Ao todo, participaram da pesquisa 23 informantes (treze lideranças comunitárias e dez profissionais de saúde).

4º momento: Primeiro encontro participativo: trocas de experiências entre os informantes, pesquisadores e observadores convidados.

No dia 13 de agosto de 2011, foi realizada uma oficina muito interessante, com uma dinâmica extremamente rica (Figura 3). Seu objetivo era proporcionar um encontro onde todos aqueles que compartilharam suas histórias de mobilização popular pela saúde pudessem trocar experiências sobre o processo, pensando juntos sobre as questões propostas pela pesquisa e concluindo coletivamente sobre as lições aprendidas a partir daquelas experiências.

Participaram dessa oficina: dez pesquisadores de Porto Alegre, dois pesquisadores estrangeiros (da Austrália e da Argentina), ativistas do MSP e integrantes da pesquisa; doze informantes (protagonistas dos episódios) e cinco observadores convidados. O encontro ocorreu na sede do GAPA-RS, organização parceira do MSP. Os observadores eram pessoas com conhecimento teórico e prático sobre o tema, que foram convidadas para, em um primeiro momento, assistir às discussões que aconteciam na oficina, e, em um segundo momento, compartilhar suas impressões com o grande grupo.

As seguintes questões-chave foram propostas para os observadores convidados:



1. Destaque o que mais lhe chamou a atenção nos relatos:
 - a. características particulares de alguns episódios;
 - b. características comuns a todos ou à maioria dos episódios.
2. A partir dos relatos, como você vê o papel da participação comunitária na construção do sistema de saúde?
3. Que formas de participação comunitária parecem ser mais efetivas?
4. A partir dos relatos, como você vê o papel dos profissionais de saúde nos processos de mobilização? Que formas de atuação dos profissionais de saúde parecem facilitar a participação comunitária?

A dinâmica do encontro participativo foi a seguinte:

1. Apresentação, por uma das pesquisadoras, do objetivo da pesquisa e a forma como a mesma foi conduzida até o momento, além da revisão de literatura realizada até o momento.
2. Roda de apresentação de todos os presentes.
3. Grupo focal com os protagonistas dos episódios, conduzido por uma das pesquisadoras. Pesquisadores e observadores convidados, posicionados em uma roda externa à roda do grupo focal, realizaram a observação do grupo.
4. Apontamentos e análises dos observadores e debate livre.



Esse encontro possibilitou, a partir do seu conteúdo, construirmos coletivamente os pontos de análise e a sistematização da pesquisa, conforme descrito no 5º momento.

Figura 3. Primeiro encontro participativo entre pesquisadores, participantes e observadores, em agosto de 2011.



Fonte: Acervo pessoal.



5º momento: Análise dos episódios pelos pesquisadores

A partir da análise de conteúdo do primeiro encontro participativo, foram definidos os seguintes pontos de análise:

1. Interação entre três níveis: profissionais, gestão/institucional e política pública de saúde (SUS). Como se deu essa interação e qual foi a contribuição de cada nível para o episódio de ação comunitária?
2. Nível individual (pessoas certas no lugar certo) e nível institucional dando espaço para o encontro entre pessoas com iniciativa e instituições dispostas a colaborar. Em que circunstâncias ocorreu o encontro entre os indivíduos e as instituições? Se houve encontro, o que resultou dele? Qual foi a sua potência?
3. Empoderamento da comunidade. Em que grau as pessoas conheciam os seus direitos e os tinham como base para a ação, sem ficarem presas à lógica do voluntariado/caridade.
4. Ética da solidariedade na prática profissional. Podemos considerar o senso de solidariedade e compromisso como parte da atividade profissional, na perspectiva de um projeto de sociedade mais amplo? Podemos considerar que existe ou pode existir senso de solidariedade em nível institucional? Ou esta é uma questão unicamente individual?
5. Analisando o conjunto dos episódios, podemos identificar um episódio potencializando o outro? Houve relação entre um e outro? Pessoas se cruzaram? Como se cruzaram? O episódio foi significativo no contexto do município todo?



6. Renovação de líderes comunitários: existe menor envolvimento dos profissionais hoje em dia? Por quê?

7. Podemos identificar elementos que caracterizam a institucionalização e a burocratização do processo de organização comunitária? Como e quais as suas consequências?

8. Como incorporar o trabalho com a comunidade como elemento integrante do que seria a definição de um bom profissional de atenção primária? Trabalhar com comunidades é uma habilidade a ser aprendida? É valorizada como parte da ética profissional?

A partir desses pontos de reflexão, a equipe de pesquisadores analisou detalhadamente cada episódio, sendo possível fazer uma contextualização do conjunto, identificando pontos comuns e singularidades, para chegar às conclusões finais e às lições aprendidas com essas experiências.

6º momento: Segundo encontro participativo: devolução e síntese da análise compartilhada entre pesquisadores e protagonistas dos episódios

Esse encontro, realizado no dia 21 de abril de 2012, teve o objetivo de compartilhar a análise feita pela equipe de pesquisadores, ampliá-la e produzir conclusões e recomendações conjuntamente. O encontro foi realizado no auditório da Secretaria Municipal de Saúde; participaram cinco pesquisadoras e sete protagonistas dos episódios. A dinâmica utilizada foi a roda de conversa, tendo como pontos disparadores o resgate do objetivo geral da pesquisa e as



conclusões que a equipe havia construído até o momento. Elaborou-se um painel com as contribuições trazidas pelos protagonistas, que foram incorporadas nas conclusões da pesquisa.

Continuidade do projeto

Desde o início, tivemos a intenção de que essa pesquisa em Porto Alegre seria um estudo piloto, cujos resultados poderiam ser aproveitados para elaborar uma proposta mais abrangente, no sentido de agregar e sistematizar experiências de ativistas da APS em diferentes partes do mundo. Nosso desejo é que esta pesquisa sirva de estímulo para promover a coleta continuada de estudos de caso pela rede internacional do MSP, incluindo documentação sistemática, análise, reflexão e aprendizagem sobre ação comunitária em diversos países. Ainda, poderão ser conduzidos sub estudos sobre alguns casos selecionados, conforme a necessidade de análise e reflexão mais aprofundadas e de maior exploração do seu potencial educativo.





AS HISTÓRIAS DE MOBILIZAÇÃO COMUNITÁRIA PELA SAÚDE EM PORTO ALEGRE

Neste capítulo, são narrados os dez episódios de ação comunitária, cada um deles seguidos pela análise dos principais elementos de aprendizagem relacionados.

As análises foram feitas pelos pesquisadores, com a participação dos protagonistas dos episódios presentes nos encontros, tanto líderes comunitários quanto trabalhadores da saúde.

Vila Floresta: Implementação da Unidade de Saúde Comunitária

O bairro Vila Floresta está localizado no Distrito Noroeste de Porto Alegre. Até a década de 1980, não havia nenhum serviço de saúde de referência na comunidade; em caso de necessidade, as pessoas tinham que procurar um serviço de pronto-atendimento em algum local mais próximo. No bairro, havia uma grande população de idosos, que precisava muito de cuidados de saúde.

O Grupo Hospitalar Conceição (GHC), na época, estava começando a implantar o Serviço de Saúde Comunitária e lançou a proposta de abrir a sua segunda unidade na Vila Floresta. Em 1985, aconteceu a histórica reunião da Associação de Moradores do bairro, com participação dos profissionais e gerentes do GHC. Essa reunião deu início, formalmente, à mobilização por uma unidade de saúde. O GHC trazia a proposta de oferecer a força de trabalho (profissionais do GHC já contratados), mas não possuía a estrutura física. Assim, esse desafio foi lançado à comunidade: viabilizar um terreno para a construção da unidade de saúde. A comunidade topou.

Uma das primeiras ações concretas para formalizar e fortalecer a proposta de construção de uma unidade de saúde foi a decisão de fundar, em 1987, a Associação de Moradores do bairro. O desafio e a oportunidade lançados pelo GHC foram o impulso para o início da mobilização de forma organizada. De forma quase imediata, a comunidade conseguiu viabilizar um espaço provisório para que o serviço de saúde pudesse funcionar, já que a construção da unidade propriamente dita demoraria muitos anos. Durante 11 anos, de 1985 a 1996, os profissionais do GHC trabalharam num pequeno prédio cedido pelo clube de mães. Durante todo esse tempo, as lideranças se mobilizaram para angariar fundos (organizando feiras e festas) para manter a unidade de saúde funcionando. A própria comunidade colaborou com a manutenção geral da infraestrutura do espaço cedido pelo clube de mães, inclusive com a limpeza.

Após alguns anos, em 1993, a Associação Comunitária fez o pedido formal do terreno junto à Prefeitura, adquirindo-o no mesmo ano. Assim que o terreno foi cedido, iniciaram a ação para demarcá-lo e protegê-lo. O próximo passo foi conseguir a construção da unidade com o GHC, o que de fato aconteceu. Em 1996, três anos depois,



foi enfim inaugurada a unidade de saúde (Figura 4). Mas a união não parou por aí, fortaleceu-se ainda mais com a criação do Conselho Local de Saúde em 1997 e, por iniciativa do mesmo, iniciou-se a publicação de um informativo local, que já estava na décima segunda edição na ocasião da entrevista.

Algo muito importante é que, ao longo de todo o processo, as lideranças estudaram a legislação sobre os assuntos em pauta para se apropriarem das questões. Estimulados pelos profissionais de saúde, também se aproximaram do conceito de saúde ampliado, com a percepção de que a saúde era influenciada por questões sociais. Assim, a comunidade participou ativamente do processo, com um grande sentimento de pertencimento. Um fato marcante, muito enfatizado pelos entrevistados, foi que dois médicos que haviam sido demitidos por motivos “políticos” foram readmitidos graças à força de mobilização da população local.

Uma das coisas que sempre me emociona é como as pessoas, quando iniciam seus processos de participação em questões de saúde, vêm num primeiro momento mostrando debilidades e a gente vê essas pessoas se formarem no processo e construírem uma trajetória extremamente consistente com a escola da vida. (Observador externo do primeiro encontro participativo.)



Figura 4. Inauguração do posto de saúde da Vila Floresta em 1996.



Fonte: Foto cedida pelo protagonista entrevistado.

Assim, coletivamente, foi conquistada a construção de uma nova unidade de saúde no bairro. Depois desta etapa, a comunidade continuou impulsionando melhorias na infraestrutura da mesma (reformas, grades, rede elétrica, etc.). O acesso à saúde de forma contínua, com uma equipe de referência, teve grande impacto para as famílias moradoras, que antes tinham que correr para o serviço de emergência mais próximo em caso de necessidade. Outras conquistas diretas do protagonismo da Associação de Moradores foram o calçamento das ruas, as obras de saneamento e as melhorias do transporte coletivo.

Um dos fatores importantes para o sucesso da ação foi o envolvimento dos profissionais de saúde em todos os momentos, principalmente os médicos jovens pertencentes ao Serviço de Saúde Comunitária do GHC. A comunidade se orgulha ao lembrar-se da imagem dos médicos carregando material de construção no carrinho de mão ou



pintando paredes. A proximidade entre os profissionais e a comunidade era notável, os moradores não costumavam chamar os médicos de “doutor”, os profissionais faziam parte da comunidade e se sentiam assim. Os médicos eram todos jovens e, segundo o relato do entrevistado, “cabeça aberta”. A formação em medicina de família e comunidade, como especialidade de atenção primária à saúde, foi um diferencial. Os profissionais passavam muito a mensagem de que saúde é muito mais do que o serviço de saúde. Havia parceria, união e um respeito mútuo muito grande, pois as necessidades eram complementares: os profissionais precisavam de espaço físico para trabalhar e a população precisava de um serviço de saúde.

Cabe aqui destacar o contexto: foi o início da medicina de família como especialidade médica; os profissionais jovens, com grandes ideais, estavam extremamente motivados para trabalhar, e o que aconteceu foi uma imersão total, alguns chegaram mesmo a morar na comunidade. Traziam uma proposta de trabalhar com uma nova visão de saúde, num momento em que o país saía da ditadura e o SUS estava nascendo. Havia um grupo de profissionais, às vezes mais, às vezes menos, que sempre estava presente nas reuniões da Associação, que aconteciam principalmente à noite.

Neste episódio, é relevante o fato de que a comunidade estava genuinamente unida em torno de uma causa, mas com o passar do tempo, o envolvimento dos profissionais com essa causa se enfraqueceu. Um dos fatores para esta mudança, segundo os entrevistados, foi a implementação de novas regras por parte do empregador (cartão-ponto, por exemplo), o que tornou o trabalho mais burocrático e restringiu a liberdade dos profissionais de participarem dos processos de mobilização. Isso, junto com o aumento da demanda e o aumento da área de



abrangência da unidade, incorporando uma população que pertencia a outra classe social e que não havia participado da mobilização, fez com que os profissionais ficassem cada vez mais “enclausurados” dentro do serviço e se afastassem do trabalho na comunidade.

A partir de 2000, houve um processo de “partidarização” e tentativa de ascensão política por meio da associação de moradores, o que mudou muito o enfoque da mobilização por este meio. Dessa forma, as lideranças que haviam participado do episódio passaram a manifestar-se mais através dos Conselhos de Saúde. Mudou o meio, mas o grupo de líderes continuou atuante.

Assim, este episódio nos incita a estudar com mais profundidade os motivos que levaram os profissionais, que participaram tão ativamente da mobilização em um determinado contexto, a se afastarem das atividades comunitárias. Também nos estimula a tentar compreender por que as lideranças mais atuantes são mais antigas, havendo poucos novos líderes que se juntaram mais recentemente ao grupo mobilizado.

Ficou a impressão de não haver muita renovação das lideranças locais. Na ocasião das entrevistas, a participação da equipe de saúde nas atividades comunitárias era muito pequena. Algumas razões relatadas foram que os profissionais já vêm da faculdade sem motivação para o envolvimento comunitário e que há muita rotatividade (estagiários, residentes), o que prejudica a formação de vínculo. Porém, havia uma perspectiva de retorno dessa aproximação com os moradores, por meio da iniciativa de territorialização, com divisão da área em territórios de vigilância. Na ocasião das entrevistas, existia essa vontade por parte da equipe e das lideranças, havendo a perspectiva de uma nova onda de mobilização. Estavam preparando a



festa dos 25 anos da unidade e, devido à superlotação do serviço, as lideranças estavam considerando começar a reivindicar mais uma unidade!

Aprendendo com esse episódio

Esse episódio pode ser considerado um movimento pioneiro em termos de ação comunitária pela saúde, por ser o mais antigo da sequência estudada na pesquisa e por ter acontecido em uma época em que ainda não existiam os espaços “oficiais” de participação, como os conselhos de saúde e o OP.

Nesse episódio, foi marcante a dedicação dos profissionais de saúde em nível pessoal, havia uma ideologia muito presente nas suas atitudes, impulsionada pelo momento histórico de redemocratização e de novos projetos para o SUS. Havia uma instituição (GHC) tomando a frente na implementação de um modelo de atenção primária orientado para a comunidade, que veio a ser referência para todo o Brasil. O espaço do controle social foi muito importante, pois os militantes seguiram agindo por meio dos conselhos de saúde. Houve abertura institucional, com o estabelecimento de parcerias (entre comunidade, por meio da Associação de Moradores, e o GHC), além de um movimento emblemático dos profissionais saindo do hospital e indo para a comunidade.

Foi um processo de empoderamento mútuo, com uma sequência muito interessante de discussões políticas envolvendo profissionais e comunidade, sobre direitos, conceito ampliado de saúde, determinantes sociais. Isso levou a um processo de politização de todo o grupo.



As expressões de solidariedade aconteceram em nível pessoal, na interação entre profissionais e comunidade, que estavam unidos pela mesma causa e traziam uma ideologia política muito forte.

Vila Cruzeiro: A ocupação do Posto de Atendimento Médico 3

A Vila Cruzeiro, localizada no Distrito Glória Cruzeiro Cristal, originou-se por volta de 1978, com a construção de moradias para pessoas em situação de extrema pobreza. Essas casas foram construídas em áreas não utilizadas, de propriedade pública ou privada, e com a promessa de uma futura legalização em nome de cada morador. No entanto, a ação por parte do poder público não incluiu condições mínimas de habitação como, por exemplo, o saneamento básico.

Em 1980, houve a criação de um pequeno posto de saúde para o atendimento da população local, contudo, a unidade de atendimento era insuficiente para as demandas, pois a incidência de doenças era muito alta devido à falta de saneamento básico e de água potável (Figura 5). Há relatos de moradores referindo uma morte infantil por semana.



Figura 5. Falta de saneamento básico na Vila Cruzeiro no final da década de 1980.



Fonte: Foto cedida por familiares de uma participante.

O final dos anos 1980 foi o período em que ocorria a transição democrática no Brasil, e, assim, foi também o principal momento do movimento da reforma sanitária, que propunha uma nova forma de organização do sistema de saúde em todo o país. Era um momento de efervescência política, em que os movimentos sociais se organizavam em torno de reivindicações por melhores condições de vida e trabalho. (ALENCAR, 2012) Na Vila Cruzeiro, os moradores formaram grupos para planejar uma ação que chamasse a atenção das autoridades governamentais para a melhoria da qualidade de vida daquela população e para a necessidade de ampliação do posto de saúde.

Nos meses de julho e agosto de 1988, as lideranças comunitárias, organizadas no Conselho da União das Vilas da Zona Sul, prepararam-se para realizar um protesto por melhores condições de saúde. No fim desse período, a decisão tomada pelo grupo foi a ocupação por 24 horas do posto de saúde. Nessa época, o Posto de Atendimento



Médico 3 (PAM-3) pertencia ao INAMPS (Instituto Nacional de Assistência Médica da Previdência Social) e havia fechado a emergência pediátrica. O plano de ação havia sido preparado com antecedência pelas lideranças do movimento, visando à construção de uma ação pacífica. Assim, as lideranças da comunidade, juntamente com moradores de outras localidades sensíveis à causa, ocuparam o prédio no dia 14 de setembro de 1988 e permaneceram com o posto fechado por 24 horas, exigindo das autoridades melhorias no atendimento, a reabertura da emergência e propondo que o município assumisse a gestão do serviço, caracterizando-se, então, na primeira ação de municipalização da cidade, antes mesmo da efetiva regulamentação do SUS. (ALENCAR, 2012) A decisão pela ocupação foi tomada após inúmeras tentativas de encaminhamento de resolução do problema pelas vias administrativas, sem sucesso. (PORTO ALEGRE. CONSELHO MUNICIPAL DE SAÚDE DE PORTO ALEGRE, 2012) Nesta ação, usuários fiscalizaram durante o dia a qualidade dos serviços prestados, bem como as dificuldades enfrentadas por usuários e profissionais do PAM-3. Uma equipe de estudantes aplicou questionários de satisfação aos usuários e trabalhadores. Também foi realizada a gravação de um vídeo e, à noite, ocorreu uma assembleia com a presença de usuários e autoridades de saúde. Durante a ocupação, não era permitida entrada ou saída de pessoas, portanto a participação de trabalhadores da área médica, serviço social, enfermagem, segurança e limpeza se deu de forma compulsória em um primeiro momento. Todavia, posteriormente, o envolvimento voluntário dos trabalhadores da saúde contribuiu para o êxito das reivindicações da equipe de negociação junto às autoridades, já que eles também passaram a ser interlocutores das demandas da comunidade.



Também foram resultados dessa ação comunitária: fortalecimento da união das associações de moradores da região, a formação de comissões específicas e permanentes para discutir as necessidades da comunidade (comissões de saúde, habitação e educação, por exemplo), maior e melhor empenho na qualidade da atenção básica e sua interface com os demais organismos governamentais (habitação, saneamento e urbanização) e, por fim, iniciaram-se cursos de formação e capacitação para funcionários com objetivo de melhoria no atendimento. Além disso, houve alguma alteração na relação entre usuários e trabalhadores, no momento em que os usuários tomaram conhecimento das precárias condições de trabalho dos profissionais.

Portanto, a ocupação do PAM-3 marcou a história da saúde e da ação social em Porto Alegre (Figura 6), pois demonstrou que as pessoas, podiam reivindicar melhorias não somente quanto ao atendimento no posto, mas principalmente em relação à falta de condições dignas de vida, ou seja: a falta de escolas, saneamento básico, coleta de lixo, habitação adequada e ruas calçadas com as dimensões referidas no plano diretor da cidade. Esta mobilização demonstrou o poder de organização da comunidade e deflagrou outras conquistas importantes para os moradores. Esta ocupação foi um exemplo e, após este fato, vários outros movimentos populares se sucederam. Por isso, mesmo quase 30 anos depois, ainda é lembrada e comemorada até hoje.

Várias pessoas chamaram a atenção sobre o quanto a cidadania é essencial pra construir ações efetivas em saúde. (Observadora externa do primeiro encontro participativo.)



Aprendendo com esse episódio

A atuação dos profissionais de saúde foi chave para o sucesso do episódio de ocupação de 24 horas do PAM-3. Alguns profissionais lideraram o episódio (alguns foram chave), dando respaldo às demandas da comunidade frente a outros profissionais e aos gestores. A participação de todo o corpo de trabalhadores do posto foi compulsória num primeiro momento, mas depois disso vários se envolveram voluntariamente na mobilização. O período histórico (de plena mobilização pela redemocratização e reforma sanitária) acendia o entusiasmo dos profissionais nessa época. No nível institucional e das políticas, destaca-se que um dos resultados da ocupação foi a formação de comissões específicas de caráter permanente para discutir e representar as necessidades da comunidade: formaram-se comissões de saúde, educação, habitação e cultura. Hoje em dia, os espaços do conselho distrital de saúde e do orçamento participativo ainda permitem a participação da comunidade, em pequeno número, mas atuante e vigilante, nos fóruns de decisão. Em termos de políticas públicas, foi interessante, nesse caso, que as demandas em saúde estão muito ligadas aos determinantes sociais e ambientais, de forma que o impacto da ocupação do serviço de saúde trouxe resultados e ações em várias outras áreas (habitação, educação, saneamento) – exemplo de como o setor saúde pode liderar ações mais amplas, envolvendo e responsabilizando outros setores.

Nesse episódio, a pressão e a mobilização foram fruto do envolvimento dos indivíduos. No nível institucional, após a ocupação (como impacto dela), houve espaço para a formação de comissões. A pressão foi diretamente sentida na Secretaria Municipal de Saúde (não existiam as gerências distritais, que poderiam ter amortecido essa pressão).



Também os espaços institucionais dos conselhos de saúde e do orçamento participativo foram importantes para disseminar e legitimar as demandas vindas dos indivíduos.

Em relação a expressões de solidariedade por parte dos trabalhadores e instituições, estas existiram no nível individual, por parte de alguns profissionais. Nesse aspecto, a expressão institucional foi restrita.

Na comunidade, a mobilização foi instintiva e ao mesmo tempo, envolveu, uma tomada de consciência progressiva em relação aos direitos e à cidadania. Foi se criando uma cultura de vigilância em relação à violação de direitos, as pessoas foram ficando mais atentas e mais alertas em relação aos mesmos. O sucesso da ação de ocupação deu mais confiança para os envolvidos – resultados concretos podiam ser sentidos e isso motivava mais mobilização. Além disso, a ocupação pelo movimento popular de saúde deu início a um processo de aprendizado precursor do controle social nos serviços públicos de saúde. (PORTO ALEGRE. CONSELHO MUNICIPAL DE SAÚDE, 2012)

Houve uma evolução no papel da comunidade. Primeiro, era uma participação mais isolada, mas foi se tornando parte da estrutura institucional (por meio dos conselhos e outros fóruns de decisão), sem perder a autonomia. Com isso, houve uma adaptação nesse papel, mas com a comunidade permanecendo atenta e vigilante. A cultura de ação radical continua presente, mas com um grau de institucionalização e burocratização. A ocupação do PAM-3 em 1988 foi um primeiro episódio, depois do qual vieram outros tantos. Recentemente, em 2013, a comunidade organizou uma outra ocupação gerada a partir da morte de uma liderança comunitária, que foi uma pessoa-chave no processo de mobilizações pela saúde. Fala-se também que a ocupação de 1988 serviu de modelo para



Vila Bom Jesus: Mobilização pelo Serviço de Pronto-Atendimento

A Vila Bom Jesus está localizada na Gerência Distrital Leste Nordeste da cidade. É um bairro essencialmente residencial e dispõe de pequeno comércio e serviços. O perfil étnico-social de seus moradores é bastante heterogêneo, o que é demonstrado pela diversidade religiosa e cultural existente no bairro. A história conta que, por sua distância do Centro e pela falta de infraestrutura básica, seus terrenos foram vendidos por preços mais acessíveis à população de baixa renda, bem como a famílias vindas do interior. Essa falta de infraestrutura motivou a organização comunitária local e, em 1953, os moradores da Vila Bom Jesus e Chácara das Pedras fundaram uma sociedade comunitária, que passou a encaminhar reivindicações por melhorias à prefeitura. A ocupação da zona mais baixa do bairro (Grande Nossa Senhora de Fátima) se intensificou a partir da década de 1960, sendo que a maioria das ocupações ocorreu de forma irregular ou por loteamentos sem infraestrutura. A união dos moradores em associações comunitárias foi um meio para solucionar problemas imediatos, e o movimento se fortaleceu na década de 1980, devido ao aumento populacional da região. Uma das importantes conquistas dos moradores foi a Unidade de Saúde Bom Jesus, inaugurada em janeiro de 1996. (HISTÓRIA, 2016)

Nos anos 1980, a Bom Jesus fazia parte da União de Vilas da Região Leste, que era uma agregação das associações de moradores que se apoiavam mutuamente. Nessa mesma época, no contexto mundial, o sinal de alerta dado pela Organização Mundial da Saúde, de que ali naquela área havia um altíssimo índice de mortalidade infantil, sensibilizou a população em geral. Esse fato levou a comunidade a se organizar cada vez mais e reivindicar o



direito de ter um serviço de saúde na área, inexistente até então. O que havia eram postos avançados funcionando um turno por dia com um auxiliar de enfermagem, havendo atendimento médico apenas duas ou três vezes por semana, dependendo do lugar. Naquele tempo, existiam somente 12 unidades de saúde em Porto Alegre. A saúde era coordenada pelo Estado, as ações de municipalização ainda não haviam sido implementadas.

A comunidade da Bom Jesus possui uma história antiga de organização, de reivindicações, de lutas e conquistas. Havia muitas pessoas mobilizadas e politizadas, que tinham iniciativas, sabiam ocupar os espaços, sabiam exatamente o que queriam, o que precisava ser feito e onde tinham que ir. A organização girava em torno da Associação de Moradores, que era extremamente atuante. Havia necessidade de um serviço de saúde que funcionasse no turno da noite, principalmente para atender a população trabalhadora. Essa demanda veio a se viabilizar por meio do OP, que foi a porta de entrada do processo. A Bom Jesus teve que disputar as suas demandas com outras áreas da cidade pertencentes à União das Vilas. Relatam que essas outras áreas abriram mão das suas reivindicações para apoiar, naquele momento, a demanda da “Bonja” (como é carinhosamente chamada).

Após a aprovação da demanda na assembleia do OP, em 1989/1990, a comunidade participou ativamente para decidir sobre o território de abrangência do serviço, conforme a sua capacidade instalada. Teve início o processo de construção da unidade, que foi lento e cheio de dificuldades. A população precisava estar sempre mobilizada para fazer cumprir a meta prometida. Como exemplo, um fato específico foi que as lideranças, ao estudarem a planta da unidade de saúde, deram-se conta que não tinha planejamento de rede de esgoto. Então,



marcaram audiência com o prefeito e exigiram que a prefeitura revisse o projeto, o que de fato aconteceu.

Dessa forma, as ações concretas que marcaram esse episódio se deram por meio de muitos abaixo-assinados e idas à câmara de vereadores, à prefeitura, à sala do prefeito e à sala do secretário da saúde. As lideranças foram incansáveis para conseguir marcar audiências com as autoridades, para que suas vozes fossem ouvidas.

Um dos momentos mais marcantes foi a manifestação dos moradores em uma das principais avenidas da cidade, a Avenida Protásio Alves, com mais ou menos setenta pessoas presentes. As lideranças chamaram a imprensa para cobrir a manifestação, mas quem apareceu foi a polícia de choque. A polícia veio para reprimir, mas acabou fortalecendo a comunidade, por incitá-la a exercer sua cidadania.

Mais um fato marcante ocorreu em 1995: a presença em massa dos moradores da Bom Jesus na reunião do Conselho Municipal de Saúde para decidir quem iria gerir a nova unidade de saúde. A comunidade queria que a prefeitura assumisse. Nessa questão, foi possível identificar uma interação bem-sucedida entre comunidade e profissionais, pois ambos queriam que a gestão do serviço fosse responsabilidade do município e não da Santa Casa de Misericórdia, que era a proposta da Secretaria Municipal de Saúde. O CMS fez um alerta esclarecendo sobre os riscos da terceirização no caso da responsabilidade ser repassada para a Santa Casa.

Nessa disputa, a população venceu, e surgiu o Centro de Saúde Bom Jesus, o primeiro de origem municipal na cidade. O centro incluía serviços de unidade básica, especialidades, raio X, laboratório e Pronto-Atendimento (PA), que abriu as portas funcionando 24 horas. O centro de saúde Bom Jesus marcou a municipalização da saúde



em Porto Alegre. Todos os outros serviços da cidade ainda eram geridos pelo Estado e, aos poucos, passaram a ser municipalizados. Além disso, a Bom Jesus foi uma das primeiras unidades de PA do Brasil.

Todos os trabalhadores do centro de saúde, que originalmente tinham diferentes vínculos de contrato (Estado, Município, etc.), foram municipalizados e passaram a ter a mesma carga horária de trabalho. Isso criou um clima de unidade entre os profissionais. Quem não quisesse se igualar, era convidado a se retirar e trabalhar em outro lugar. No dia 1º de dezembro de 1995, deu-se a acolhida aos servidores municipalizados, um marco do processo, com mais de 100 trabalhadores presentes. Em janeiro de 1996, o centro de saúde foi oficialmente inaugurado. Uma missão cumprida: a comunidade tinha o seu serviço de saúde e os profissionais tinham melhores condições de trabalho.

Os profissionais mais envolvidos, como um todo, eram, na sua maioria, mulheres e traziam na bagagem uma formação com foco em atenção primária, fruto de experiências de trabalho em outras comunidades. A união entre os trabalhadores era marcante. Havia uma relação muito fraterna entre as coordenações dos serviços do centro e as lideranças da comunidade. Quando havia algum impasse, a equipe de saúde procurava, dentro das possibilidades, ajudar a abrir caminhos junto à administração municipal e ao secretário da saúde.

Na reunião de acolhida dos novos funcionários, ocorreu a organização do território pelos trabalhadores de saúde. Naquele mês de dezembro de 1995, os profissionais, independentemente da sua especialidade (oftalmologia, neurologia), participaram do cadastramento, visitaram as casas dos moradores pertencentes ao serviço. Esse tipo de envolvimento nunca tinha ocorrido antes. A equipe fez



o mapeamento de todo o território do serviço, detectou áreas de risco, onde não havia rede de esgotos, etc. Foi feita a demarcação de todos os equipamentos sociais – creches, escolas, igrejas, centro de reciclagem de lixo – e os profissionais foram então aos organismos responsáveis pelas áreas de saneamento e eletricidade para cobrar melhorias.

Hoje em dia, há dezesseis unidades de saúde na região, incluindo unidades básicas tradicionais e unidades de saúde da família, uma conquista da mobilização permanente da comunidade da Vila Bom Jesus.

Sobre o momento atual, segundo os entrevistados, não há novas lideranças, a mobilização está fraca, parece que o povo cansou. É muito difícil sensibilizar os jovens, que não vivenciaram as conquistas, parece que eles não acreditam que podem mudar algo.

Figura 7. Inauguração da Unidade de Saúde da Bom Jesus em janeiro de 1996.



Fonte: Foto cedida por um dos participantes entrevistados.



Aprendendo com esse episódio

O episódio da Bom Jesus nos incita a estudar com mais profundidade alguns aspectos determinantes dessa “onda” de mobilizações bem-sucedidas: o respeito dos profissionais pelo conhecimento e autonomia da comunidade, a mescla dos trabalhadores da saúde com os moradores, a partir de interesses comuns, a ampliação da concepção de saúde para abranger os seus determinantes sociais.

Este caso resgata um momento no qual a organização do serviço de saúde se deu conforme as necessidades da população, com presença ativa da comunidade organizada. Do lado dos profissionais, enfatizam-se os valores ligados à transformação da realidade: a responsabilidade e o compromisso com o trabalho na saúde. O episódio nos convida a visualizar os médicos especialistas, que praticamente não têm envolvimento comunitário, caminhando nas ruas e lotes, fazendo o cadastramento dos moradores pertencentes ao serviço de saúde. Segundo o relato dos entrevistados, essa imagem foi muito marcante. Além disso, os profissionais não se limitaram às questões do serviço de saúde, pois, ao fazerem o mapeamento da área, detectaram uma série de problemas, tais como falta de esgoto, condições precárias de moradia, que têm grande impacto na saúde. Os profissionais levaram esses problemas até as autoridades, caracterizando uma ação de incidência intersetorial.

Destaca-se também a importância da municipalização da saúde, momento em que ocorreu a divisão territorial da cidade. A Bom Jesus foi a primeira unidade de saúde municipal, o que é um marco no contexto da descentralização, princípio fundamental do SUS. O episódio enfatiza a participação das pessoas nas esferas do controle social, nos movimentos e atos em prol da saúde pública. Nesse



sentido, recupera o potencial do apoio dos profissionais com questões técnicas para ajudar a população a resolver problemas que também lhes diziam respeito. Houve um amadurecimento de todos ao longo do processo, e isso se construiu a partir de uma relação de muito respeito entre os profissionais e a comunidade. A solidariedade entre os bairros pertencentes à União das Vilas, que abriram mão das suas demandas, compreendendo que havia reivindicações prioritárias em outras áreas, também foi um fato marcante.

Quanto aos trabalhadores da saúde, houve um grande envolvimento e compromisso com as demandas da comunidade e com a possibilidade de melhorar também suas condições de trabalho. Houve uma conjunção de forças. A comunidade da Bom Jesus tinha uma expressão política muito forte e conquistou o respeito dos profissionais. Além disso, havia um compromisso dos trabalhadores, pois o momento era de forte reivindicação de todos os envolvidos por uma atuação mais incisiva do Município. Na época, os coordenadores dos serviços participavam como representantes técnicos junto à comissão municipal de saúde e, por meio desta, criaram os conselhos de saúde: local, distrital e municipal.

No nível de políticas públicas, os principais espaços onde as demandas foram reconhecidas foram o Orçamento Participativo e os Conselhos de Saúde, que oportunizaram a expressão das comunidades e, em alguns casos, trazendo respostas concretas. O CMS foi um espaço fundamental na conquista do Centro de Saúde da Bom Jesus e no impedimento da sua terceirização. A proposta política da municipalização foi um elemento-chave da mobilização e das mudanças ocorridas na Bom Jesus. A organização da comunidade e a forte atuação do controle social foram fundamentais nesse processo.



Nesse episódio, houve envolvimento importante de lideranças, mas o comprometimento foi muito mais coletivo do que em outros episódios. Isso fortalecia a aproximação com o nível institucional. Desde o início, as lideranças comunitárias mostraram para a equipe de saúde que a mesma estaria sob o “controle popular”. E os profissionais, por sua vez, entenderam a força política da comunidade e o conhecimento que tinham sobre os seus direitos e sobre os deveres dos profissionais. Houve um amadurecimento de todos ao longo do processo, e isso se construiu a partir de uma relação de muito respeito entre os profissionais e a comunidade. Isso fortaleceu a ambos.

A comunidade da Bom Jesus sempre foi muito ativa e atuante. Conheciam seus direitos. Destacam-se a abertura dos espaços de participação popular na época e a pressão política permanente da comunidade, levando a conseguir resultados concretos, que por sua vez aumentavam a motivação por reivindicações subseqüentes.

Houve solidariedade comunitária entre os bairros e vilas pertencentes à União das Vilas (agregação das associações de moradores das diversas comunidades), compreendendo que havia reivindicações prioritárias em outras áreas. Em relação aos trabalhadores, havia mais uma questão de interesses comuns do que de solidariedade propriamente dita.



Chácara da Fumaça e a Unidade de Saúde da Família

Para as conquistas da comunidade não foi necessário mobilização de rua ou passeatas. (Depoimento de entrevistado/a.)

Este bairro, localizado na região nordeste de Porto Alegre, originou-se em 1896, a partir de um loteamento realizado em 144 hectares, que recebeu a denominação de Capão da Fumaça. A instalação de chácaras nessa região trouxe ao lugar a denominação de Chácara da Fumaça. Até 1960, eram poucos os moradores do atual bairro, sendo as famílias distantemente distribuídas entre a densa vegetação.

Contudo, o aumento populacional de Porto Alegre fez com que a administração pública iniciasse, nos anos 1980, projetos de infraestrutura para a área da antiga Chácara. Como outros bairros periféricos da cidade, recebeu moradores que foram removidos de vilas próximas ao centro da cidade – Vila Borges (Praia de Belas), Vila Ipiranga e Harmonia. (JOBIM, 1999)

Em 1998, houve uma grande ocupação na Chácara da Fumaça realizada por aproximadamente 300 famílias que já habitavam a região nordeste, mas que não possuíam suas casas. Essas famílias moraram em lonas por mais ou menos quatro ou cinco meses e depois começaram a construir suas casas, com as verbas conseguidas junto ao Orçamento Participativo (OP). De acordo com o coordenador do Conselho Distrital da Região Nordeste, as ocupações foram realizadas pela falta de recursos financeiros da população em geral. No momento da ocupação, a comunidade reservou um terreno para a construção de um posto de saúde e outro para a escola.



Em função do grande número de pessoas deslocadas para o bairro, ocorreu ali um surto populacional: em menos de uma década, a antiga Chácara “explode”, trazendo uma série de consequências e necessidades para seus moradores, estimulando assim a criação de cooperativas, associações e serviços públicos, que passam a prestar os mais variados serviços à comunidade.

A mobilização popular pela saúde iniciou em 1996, a partir da insatisfação da comunidade com o único serviço de saúde local, pois havia somente um médico, clínico geral, que atendia duas vezes por semana junto à Associação de Moradores da região. Assim, a comunidade se organizou por meio de uma comissão de saúde local e dirigiu-se até a Secretaria da Saúde para tentar trazer para a região um posto de saúde que adotasse outro modelo de atenção, que tratasse a população de uma forma mais integral – o PSF. Até aquela data, a população era obrigada a recorrer ao Hospital Conceição, que fica longe do bairro.

Na época, foram formadas comissões de moradores que, por meio de reuniões e participação no OP, levava reivindicações mediante as demandas do bairro. Entre estas, uma comissão composta por dez membros da comunidade buscava a conquista de um posto de saúde no modelo do PSF. A participação comunitária foi extremamente relevante para o alcance dos objetivos. Não houve envolvimento dos profissionais de saúde, como grupo, neste episódio. O espaço propiciado pelo OP foi fundamental para que as demandas originadas entre os cidadãos de camadas populares tivessem um espaço de legitimação, embora sejam reconhecidas as dificuldades na concretização das mesmas.

No ano em que foi realizada essa entrevista (2010), a Chácara da Fumaça já estava regularizada, com



infraestrutura, luz, água, esgoto, escola, creche, sete unidades de PSF e uma UBS. Moravam 74 mil pessoas no local, e o coordenador do Conselho Distrital da Região Nordeste salienta que houve muita melhoria e ganhos para a população.

As comissões ainda hoje permanecem existindo e buscando melhorias para a comunidade, pois as autoridades responsáveis não tomam as providências necessárias, sendo preciso recorrer, na maioria das vezes, ao Ministério Público. Os problemas principais referidos na área da saúde são: pouca disponibilidade de consultas com especialistas, o que gera longos períodos de espera, e o atendimento odontológico, que também é bastante problemático. Ainda existe carência de moradia, a região está aguardando o projeto do governo Minha Casa Minha Vida. Ainda hoje, é visível a pobreza na região, em diversos aspectos: casas irregulares sem reboco, trânsito de carroças carregando lixo, grande quantidade de crianças descalças perambulando pelas ruas, extrema violência oriunda da disputa pelo tráfico de drogas.

Em 2004, houve a implantação do terceiro turno no PSF Chácara da Fumaça, todavia não havia, até o momento da entrevista, equipe completa disponibilizada para atendimento das 18 às 22 horas. Em 2005, foram aprovadas verbas para ampliação do PSF, para a construção de três salas, sendo uma para enfermagem, uma para coleta de exames e uma para o conselho distrital. Em 2008, a comunidade, representada pelo coordenador distrital, pede providências junto ao Ministério Público. No momento da entrevista, em 2010, o terceiro turno funcionava com apenas uma médica e duas técnicas de enfermagem das 18 às 20 horas, disponibilizando apenas seis a oito consultas, fato que prejudica muito os trabalhadores, que precisam de atendimento justamente neste período. No dia 13 de abril



(dia anterior à entrevista), o coordenador distrital havia ido novamente ao Ministério Público solicitar providências.

A percepção dos entrevistados é que atualmente há um enfraquecimento da mobilização, pois quem já conseguiu o que necessitava não sente que precisa se esforçar. De acordo com o entrevistado, o governo municipal também é responsável por esta desmobilização, pois faz muita promessa e pouquíssima ação e, em função disso, a população vai se desmotivando. Há um discurso que se repete entre a população há uns cinco ou seis anos: “Vou para a reunião pra quê?” Existe uma certa espera pelo que o prefeito ou o secretário vai fazer.

Aprendendo com esse episódio

Neste episódio, houve o envolvimento de alguns profissionais da unidade de saúde, de forma isolada, não havendo a participação da totalidade dos trabalhadores, já que estes, como um todo, não acreditavam na mobilização. Porém, com a integração da comunidade, houve um impulso mobilizador com o objetivo de trazer mais postos de saúde para a região. No nível das políticas, o Orçamento Participativo e o Conselho Municipal de Saúde foram espaços importantes. A população integrou-se nesta mobilização movida pela necessidade, sem a compreensão de direitos. Houve o respaldo (espaço) institucional da gerência distrital. A solidariedade presente neste episódio foi de pessoas isoladas.



Extremo-Sul: Implantação do atendimento odontológico na Unidade de Saúde da Família Ponta Grossa

A Ponta Grossa é um bairro relativamente recente na história de Porto Alegre. Foi oficialmente criado no início da década de 1990. Constitui parte da zona rural da capital do Rio Grande do Sul, visto que ainda é possível encontrar sítios e áreas campestres na região. Se localiza às margens do Lago Guaíba, na zona sul de Porto Alegre, no Distrito Extremo Sul e caracteriza-se por ter baixa densidade demográfica e uma configuração menos urbanizada.

O bairro carece de alguns tipos de serviços públicos, o que faz com que os moradores precisem buscá-los em bairros vizinhos. A busca por melhorias na saúde pública direcionadas aos moradores da região é uma das principais reivindicações dos líderes comunitários e da comunidade da Ponta Grossa.

Este episódio foi relatado por um morador e líder da região da Ponta Grossa em entrevistas conduzidas por duas pesquisadoras. Ele contou os fatos ocorridos desde o início dos anos 2000, quando ações continuadas pressionavam as autoridades a fim de conquistar, para a comunidade, melhores condições de saúde.

Dentro do quadro de reivindicações dos moradores da Ponta Grossa, o caso específico aqui narrado é a mobilização, ocorrida a partir de 2002, visando à ampliação do Posto de Saúde da Família e a instalação de um consultório dentário. Segundo o líder entrevistado, a unidade de saúde não possuía uma ala odontológica para suprir as necessidades em saúde bucal da população da região. Dessa forma, os moradores eram obrigados a procurar atendimento nos



serviços dos bairros vizinhos (Restinga e Ipanema), nos quais, em sua maioria, não obtinham acesso adequado.

Nos anos 1990, havia sido implantada uma unidade de saúde nos moldes da Estratégia Saúde da Família para atender a região. Contudo, o cuidado em saúde bucal não foi contemplado, apesar de ser uma grande demanda daquela comunidade, caracterizada pela grande proporção de adultos e idosos, e assim, um grande acúmulo de sequelas decorrentes de doenças bucais.

Nas reuniões com a comunidade é que surgiam as demandas levadas ao Orçamento Participativo (OP) da cidade de Porto Alegre. O que era decidido junto ao OP deveria ser cumprido pelo executivo municipal, porém, “na prática, a realidade é um pouco diferente”, relatou o líder comunitário. Ele referiu que, muitas vezes, a comunidade, através de suas lideranças, precisa recorrer ao Ministério Público para que o mesmo faça cumprir o que a Prefeitura não executou no tempo hábil. Nesse sentido, deu-se início a uma “parceria” na região entre os membros dos Conselhos Distritais de Saúde e o Ministério Público.

No ano 2000, tinham sido aprovadas junto ao OP as seguintes demandas da comunidade da Ponta Grossa: a instalação de um consultório dentário na unidade de saúde e aprovação de orçamento para ampliação da mesma.

Em torno dos anos de 2002 e 2003, os profissionais da unidade de saúde apoiaram a formação de grupos de idosos vinculados ao serviço. Estes grupos se constituíram com o propósito de praticar atividades físicas e de lazer para a terceira idade, mas acabaram servindo como catalisadores das demandas sociais da comunidade. Os grupos de idosos passaram também a tomar a frente na mobilização da comunidade para melhorias e ampliação no próprio serviço de saúde. Buscaram doações de materiais de construção



no comércio local e pleitearam junto à Secretaria de Saúde a mão de obra necessária para a construção de uma área anexa à unidade para abrigar as atividades coletivas em saúde e reuniões comunitárias. Os grupos de idosos também lideraram a organização de eventos ligados à saúde na região Extremo-Sul, como, por exemplo, as pré-conferências municipais de saúde, além de participarem ativamente nos conselhos local e distrital de saúde daquela região.

Em 2002, foi necessário realizar uma assembleia extraordinária do Conselho Distrital de Saúde, onde estiveram presentes 98 pessoas da comunidade, objetivando exercer pressão frente ao governo (prefeitura) para que fossem tomadas as providências necessárias para a construção do consultório dentário e a ampliação da Unidade de Saúde da Família (USF). Naquele ano, então, uma sala que havia sido construída pela comunidade, usada para reuniões, foi transformada em consultório dentário e anexada ao posto de saúde.

Em 2010, ou seja, praticamente dez anos depois da aprovação desta obra de ampliação da ESF no OP, foi necessário acionar o Ministério Público, pois apesar da verba ter sido liberada em 2008 (“ano político”, segundo o líder comunitário), as obras ainda não haviam sido iniciadas. A ampliação deveria consistir na construção de duas salas médicas, um consultório dentário, uma cozinha, uma sala de estudos e uma sala de reuniões para a comunidade.

Conforme referiu o entrevistado, a luta constante é o único modo de a comunidade conquistar os objetivos almejados. Segundo ele, moradores de outras regiões em situação semelhante participam pouco de assembleias, pois já estão “desacreditados, visto que as coisas demoram para acontecer”. No caso da Ponta Grossa, a participação popular



vinha sendo grande, com significativa representação de idosos.

A falta de profissionais da saúde na região também foi mencionada pelo líder. Disse que nem mesmo a coordenação das unidades consegue resolver a situação. Outro problema referido foi o baixo número de atendimentos diários na unidade de saúde. O tempo de espera para ser atendido faz com que as pessoas tenham que retornar ao posto de saúde diversas vezes tendo, assim, que faltar ao trabalho sem a certeza de conseguir atendimento.

O entrevistado ainda destacou a dificuldade de ver respondidas as demandas da comunidade, devido a questões políticas. “Se eu for do lado do gestor, minha obra vai sair logo, logo. Se eu não estou do lado do gestor, a minha demanda sempre fica de lado.” Para ele, a preocupação dos gestores com a comunidade está sempre atrelada a interesses políticos. Enquanto os líderes representam a comunidade e valorizam suas conquistas como vitórias para a comunidade, os políticos destacam apenas o seu papel e tentam tomar para si o mérito pelos projetos implantados.

Hoje em dia, este líder ainda trabalha por sua comunidade e lamenta a atual falta de interesse de uma parte da população. Destacou que os movimentos estão em prol da saúde daquela população. Exemplificou com um caso: “necessitei de um tratamento de saúde para um familiar, e uma rápida solução foi dada pela direção do serviço de saúde e pelo corpo médico quando me apresentei como representante do Conselho Municipal de Saúde”. A partir daquele momento, ele se deu conta da força que uma comunidade organizada tem para fazer valer seus direitos e passou então a integrar de fato os Conselhos Local, Distrital e Municipal da Saúde.



Ele contou que ainda há muita dificuldade de colocar profissionais para trabalhar no PSF. Desde dezembro de 2009, estiveram sem médicos na Unidade da Ponta Grossa. A comunidade precisou mais uma vez acionar o Ministério Público para que um médico fosse contratado.

Contou que a população da região teve muitos ganhos com as mobilizações realizadas, pois antes os moradores tinham que procurar atendimento em um hospital na região central da cidade, exigindo muito deslocamento. Mas o líder enfatizou que a comunidade precisa sempre pressionar o gestor a executar o que já foi aprovado, pois o aprovado nunca é cumprido sem que haja mobilização comunitária.

O entrevistado referiu que, a partir de 2005, percebeu um cenário da gestão da saúde mais difícil, com gestores sem muito compromisso com a participação popular. Assim, os conselhos distritais tiveram menos espaço para ação e o Conselho Municipal de Saúde foi menos efetivo. Muitas situações só foram resolvidas por meio do Ministério Público.

Retrocessos aconteceram, mas avanços foram reconhecidos. A conquista do atendimento odontológico para a população da Ponta Grossa trouxe muita confiança àquela comunidade, que seguiu mobilizada e pressionando os órgãos públicos, almejando novas melhorias no atendimento em saúde da região.



Aprendendo com esse episódio

A relevância deste episódio está no fato de colocar em pauta questões tais como a necessidade de extrema mobilização popular/comunitária na região para se conseguir efetivar as conquistas já aprovadas “no papel”, junto aos órgãos públicos. É quase sempre necessário recorrer ao Ministério Público para fazer cumprir as obrigações das autoridades, o que normalmente demora em acontecer. Neste caso relatado, foram 10 anos.

O que de fato sustentou esse processo de mobilização permanente foi a institucionalização da participação (OP, MP). Contudo, ao mesmo tempo em que viabilizou a participação, a institucionalização tornou os processos de conquistas mais burocratizados e demorados.

Quanto à participação dos trabalhadores da saúde, houve uma participação maior dos agentes comunitários e de um médico. Pode-se dizer que foi pequena a participação da equipe de saúde e que esta se deu mais em nível individual. Houve organização coletiva da comunidade, acionada por algumas poucas lideranças. Destaca-se a fragilização da gestão a partir de 2005, com esvaziamento dos conselhos. O OP aparece como espaço importante de participação, mas com grande dificuldade na implementação das demandas. Isso resultou no estreitamento da relação com o Ministério Público, como forma de reivindicar os direitos.

Existe um histórico de mobilização nessa comunidade, porém mais associado às necessidades. Mesmo assim, parece ter havido um processo de aprendizado ao longo dos anos em relação aos seus direitos, ao uso do Ministério Público, etc.



Restinga: Luta pela manutenção do Serviço de Pronto-Atendimento

Este episódio foi relatado por dois líderes comunitários com grande atuação na região Restinga há mais de 15 anos. O relato refere-se a uma mobilização comunitária na zona sul de Porto Alegre, que iniciou em 2003, a fim de garantir a permanência de um pronto-atendimento de saúde na região.

As pessoas diretamente envolvidas neste episódio foram as lideranças comunitárias e diversos moradores do bairro Restinga, bem como os profissionais do serviço de pronto-atendimento. Participaram também profissionais da saúde vinculados à equipe da gerência distrital de saúde da região Restinga-Extremo Sul e um representante da Secretaria Municipal da Saúde de Porto Alegre.

A região Restinga é habitada majoritariamente por uma população de baixa renda. Na época da entrevista, caracterizava-se por ser uma área distante dos serviços de saúde de média e alta complexidade, assim como dos serviços de urgência. Essa distância geográfica tornava difícil o acesso aos diferentes serviços de saúde em função da escassez de transporte público na região, principalmente nos horários noturnos.

Até 2003, o pronto-atendimento de saúde funcionava como um serviço conveniado com a prefeitura de Porto Alegre, na forma de uma parceria público-privada para a prestação de atendimento de urgências. Em termos gerais, a instituição privada se responsabilizava pela instalação e manutenção de equipamentos e pela contratação dos profissionais de saúde. A instituição pública (prefeitura), por sua vez, comprometia-se com o fornecimento de insumos, o pagamento de procedimentos conforme tabela do Sistema



Único de Saúde (SUS) e a cedência do prédio. A instituição conveniada da época, a Universidade Luterana do Brasil (ULBRA), possuía dívidas judiciais com a Prefeitura de Porto Alegre e ameaçava suspender unilateralmente o convênio, retirando-se do pronto-atendimento, caso a Prefeitura não aceitasse rever os termos desta dívida. Os moradores não admitiam ficar sem este pronto-atendimento, pois não havia qualquer outro serviço de atendimento de urgências que fosse acessível às pessoas daquela região.

Assim, os moradores da Restinga se mobilizaram, juntamente com os gerentes locais e gestores da Secretaria da Saúde de Porto Alegre, para negociar uma solução para o impasse gerado, visto que a instituição conveniada pretendia suspender abruptamente os serviços de pronto-atendimento. A ação da comunidade se desenvolveu durante vários meses, em que as lideranças comunitárias forçaram inúmeras reuniões com a coordenação do pronto-atendimento, na tentativa de manter o serviço funcionando. Depois de várias tentativas de acordo, os moradores decidiram que a negociação deveria se dar diretamente com o Reitor da ULBRA e exigiram, então, que ele recebesse os representantes da comunidade da Restinga.

Depois de marcada a reunião, foi organizada uma caravana de moradores e dezenas de pessoas se deslocaram para a cidade vizinha, Canoas, onde se localizava a sede da Reitoria da Universidade. Acompanhando os moradores nesta caravana, estavam profissionais do pronto-atendimento e representantes da Gerência Distrital de Saúde e do Secretário de Saúde.

Nesta reunião, a percepção dos líderes comunitários foi de que não havia disposição do Reitor para negociar. Conversas com ele não surtiram resultado positivo para a manutenção do serviço de saúde, pois ele confirmou sua



intenção de se retirar do convênio com a prefeitura de Porto Alegre. A partir desta reunião, diminuíram as expectativas dos moradores da Restinga para uma solução negociada, pois entenderam a manifestação do reitor como uma ameaça concreta, por parte da ULBRA, de retirar aquele serviço de saúde, com seu provável fechamento.

Daquele momento em diante, a comunidade se organizou rapidamente, ocupando todas as dependências do pronto-atendimento. Várias pessoas se mantiveram ininterruptamente no interior e no entorno do prédio. Os moradores que ocupavam o interior do PA adotaram o regime de revezamento de grupos de pessoas, sendo continuamente abastecidos com alimentos e bebidas pelos moradores que estavam do lado de fora. Essa ação teve o objetivo de não permitir a retirada de materiais e equipamentos de dentro do prédio e, principalmente, de mostrar, tanto ao poder público municipal quanto à instituição conveniada, que a população local estava determinada a não abrir mão daquele serviço.

A ação resultou no estabelecimento de tratativas diretas com a secretaria da saúde, a fim de viabilizar convênios alternativos entre as instituições interessadas.

Um convênio alternativo então começou a ser negociado quando a Associação Hospitalar Moinhos de Vento apresentou um projeto de saúde para a região, que incluía, além do serviço de pronto-atendimento, a manutenção de várias unidades básicas de saúde e de um hospital geral para o atendimento dos moradores da região. O projeto apresentado pela Associação Hospitalar Moinhos de Vento previa a possibilidade de uma cobertura suficiente em atenção primária à saúde para a população da Restinga e Extremo-Sul, e, conseqüentemente, a melhoria do estado de saúde daquela comunidade.



O pronto-atendimento e o hospital a ser instalado deveriam corresponder às expectativas da população no que se refere à capacidade de atendimento adequado às demandas em saúde. Este projeto de atenção à saúde vem sendo implementado até os dias de hoje e o pronto-atendimento vem tendo o seu funcionamento sob constante vigilância por parte dos moradores.

Os profissionais da saúde mais envolvidos com este episódio estavam ligados à Gerência Distrital de Saúde daquela região e apoiaram as lideranças comunitárias em todas as suas iniciativas durante as negociações – primeiro com a direção local do pronto-atendimento e depois com a Reitoria da ULBRA. Os profissionais da saúde começaram a discutir com os moradores possibilidades alternativas para a cobertura de serviços de saúde na região, no momento em que se tornou clara a intenção de utilizar-se do “desespero” da população para forçar uma revisão e um pretendido perdão da dívida da Universidade para com o poder público municipal.

Finalmente, em outubro de 2004, iniciaram as reuniões entre a comunidade da Restinga e do Extremo Sul e a Superintendência do Hospital Moinhos de Vento, a fim de organizar uma nova coordenação para o pronto-atendimento.

A força de mobilização de uma comunidade como a da Restinga é digna de uma investigação mais aprofundada, sendo também de interesse para a aprendizagem sobre os mecanismos de ação comunitária pela saúde. Segundo suas lideranças, a população desta região sempre consegue se unir nos momentos críticos e equacionar, junto às autoridades públicas, seus interesses mais prementes apesar de historicamente estar submetida a uma condição social e econômica marginalizada e de conviver com índices muito altos de violência, discriminação e adoecimento. Os



informantes deste episódio ressaltaram, com certo orgulho, a grande capacidade de articulação que as lideranças da Restinga possuem e a conseqüente capacidade de mobilização dos moradores, demonstrada pela imediata resposta em massa da comunidade local ao chamamento dos líderes. Em vários momentos da entrevista, os interlocutores referiram que existe “algo” naquela comunidade que os torna potencialmente vitoriosos nas suas reivindicações.

Como foi referido na entrevista, as lideranças comunitárias estão em permanente monitoramento do processo de implantação do projeto proposto pela instituição que sucedeu a Universidade. Em alguns momentos da entrevista, houve uma certa contradição em relação à postura dos moradores quanto à qualidade na prestação dos serviços de saúde: às vezes, de cobrança firme; outras, de relaxamento. De qualquer forma, há uma evidente intenção das lideranças em acompanhar de perto o cumprimento integral dos compromissos firmados entre a nova instituição conveniada e a prefeitura de Porto Alegre desde aquela época até os dias atuais.

Aprendendo com esse episódio

Como consequência desse episódio, os gestores da saúde, tanto do nível distrital como do nível municipal, tiveram oportunidade de entender melhor a dinâmica de atuação da comunidade da Restinga e conhecer de perto o potencial de pressão política das lideranças da região. O resultado deste aprendizado foi uma maior aproximação e respeito por parte dos gestores da saúde com aquela comunidade. Contudo, esta mobilização não obteve muita repercussão entre os profissionais da assistência à saúde



da região, a não ser mais adiante, quando começaram a aparecer as consequências desta ação, ou seja, a implantação do novo projeto de gestão da saúde na região sob responsabilidade do Hospital Moinhos de Vento.

Esta ação também resultou em uma maior compreensão, por parte dos gestores, de um novo modo de agir com aquela comunidade, pois a instituição que estava assumindo o pronto-atendimento iniciou os trâmites do projeto ainda em meio à grande mobilização da população local. Com isso, precisou adaptar-se rapidamente ao processo de diálogo com as lideranças. Já a comunidade teve oportunidade de compreender melhor e debater com os gestores as questões envolvendo convênios e terceirizações dos serviços de saúde.

A sinergia entre o interesse da comunidade e a disposição de gestores locais resultou em conquistas que foram além das próprias reivindicações pontuais daquela ação e trouxeram ganhos de médio e longo prazo em serviços de saúde para a região.

O desencadeamento da mobilização, neste episódio, foi um movimento mais instintivo, guiado muito mais por uma necessidade imediata: a urgência de não perder o serviço de pronto-atendimento. No entanto, a consciência acerca dos direitos da comunidade e a representação dos líderes nos conselhos locais de saúde manteve a mobilização pelo tempo necessário, superando a falta de um apoio mais imediato de outras instâncias de representação de usuários dos serviços de saúde. Mais adiante, os líderes comunitários conseguiram estabelecer um vínculo mais firme e permanente com o Conselho Municipal de Saúde.

Nesta ação, não foi explícita a prática institucional de solidariedade no âmbito municipal. Por outro lado, existiu uma clara solidariedade no nível institucional local, onde o



grupo da gerência distrital se manteve comprometido com os anseios daquela comunidade, apoiando institucionalmente as reivindicações, mesmo que no limite de sua competência de gestão.

O desencadeamento desta ação não ficou atrelado a mecanismos burocráticos de gestão e participação popular. A invasão e tomada do serviço de saúde aconteceu de forma independente e sem obedecer a qualquer regramento formal ou lei, a não ser a vigente no seio daquela comunidade. Este talvez tenha sido o aprendizado mais relevante deste episódio para os gestores da saúde, ou seja: frente a uma ameaça contundente à vida daquelas pessoas, ali representada pelo fechamento do serviço de atendimento às urgências, os líderes adquiriram uma enorme representatividade perante os moradores e conseguiram mobilizar um grande número de pessoas para um ato “ilegal”: a tomada do prédio do pronto-atendimento.

Morro da Polícia: A Divindade da Água

Esta mobilização popular pela saúde aconteceu no bairro Partenon, no alto de um morro, uma área habitada principalmente por afrodescendentes que vivem em um assentamento informal e em condições de vida muito precárias. Ilustra os desafios associados com a urbanização, incluindo o impacto sobre o ambiente (uma área de conservação protegida com nascentes de água) e o papel da desigualdade como um determinante da saúde (neste caso, a desigualdade em termos de raça, renda, gênero, acesso à água, habitação segura e cuidados de saúde). Esta área verde localizada no Morro da Polícia foi declarada uma área de conservação em função de suas diversas fontes de água, porém, há duas décadas, tem sido ocupada por mais



famílias, muitas delas forçadamente removidas de outros lugares próximos. A ocupação irregular e não planejada de uma área com várias fontes naturais resultou em extensa poluição dos córregos e das fontes de água, com lixo e esgoto sendo jogados diretamente nas águas e uma intensa proliferação de ratos e mosquitos. Além das consequências diretas dessa poluição em termos de problemas de saúde, a combinação de construções instáveis em áreas sem drenagem urbana leva a inundações periódicas e deslizamentos de terra. A vulnerabilidade dessa população era refletida pela ocorrência de mordidas de ratos entre as crianças.

A reserva era ocupada por oitenta a cem famílias. A situação da comunidade que vivia na área verde era precária, porém faltavam indicadores quantitativos, devido à “invisibilidade burocrática” dessas pessoas, que, morando ilegalmente, não tinham endereços nem registro na unidade de saúde do bairro.

As ações iniciais para mudar essa situação tão desfavorável foram desencadeadas no ano de 2008, a partir de um seminário organizado pela Coordenadoria de Vigilância em Saúde da Secretaria Municipal de Saúde de Porto Alegre (CGVS/SMS) e Departamento de Esgotos Pluviais (DEP), intitulado “A Divindade da Água”, para o qual as lideranças da comunidade do Morro da Polícia foram convidadas.

A proteção das nascentes de água com uma abordagem de promoção e educação popular em saúde é a ideia central do projeto “A Divindade da Água”, salientando a sacralidade dos recursos naturais, como as fontes de água nesta área. Essa proposta fez um enorme sentido para as mulheres da comunidade, que encontraram a vontade institucional e apoio necessários para iniciar ações concretas. Elas foram motivadas por uma proposta que era mais prática que



teórica. Por sua vez, os profissionais de saúde idealizadores do projeto encontraram as pessoas certas para legitimar suas ideias com relação à saúde ambiental e à cidadania e para exercer a liderança nas intervenções com a comunidade. Após o seminário, as mulheres e os profissionais de saúde (SMS/ Equipe de Vigilância de Águas e Gerência Partenon Lomba/ Matriciamento em Saúde Mental) trabalharam em conjunto e organizaram reuniões semanais, em casas de moradores da comunidade, na rua ou na igreja (Figura 8). Foi então decidido, com base na urgência identificada pela comunidade, que o problema prioritário a ser enfrentado seria limpar o lixo acumulado da praça onde as crianças costumavam brincar.

Figura 8. Reuniões itinerantes.



Fonte: Acervo dos integrantes da pesquisa.



Figura 9. O protagonismo da comunidade.



Fonte: Acervo dos integrantes da pesquisa.

Assim, os profissionais de saúde mobilizaram outros departamentos públicos municipais responsáveis pelo saneamento, educação e cultura para participar de um grupo interinstitucional comprometido com essa comunidade. O grupo de mulheres, por sua vez, convidou outras pessoas que viviam na área verde, batendo de porta em porta. Então, foi organizada a limpeza da praça, em um esforço conjunto liderado pela comunidade (Figura 9). A lixeira, que era feita de concreto e fixada na praça, foi destruída nesta ação, porque causava o constante acúmulo de lixo no seu entorno (Figura 10). Ao mesmo tempo, o Departamento Municipal de Limpeza Urbana (DMLU) foi chamado para uma reunião e aceitou coletar o lixo de forma regular nos becos da área verde. Essa foi uma mudança importante. Posteriormente, as pessoas que participaram dessa ação, começaram a planejar um jardim no local onde antes era a lixeira. Uma parceria com uma floricultura da cidade foi estabelecida. O lixo foi substituído por flores e plantas medicinais (Figura 11).



Quando a gente se une é que as coisas acontecem. (Depoimento de entrevistado/a.)

Figuras 10. A praça, antes cheia de lixo (2009).



Fonte: Acervo dos integrantes da pesquisa.

Figuras 11. A mesma praça ganhou um belo jardim (2012).



Fonte: Acervo dos integrantes da pesquisa.



Além de articular com outros setores públicos, os profissionais de saúde ajudaram na organização do processo como um todo: sistematizando reuniões regulares e implementando ações de planejamento. Essa organização tornou o processo mais efetivo e motivou a participação de outras secretarias do município.

Membros da comunidade e profissionais continuaram a trabalhar em conjunto, e as reuniões para planejamento e intervenções de mobilização na comunidade também continuaram. Essas intervenções, com atividades de música, arte, cinema e teatro, por exemplo, eram organizadas para atrair um maior número de pessoas para participar do processo. Os líderes religiosos foram envolvidos e celebrações ecumênicas foram organizadas para fortalecer a mobilização. Outras manifestações para celebrar a água e a espiritualidade foram organizadas por ocasião do Dia Mundial da Água (22 de março) e da Semana da Água, comemorada na América Latina no mês de outubro. O lixo foi removido dos becos e das fontes de água para diminuir a infestação de roedores e insetos. Árvores em risco de queda foram identificadas e cortadas pela Secretaria Municipal de Meio Ambiente (SMAM). Materiais educativos foram distribuídos em unidades de saúde e escolas da região, e um abaixo assinado foi organizado exigindo o fornecimento adequado de água. A participação mais intensa dos profissionais da unidade de saúde local teria reforçado o processo, mas a escassez de recursos humanos ali presente impediu o seu envolvimento nessas atividades. O registro das famílias foi basicamente realizado por residentes em saúde comunitária, da Escola de Saúde Pública do Rio Grande do Sul (ESP/RS).

Nos três anos seguintes ao seminário, várias ações foram organizadas por profissionais da Secretaria Municipal de Saúde e impulsionadas, em grande parte, pela Associação



das Mulheres Unidas pela Esperança (AMUÊ), com grande participação de outras organizações e instituições oficiais. Essas iniciativas incluíram a organização da coleta de lixo na área verde e limpeza do espaço comum; construção de um canteiro de flores substituindo uma lixeira na entrada da vila; negociações para o abastecimento de água e saneamento junto aos departamentos específicos do município e cadastramento das famílias na unidade de saúde local para que pudessem ter acesso aos cuidados de saúde.

As conquistas na comunidade da área verde do Morro da Polícia foram coproduzidas pela atuação de membros da comunidade, profissionais e gestores de saúde, juntamente com outras instituições públicas e civis.

Os resultados e impactos desse processo foram documentados em relatórios e imagens da situação antes e depois das intervenções. O número de instituições participantes (mais de 30 ao longo de todo o processo) foi mais um indicador positivo. As mudanças na área verde são visíveis: a praça onde as crianças brincam e as famílias passeiam se conservou limpa com o canteiro de flores. As pessoas estão se encontrando mais, porque o ambiente está mais agradável, e estão cuidando mais do seu território; existe um engajamento coletivo para manter o ambiente da praça limpo e agradável. O lixo, antes acumulado nas ruas e fontes de água, agora é coletado regularmente pela prefeitura.

Outro resultado importante foi o reconhecimento formal das famílias vivendo na área verde pela unidade de saúde. Cerca de 80% dessas famílias agora estão cadastradas na unidade de saúde – o que as torna formalmente visíveis sob o ponto de vista da atenção à saúde; elas estão agora sob responsabilidade da equipe desta unidade de saúde. Este avanço possibilitou, em 2011, a criação do Conselho Gestor, ligado à unidade de saúde. O Conselho é mais um espaço



de participação da comunidade, junto com os profissionais de saúde, no processo de decisão sobre o funcionamento da unidade. Ele possibilita a participação dos cidadãos no processo de gestão, identificando e contribuindo para a escolha de políticas públicas que favoreçam a população.

O processo de mobilização, incluindo o primeiro seminário do projeto “A Divindade da Água”, os encontros semanais e as reuniões comunitárias, fortaleceu a integração da comunidade, o que motivou as pessoas a continuarem na mobilização pela saúde ambiental local. A AMUE iniciou novas atividades, como o grupo de costureiras, que se reúne uma vez por semana.

Este projeto de vigilância em saúde ambiental vem sendo acompanhado até os dias de hoje e a pracinha, fruto de uma conquista comunitária, é o único espaço destinado às crianças desta comunidade e segue sendo constantemente cuidada pelos moradores.

Aprendendo com esse episódio

O caso da área verde do Morro da Polícia traz aprendizados importantes sobre como comunidades e profissionais de saúde podem trabalhar juntos para enfrentar os determinantes sociais da saúde. O caso demonstra a importância das interações individuais, bem como as interações institucionais. As mulheres da comunidade, os profissionais da saúde, bem como os diferentes departamentos municipais que apoiaram o projeto, foram cruciais para o sucesso desta mobilização. Esse projeto reflete uma interação bem-sucedida entre os níveis de comprometimento individual e das políticas públicas. O foco na água e na espiritualidade fez sentido para a comunidade e ampliou o espectro de ações no



enfrentamento das condições de vida e de saúde daquela população.

Houve interação entre os diferentes níveis (das políticas, da gestão e individual) neste caso. Enquanto as habilidades, valores e convicções dos profissionais e dos líderes comunitários atuaram como catalisadores das ações que animaram o projeto, a ação foi amplamente apoiada por gestores das diferentes secretarias e departamentos municipais participantes, caracterizando uma forte ação intersetorial, sob a coordenação do setor saúde (SMS/CGVS). Uma lição importante dessa história é que políticas públicas devem dar espaço para expressões comunitárias. Dentre os episódios estudados nesta pesquisa, este foi o único em que a ação foi iniciada pela abertura e iniciativa da gestão municipal. A gestão foi muito oportuna, aproveitando o potencial e a expressão da comunidade.

As líderes comunitárias envolvidas nesse episódio já eram mulheres empoderadas, mas o conhecimento e as articulações proporcionadas no desenvolvimento do projeto, bem como o respaldo institucional, deram mais vazão a este poder. A noção de direitos já existia, mas o encontro entre comunidade e trabalhadores da saúde a reforçou.

O importante é a parceria entre comunidade e profissionais de saúde. Não chegamos com receita pronta, conseguimos um vínculo muito forte com as mulheres, tivemos reuniões semanais por cinco anos. Temos certeza que as protagonistas foram as mulheres da comunidade. [...] Como profissional, a importância foi o apoio, trabalhar o empoderamento e a articulação institucional. O canteiro que está no lugar da lixeira continua até hoje. Os profissionais foram apoiadores



de um movimento que tem força própria na comunidade. (Depoimento de entrevistado/a.)

Lomba do Pinheiro: Mobilização por melhorias na Unidade Básica de Saúde da Aldeia Kaingang “FágNhin”

O contato dos índios Kaingang com a sociedade teve início no final do século XVIII e efetivou-se em meados do século XIX, quando os primeiros chefes políticos tradicionais (Põ’í ou Rekakê) aceitaram aliar-se aos conquistadores brancos (Fóg), transformando-se em capitães. Esses capitães foram fundamentais na pacificação de dezenas de grupos arredios que foram vencidos entre 1840 e 1930. Os Kaingang vivem em mais de 30 terras indígenas, que representam uma pequena parcela de seus territórios tradicionais. Por estarem distribuídas em quatro estados, a situação das comunidades apresenta as mais variadas condições. Em todos os casos, contudo, sua estrutura social e princípios cosmológicos continuam vigorando, sempre atualizados pelas diferentes conjunturas pelas quais vêm passando.

Na zona leste de Porto Alegre, a aldeia kaingang FágNhin (Lomba do Pinheiro, que dá nome ao bairro) reúne 32 famílias, que se adaptam às novas tecnologias e costumes sem esquecer a própria cultura. Os moradores vivem basicamente do artesanato, principalmente cestas feitas de cipó e taquara, que vendem no centro da cidade, geralmente nos finais de semana. As duas palavras de ordem da comunidade são coletividade e harmonia. Os aspectos mais interessantes que podem ser observados no



dia a dia da aldeia são: a existência de regras próprias, e que todos vivem para a comunidade, e não para si.

Algumas datas, relatadas pelo cacique e que são importantes para o entendimento desta mobilização são:

11/02/2003 – conquista da terra.

Início de 2008 – morte de um jovem de 27 anos, por causa evitável.

Julho/2009 – ato de mobilização com apreensão do carro da FUNASA.

Final de 2009 – morte de uma criança.

Os atores diretamente envolvidos neste episódio foram: lideranças da comunidade Kaingang, trabalhadores da saúde, agente indígena de saúde, gestores ligados à Fundação Nacional de Saúde (FUNASA), órgãos públicos que atendem às questões indígenas, como o Ministério Público Federal e a Polícia Federal.

As pessoas da aldeia estavam cansadas de ouvir promessas dos gestores da FUNASA. O posto de saúde da aldeia era muito precário, não tinha nada. Os gestores prometiam que iam trazer equipamentos médicos, como balanças, para melhorar. Mas eram apenas promessas. E, além disso, as pessoas idosas e crianças estavam precisando de cuidados de saúde e já haviam perdido um rapaz e uma criança por causas evitáveis. O posto de saúde vivia fechado e não tinha material físico, o que levou a comunidade a organizar um ato de protesto, já que as reivindicações sobre a saúde não estavam sendo atendidas.



A comunidade Kaingang e suas lideranças já tinham tomado a decisão. Ou seja, todos os indígenas estavam sabendo que ocorreria a apreensão do carro da FUNASA no dia em que os trabalhadores de saúde entrassem na aldeia para fazer o atendimento à comunidade. O ato de protesto aconteceu no dia em que os profissionais de saúde vieram até a aldeia para realizar uma vacina preventiva contra a gripe, contra a rubéola e o sarampo. O ato se concretizou quando os trabalhadores de saúde chegaram. Assim que o carro entrou na aldeia, a comunidade mobilizada fechou o portão. Em seguida, o chefe indígena capitão disse para o motorista: “me entrega a chave que o carro está retido. Isto é para chamar a atenção dos gestores da FUNASA, para que a nossa saúde seja bem atendida”. Os trabalhadores fizeram as vacinas normalmente, dentro do horário de expediente, das 10h às 17h e, na escola da aldeia, foi feito um almoço para os funcionários. Após as 17 horas, os trabalhadores foram liberados pelas lideranças para irem para as suas casas e não tendo havido qualquer agressão verbal, física ou moral. Apenas o carro ficou retido para chamar a atenção dos gestores, como forma de reivindicar que as necessidades específicas da saúde fossem atendidas adequadamente. Depois de três dias, foi formada uma comissão, juntamente com as lideranças, e decidiram ir até o Ministério Público para, perante o procurador, fazer a devolução do veículo para o coordenador da FUNASA.

Algumas conquistas foram obtidas com esta ação: enfim mobiliaram um pouco o posto de saúde, prestaram um atendimento mínimo, mas gratificante (segundo o depoente), que o médico faz em uma hora e meia, uma vez por semana. O indígena consulta e sai com a receita, pode ir à farmácia buscar o remédio. Isso não havia antes, já é algum avanço dessa mobilização. Outra melhora que aconteceu foi a dos cartões de transporte coletivo para ir até a Unidade de Saúde Panorama.



Porém, cerca de uns três meses depois do episódio, os indígenas ficaram sem atendimento de saúde dentro da comunidade, pois os trabalhadores de saúde não queriam voltar a trabalhar naquela aldeia. Da mobilização, houve uma parcela de perda. Ocorreu que os gestores da FUNASA processaram judicialmente alguns membros da comunidade: o professor, o vice-cacique e o cacique. De acordo com o depoente, foi injusto, porque não foram apenas três que precisavam de saúde, esta foi uma decisão da comunidade, das lideranças.

Perante o Procurador do Ministério Público Federal, os trabalhadores do posto de saúde posicionaram-se pelo afastamento do trabalho junto à comunidade indígena por questões de segurança, e para voltar a entrar na aldeia exigiram um termo de garantia. Em vista disso, os indígenas, perante o Procurador, assinaram um documento que assegurava que os trabalhadores poderiam ter livre acesso à aldeia e fazer o seu trabalho normalmente. Embora o episódio tivesse o objetivo de pressionar os gestores, foram os profissionais de saúde que acabaram se afastando da comunidade. Nesse meio tempo, ficaram totalmente sem atendimento à saúde, porque nem os profissionais do posto de saúde Panorama e nem os trabalhadores da FUNASA vinham trabalhar, demonstrando um pouco de receio em continuar prestando atendimento. Apenas uma agente indígena de saúde (AIS) ficava no pátio do posto de saúde limpando ou fazendo alguma outra coisa.

O ato de mobilização dos indígenas Kaingang reafirma frente aos órgãos governamentais que eles possuem um pensamento coletivo ligado com a ancestralidade. Cabe destacar o papel das lideranças na comunidade: para os indígenas, uma boa liderança é aquela que traz o benefício para todos da comunidade. A mobilização foi um ato contra a lei em favor da sociedade indígena Kaingang da Lomba do Pinheiro.



Aprendendo com esse episódio

A sociedade Kaingang está organizada em coletividade, e a união é importante para a conquista da terra, da aldeia, do espaço interno. Essa organização é mantida pelas lideranças da aldeia, com o pensamento ligado à ancestralidade, e afirma a vontade indígena de viverem juntos, dividindo o mesmo espaço e a mesma terra.

Um resultado positivo dessa mobilização foi a formação de várias comissões. Uma comissão que trata das questões da saúde, uma comissão que trata das questões da educação, uma comissão que trata das questões de auto sustentabilidade e outra que trata de conquistas de espaços urbanos para venda de artesanato e outros produtos.

De acordo com o cacique, houve um descumprimento da ética profissional:

Os profissionais da saúde quando fizeram colação de grau fizeram um juramento, sabem qual é o seu dever, como trabalhar as questões de saúde. Independentemente do continente, o juramento é o mesmo, pode acontecer uma catástrofe, o profissional tem que atender do mesmo modo, porque as pessoas precisam dos seus serviços. (Citação da entrevista.)

Este episódio se diferencia dos demais, porque não houve nenhum apoio dos profissionais de saúde, pois mesmo tendo sido informados de que nada lhes aconteceria, que o protesto era direcionado aos gestores da FUNASA, eles se negaram a voltar à aldeia, deixando aquela comunidade desassistida por três meses. Em nenhum momento, o cacique relata a participação do conselho municipal de saúde ou da gestão do SUS em Porto Alegre, relatando o episódio sempre como uma interlocução com a FUNASA.



Segundo ele, isolaram a comunidade como merecedores de um “castigo” pela atitude que haviam tomado.

O episódio ilustra a situação de exclusão e vulnerabilidade de uma comunidade indígena em Porto Alegre. Também ilustra a não utilização dos espaços instituídos de controle social. Esta história de mobilização demonstra solidariedade marcante na comunidade, mas não entre profissionais de saúde ou gestores.

Este foi um episódio de mobilização pontual, e a atenção à saúde à população indígena, no momento atual, ainda é precária. Falta ainda o atendimento de urgência e emergência. Os indígenas nunca tiveram transporte e continuam reivindicando por isso. O cacique está encaminhando a reivindicação para que a aldeia tenha o atendimento de remoção de doentes para um hospital de referência em caso de necessidade.

O Processo de Municipalização do Centro de Saúde Escola Murialdo

Este episódio de ação comunitária, que aconteceu em 2008 e 2009, foi relatado por duas servidoras da Secretaria de Saúde do Estado do Rio Grande do Sul (uma delas representante do Conselho Municipal de Saúde de Porto Alegre) e complementado por fontes bibliográficas. Ocorre na área de abrangência do Distrito Sanitário Partenon/Lomba do Pinheiro, mais especificamente nas Unidades de Atenção Básica de Saúde que, na época, estavam sob a gestão estadual. Nestas, desenvolvia-se a Residência Integrada em Saúde (RIS), com ênfase em Atenção Básica, da Escola de Saúde Pública (multiprofissional e de medicina de família e comunidade).



A Comunidade do Partenon é extensa em área e possui uma história relevante na cidade. O Centro de Saúde Escola Murialdo é uma referência importante na história da saúde pública brasileira. Na década de 1970, em um momento pré-SUS, o Murialdo foi vanguarda como campo de prática da saúde comunitária, foi o espaço da primeira residência multiprofissional do país. O espaço do ensino propiciou o debate dos nós críticos de organização da rede de saúde e das relações de trabalho, pois os serviços interagem com as demandas da formação, na perspectiva de que as contradições postas, historicamente não superadas, venham ao debate.

Foram muitos os atores envolvidos no episódio de mobilização: profissionais de saúde (trabalhadores da Secretaria de Saúde do RS), residentes da RIS da Atenção Básica em Saúde do Centro de Saúde Escola Murialdo, líderes comunitários da região do Partenon, alguns vereadores municipais e moradores da região do Partenon. Como apoiadores da mobilização, aparecem o Sindicato dos Servidores Públicos Estaduais (SINDISEPE), o Sindicato dos Trabalhadores Técnicos Científicos (SINTERGS) e o Sindicato Médico do Rio Grande do Sul (SIMERS). A mobilização dos trabalhadores e da comunidade se deu em diferentes fóruns de organização, tais como: Conselhos Distrital, Municipal e Estadual de Saúde e Ministério Público. Desses fóruns, as discussões em torno da greve e das reivindicações dos trabalhadores e da população foram remetidas aos coletivos específicos (articulação com vereadores municipais, sindicatos, etc.), onde eram definidas estratégias de mobilização com a comunidade, de negociação e posicionamento em relação à gestão estadual e municipal.



O episódio desta mobilização ilustra alguns matizes das diferentes disputas e interesses que perpassam muitos dos desafios do SUS. A política pública de saúde brasileira, a partir da Reforma Sanitária, preconizou como uma das suas diretrizes organizativas, a descentralização da assistência e atribuições diferenciadas a cada nível de governo, em um sentido único. Na década de 1990, durante o processo de implantação do SUS, foram criados novos modos de articulação entre as três esferas do governo (federal, estadual e municipal), com a proposição de compor uma rede integrada de serviços e ações de saúde.

Em Porto Alegre, o processo de municipalização aconteceu em 1996, porém o Centro de Saúde Murialdo, como centro de formação em serviço e cenário de práticas de residências, definiu sua permanência na gestão estadual. Era composto, na época, por sete Unidades Básicas de Saúde (UBS), e os investimentos financeiros repassados da Secretaria Estadual de Saúde eram insuficientes. Conforme uma das depoentes, não havia uma rubrica específica para investimentos na ampliação e qualificação dos serviços de atenção à saúde.

O foco da mobilização foi a luta por melhores condições de trabalho e infraestrutura nos serviços de atenção básica, além da ampliação dos serviços, já que a população da região era de aproximadamente oitenta mil pessoas para atendimento em apenas sete UBS.

O tensionamento permanente provocado pelos residentes multiprofissionais, no sentido de problematizar a qualidade do ensino e o processo de trabalho, foi o que mobilizou os trabalhadores para tomar a decisão de entrar em greve, o que foi legitimado pela população. Esta decisão aprofundou a mobilização da comunidade.



A greve dos trabalhadores e residentes das unidades básicas do Murialdo foi motivada pela falta de condições de trabalho e sobrecarga dos trabalhadores, pela dificuldade do acesso da população aos serviços e pela inadequação da infraestrutura e capacidade instalada dos serviços.

Não havia consenso, entre os trabalhadores, sobre a municipalização das unidades de saúde. A posição da maioria dos trabalhadores de nível técnico superior era pela municipalização parcial, com a manutenção de alguns postos de saúde com gestão estadual, com o intuito de garantir a continuidade das atividades de ensino nesses espaços.

A luta pela municipalização dos postos de saúde do Partenon era um ponto de pauta historicamente presente nos fóruns de controle social. Diversas questões vinham sendo debatidas havia tempo e estavam em disputas de interesses, tais como: financiamento, ensino, investimento nas estruturas das unidades, redistribuição de trabalhadores (vantagem para alguns e desvantagem para outros). Tendo em vista a complexidade das circunstâncias envolvidas, sempre houve dificuldade, por parte da gestão municipal e estadual, em definir e pactuar responsabilidades. O debate se arrastou por mais de dez anos, e a municipalização acabou acontecendo apenas em 2009, por intervenção do Ministério Público Federal. Como resultados da mobilização, ao longo dos anos seguintes, temos a implantação de novas equipes da ESF e a melhoria da infraestrutura das unidades. (PORTO ALEGRE. CONSELHO MUNICIPAL DE SAÚDE, 2012)

As Figuras 12 e 13, a seguir, mostram algumas notícias veiculadas sobre o episódio do Murialdo.



Figura 12. Reportagens de jornal local, versando sobre os problemas institucionais e as demandas dos usuários da região.

QUINTA-FEIRA | 31 de julho de 2008 ■ 7

Centro Murialdo reabre, mas problemas persistem

As sete unidades de saúde (US) do Centro de Saúde Escola Murialdo (CSEM) reabriram as portas ontem, mas o atendimento à população do bairro Partenosa, na

zona Leste de Porto Alegre, continua precário. Os 146 funcionários e 70 médicos residentes voltaram ao trabalho depois de 14 dias de greve e as reintegrações permanecem.

Essas programadas assembleias quinzenais, com vistas a analisar os resultados das negociações com a Secretaria Estadual da Saúde. A coordenadora técnica do Murialdo, Karin Hajjman, explicou que as unidades devem reanalisar as consultas marcadas para os dias em que os postos estiveram fechados. "Isso ocorrerá conforme a realidade de cada unidade", acrescentou. Karin informou que será entregue hoje à Secretaria da Saúde um levantamento sobre a situação dos postos de saúde.

As más condições da infraestrutura do local foram constatadas ontem pela comissão de fiscalização do Conselho Estadual de Saúde, que entregará

relatório ao Ministério Público, à Secretaria Estadual da Saúde e às agências sanitárias do Estado e do município.

O coordenador da comissão, Carlos Weber, apontou vários problemas na unidade 5, como telhados sem revestimento, água acumulada dentro de uma sala de atendimento, um espaço destinado à vacinação com janelas junto a canal, chuveiro de engelo em local onde são feitas curativos e paredes sem pintura e chafis de infiltrações.

Os pacientes da unidade 2 Vila Vargas, que está fechada à espera de reforma, foram atendidos pela manhã na sede do Murialdo, no Saneamento Partenosa. Todavia, não há médicos que possam garantir o funcionamento à tarde. "A necessidade de contratação é urgente", afirmou Karin. As ações foram agilizadas as negociações entre secretária e servidores acerca do adicional de risco de vida sobre os vencimentos dos funcionários, que está em análise na Faemsa. Solução às reintegrações no Murialdo, a comunidade do Partenosa pleiteia caminhar pelas ruas do bairro para assistir.



Nas unidades ocorre o reaparelhamento de consultas

24 ■ SÁBADO | 2 de agosto de 2008

Moradores exigem que município assuma Murialdo

Moradores de vilas do bairro Partenosa, onde estão as sete unidades básicas de saúde (UBS) do Centro de Saúde Escola

Murialdo (CSEM), fizeram mobilização ontem pela qualificação dos serviços. Acompanhados de funcionários e médicos, protestaram na entrada da Secretaria Municipal da Saúde (SMS) e do Centro Administrativo, onde se localiza a Secretaria Estadual da Saúde (SES). Os manifestantes exigem a municipalização dos serviços. Com uma população quatro vezes superior à sua capacidade de atendimento, o CSEM é o núcleo do gênero pertencente e gerenciado pelo Estado.

A coordenadora distrital de Saúde, Eliane Palm, lembrou que os 146 funcionários e os 70 médicos residentes suspensos, em 30 de julho, a greve de 14 dias sem que as reintegrações tivessem sido atendidas. Representantes da comunidade foram recebidos pelo gerente de Regulação de Serviços de Saúde da SMS, Luiz Enrico Valentin, que prometeu tratar da questão dia 13, em reunião com a presença da SES. Na outra ma-

nodade, o grupo se reuniu com a secretária adjunta Arta Bergmann.

A comunidade teme que 52 mil famílias fiquem sem atendimento, uma vez que foi estabelecido o limite de 4 mil unidades por UBS durante o período de 120 dias, até que a prefeitura assuma o gerenciamento das unidades. O Estado se compromete a destinar, mensalmente, R\$ 200 mil para a execução de obras nas UBS e reposição de medicamentos, cujas licitações estão em andamento.

Os servidores permanecerão mobilizados e aguardarão assembleias quinzenais. As UBSs irão reanalisar as consultas de ontem e dos dias em que os postos estiveram fechados. Os unidades da UBS Vila Vargas - fechada à espera de reforma - precisam se deslocar 4 quilômetros até a sede do Murialdo, no Saneamento Partenosa. "Alguma vila a pé", denunciou Eliane, relatando a falta de infraestrutura. Segundo ela, existem casos de emprego de botijões domésticos para a presença de gestantes.



Moradores fazem ficar desativadas

Há um jogo de empurrar que colabora para o sucateamento do Murialdo. A situação é precária em todas as unidades. Precisamos de uma solução

Eliane Palm
Coordenadora distrital de Saúde

Fonte: Centro, 2008; Moradores, 2008.



Figura 13. Reportagens veiculadas em jornal local, sobre os desfechos da municipalização das UBS do Murialdo.

CORREIO DO POVO QUINTA-FEIRA | 9 de outubro de 2008

Prefeito pede a municipalização de centro de saúde

O vice-prefeito e secretário da Saúde, Eliseu Santos, recebeu ontem o aval do prefeito José Fogaça para intensificar as negociações com o governo do Estado para a municipalização do Centro de Saúde da Escola Murialdo. O ofício de autorização ao vice, que assumirá o Executivo municipal hoje à noite ou na sexta-feira, após a licença do titular que disputa a reeleição à Prefeitura de Porto Alegre, foi assinado ontem no Paço Municipal.

A prefeitura solicitará ao Estado a recuperação dos prédios, a compra de equipamentos e manutenção dos profissionais, além dos devidos repasses à administração municipal. As sete unidades básicas de Saúde Murialdo, localizadas na região Partenon, atendem uma po-

pulação estimada em 80 mil pessoas. Elas estão distribuídas na Vila Vargas, Saldanha da Gama, Avenida Ceres, Ari Tarragô, Campo da Tuca e dois postos no Morro da Cruz. De acordo com o prefeito, os detalhes estão sendo tratados há bastante tempo. "É preciso contar com a contrapartida do governo para municipalizar as unidades básicas", disse. Ontem, Fogaça esteve reunido com a governadora Yeda Crusius no Palácio Piratini. Na saída, afirmou que as negociações avançaram.

Em visita a um dos sete postos de saúde da Escola Murialdo na terça-feira, a candidata do PT à Prefeitura de Porto Alegre, Maria do Rosário, criticou a demora e se comprometeu em municipalizar o centro.

CORREIO DO POVO 17 de janeiro de 2009

Murialdo será municipalizado

A Secretaria Municipal de Saúde (SMS) assina segunda-feira, com o governo do Estado, o termo de municipalização das unidades do Centro de Saúde Escola Murialdo, às 10h, no Salão Nobre do Paço Municipal (praça Montevideu, 10).

Na opinião do secretário municipal de Saúde, Eliseu Santos, com a municipalização dos serviços o centro voltará a ser referência nacional

em medicina comunitária.

O Murialdo, que atende uma população de 80 mil pessoas, é hoje a única unidade básica de saúde da Capital pertencente ao Estado. Com a assinatura do termo, a SMS passa a gerenciar as ações e os serviços de atenção e assistência à saúde, desenvolvidas por sete unidades de Saúde e pelo andar térreo do Centro de Saúde Escola Murialdo.

Fonte: Prefeito, 2008; Murialdo, 2009.

Aprendendo com esse episódio

Esse episódio foi desencadeado por reivindicações de trabalhadores e de residentes por melhores condições de trabalho e ampliação dos serviços de saúde para população do bairro Partenon. A resolução dos problemas evidenciados culminou com um processo de negociação para a municipalização do Centro de Saúde Escola Murialdo. A municipalização, que é uma definição constitucional do SUS, enfrentou resistência por parte da gestão municipal em



assumir, principalmente pela precária capacidade instalada dos serviços ocasionada pela falta de investimento da Secretaria de Estado da Saúde em anos anteriores. Ainda, pode-se identificar a disputa entre gestão municipal e estadual, em termos de responsabilidades. A fragilidade no diálogo entre as duas esferas evidenciou que a efetivação das ações em relação ao processo de municipalização dependia de políticas de governos e não da política de Estado.

No entanto, houve intensa participação do Controle Social, principalmente do Conselho Municipal de Saúde, cujo apoio e participação foram decisivos para o desfecho do processo. Vale ressaltar que 100% dos serviços tinham representação no Conselho Distrital de Saúde. (PORTO ALEGRE. CONSELHO MUNICIPAL DE SAÚDE, 2012)

A comunidade foi protagonista de todo o processo, participando ativamente dos debates nos conselhos de saúde. Esse episódio ilustra a participação do Ministério Público na efetivação das demandas em saúde. A mobilização, que foi institucionalizada, gerou um novo arranjo institucional, o da municipalização.

Vila Santa Rosa e a Unidade Básica de Saúde

A Vila Santa Rosa, situada no limite norte da cidade, faz divisa com o município de Alvorada e, ao sul, com o bairro Sarandi. Faz parte do bairro mais populoso da capital, Rubem Berta, que possui mais de 87 mil habitantes, de acordo com dados do último Censo. (INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA, 2011) A ocupação da Vila ocorreu através de loteamentos de diferentes iniciativas: poder público, iniciativa privada, invasões, áreas de



ocupações mistas, com parte do loteamento organizado, e outra, com ocupação irregular. (HISTÓRIA, 2016)

Na Unidade Básica de Saúde, localizada nessa região, houve uma mobilização comunitária, ocasionada pela carência de profissionais médicos, gerando filas imensas para conseguir atendimento naquela que era a única unidade de saúde do bairro. Os moradores passavam a noite na espera, muitas vezes ficavam desde o dia anterior aguardando em frente à unidade para conseguir marcar atendimento.

O fato que gerou este episódio foi a saída de um clínico geral da UBS Santa Rosa em 2008. Com essa situação, um número muito grande de pessoas ficou sem atendimento, o que ocasionou um caos, culminando com a venda de fichas de atendimento. Assim, o Conselho Local de Saúde teve a iniciativa de elaborar um vídeo para ser encaminhado ao Ministério Público, mostrando a situação de muitas pessoas na fila, desde o domingo à tarde, para serem atendidas na segunda-feira, permanecendo a madrugada na fila.¹

A partir da divulgação do vídeo, houve negociações, reuniões na Câmara de Vereadores, discussão nos fóruns de controle social – Conselhos Local, Distrital e Municipal de Saúde, a fim de viabilizar suas demandas em relação ao número insuficiente de médicos, neste caso, especificamente, clínicos. Nas reuniões em que se fazia necessária a presença do Secretário Municipal de Saúde, este não comparecia, o que impediu o estabelecimento de um diálogo com a gestão municipal de saúde. Com isso, e diante da restrita autonomia para tomada de decisão do gerente distrital (representante do Secretário Municipal de Saúde nas diferentes regiões da cidade), o conselho local de saúde decidiu acionar o Ministério Público.

¹ Acesso ao vídeo: <http://www.youtube.com/watch?v=z3ynSVbm1Pg&-feature=fvst>



A Prefeitura argumentava que não estava prevista a contratação de mais um clínico geral na UBS Santa Rosa. A alternativa apresentada, após longa negociação, foi que a médica ginecologista passaria a atuar como clínica geral, e o serviço receberia outro profissional ginecologista, classificado no concurso em vigência. Na entrevista, a depoente afirmou que a vinda da nova ginecologista foi fruto da pressão colocada pelo controle social, que articulou os segmentos jurídicos, e pela comunidade da Vila Santa Rosa.

Os atores diretamente envolvidos nesta mobilização foram duas servidoras concursadas, envolvidas historicamente com a luta pelo SUS, os Conselhos Locais, Distrital e Municipal de Saúde, a Câmara de Vereadores, o Ministério Público e as lideranças comunitárias da região.

Aprendendo com esse episódio

Este episódio mostra que a conquista da saúde como direito se faz no cotidiano, conforme as necessidades da população. A mobilização da comunidade fomenta a autonomia e os modos de organização coletiva de luta, trazendo muitos aprendizados e afirmando os conselhos de saúde como espaços de participação previstos pelo marco legal do SUS.

Este caso ilustra uma situação de fragilidade da gestão, pela desorganização e precarização dos contratos com os trabalhadores, levando à falta de um clínico geral no posto, e pela ausência de diálogo entre a gestão municipal e a comunidade no processo de mobilização. Com isso, a estrutura institucional dos espaços de participação foi decisiva para viabilizar a articulação que levou à resolução do problema. O Conselho Municipal de Saúde foi intensamente



presente, assumindo uma posição firme em defesa da comunidade da Santa Rosa. Não houve participação de um grupo grande de trabalhadores, mas de dois ou três deles, que já costumavam participar desse tipo de mobilização, em ressonância à comunidade. Essas poucas pessoas é que abraçaram a causa e a levaram para os devidos espaços.

Este foi um episódio de mobilização pontual, mas representativo de um contexto mais amplo de precarização na área da saúde, trazendo também a questão da terceirização dos contratos dos trabalhadores. Além de um vínculo empregatício mais frágil, a terceirização tende a distanciar o profissional do vínculo com a comunidade, diminuindo o envolvimento com a mesma.





ALGUMAS CONCLUSÕES A PARTIR DA ANÁLISE GERAL DOS EPISÓDIOS

Nesta seção, descrevemos as lições aprendidas a partir da análise geral dos episódios, processo que envolveu muita discussão e reflexão entre os pesquisadores e com as pessoas que participaram diretamente dos episódios (usuários, líderes comunitários, conselheiros de saúde e profissionais da saúde).

Interação entre três pontos do sistema de saúde: profissionais da saúde, gestão e política de saúde

Este ponto de análise parte do princípio de que temos, em um sistema de saúde, diferentes pontos de atuação que interagem entre si. Podemos imaginar os três pontos de um triângulo, que são interligados, como na Figura 14, incluindo os usuários como centro desse sistema. Nesta pesquisa, nossa intenção foi analisar a participação de profissionais da saúde, gestão e política de saúde, bem como a interação entre eles, em relação aos episódios de ação comunitária aqui descritos.

Figura 14. Esquema mostrando os pontos de atuação em um sistema de saúde e a interação entre eles.



Fonte: Elaboração própria.

Primeiro, é possível observar que os episódios estavam sempre inseridos em um contexto histórico. O momento histórico em que muitos episódios floresceram (final dos anos 1980 e anos 1990) era de efervescência política, com muita participação da população na luta pela redemocratização e pela criação e implantação do SUS. Nesse contexto, também temos que considerar o surgimento, nessa época, dos espaços oficiais de participação popular, como os conselhos de saúde e o orçamento participativo,



que encorajaram as pessoas a se manifestarem e a serem protagonistas da ação pelas mudanças necessárias. Os episódios da Vila Floresta, Vila Cruzeiro e Bom Jesus ilustram bem esse ponto.

Ainda em relação ao contexto, também chamou atenção a fragilidade da gestão e a sua distância e difícil comunicação com a população. No fluxo entre a instância local e a municipal, muitas vezes o que acontecia era um “abrandamento” das questões prementes no nível da gerência distrital. Dessa forma, as reivindicações da comunidade muitas vezes não chegavam à Secretaria Municipal de Saúde e as especificidades regionais e locais não eram consideradas. Exemplifica-se esse aspecto nos episódios da Ponta Grossa e Vila Santa Rosa.

Em relação à política de saúde, pode-se identificar uma fragilidade da descentralização, que não delega poder, mas se desresponsabiliza em relação à pressão que vem da base. Agregue-se a esses elementos a precarização do trabalho que sucedeu, com a gestão dos recursos humanos sendo em grande parte terceirizada para institutos e fundações sem experiência no ramo. Assim, resumindo, temos um contexto geral de efervescência política, de ascensão da participação popular e de dificuldades, principalmente ligadas à gestão, na implantação do SUS. Havia uma insatisfação da população com o sistema, em grande parte pela dificuldade no acesso aos serviços de saúde. Essa insatisfação, em um contexto de efervescência política e de ascensão da participação popular, foi geradora de mobilização em um primeiro momento. Contudo, em um segundo momento, na maioria dos casos, seguiu-se uma onda de desmobilização, uma vez que as respostas esperadas às reivindicações não vieram ou foram insuficientes.

No entanto, alguns casos, como o do Morro da Polícia, ilustram uma participação proativa e positiva da gestão,



abrindo espaço para a expressão comunitária, estimulando, dessa forma, que algumas ações concretas florescessem. O exemplo do Morro da Polícia mostra isso: diferentes setores públicos, sob a liderança do setor saúde (representado pela Coordenadoria Geral de Vigilância de Saúde), envolveram-se na ação de recuperação ambiental e do espaço coletivo do local. Essa abertura da gestão facilitou muito o trabalho e o legitimou nos espaços institucionais. Assim, ficou o aprendizado de que a abertura e a receptividade da gestão às expressões comunitárias são facilitadoras e contribuem muito com o êxito das ações. Portanto, é importante construir esses espaços, reivindicar para que eles existam cada vez mais dentro da gestão em saúde.

Em relação à participação dos profissionais da saúde que atuavam na linha de frente, em vários episódios, esta se restringiu a um pequeno grupo de pessoas, quase a uma atuação individual de profissionais que exerceram liderança e impulsionaram as ações comunitárias. Mesmo restrita a poucas pessoas, a participação dos profissionais em aliança à comunidade foi considerada fundamental para legitimar e fortalecer as ações, contribuindo para o seu êxito. Pudemos observar que a motivação individual de um ou outro profissional foi de extrema importância e muitas vezes suficiente para levar adiante uma determinada ação em prol de melhorias na saúde e em seus determinantes. Outra coisa que chamou atenção na aliança da comunidade com os profissionais da linha de frente é que foi comum, nos casos que analisamos, a conjunção de interesses. Nos casos da Bom Jesus, Vila Floresta e Vila Cruzeiro, por exemplo, a demanda por acesso a serviços de saúde de qualidade confluía com aquela dos profissionais por melhores condições de trabalho. Nesses casos, houve apoio mútuo entre profissionais e comunidade. Em última instância, os objetivos comuns resultaram em soma de forças e maior coesão, que fortalecia a mobilização.



Um aprendizado interessante no que diz respeito às políticas públicas foi o de que as ações relacionadas diretamente ao setor saúde, como aquelas reivindicando acesso a um serviço, serviram como disparadoras para ações mais amplas, envolvendo os determinantes sociais da saúde. Os episódios da Bom Jesus, da Vila Floresta, da Vila Cruzeiro e do Morro da Polícia ilustram essa afirmação. Dessa forma, vemos que o setor saúde pode exercer uma importante liderança na condução de ações voltadas para outros setores, como saneamento, habitação, mobilidade, meio ambiente, educação, lazer, condições de trabalho, dentre outros que são importantes na determinação da saúde.

Encontro entre indivíduos e instituições que dão espaço para iniciativas de ação: pessoas certas no lugar certo

Se o trabalhador não está apto para sair da fronteira do seu papel de profissional e assumir papel de cidadão, a prática ficará muito mais limitada. (Depoimento de um pesquisador no primeiro encontro participativo.)

Pudemos observar que, em todos os casos, houve participação-chave de indivíduos, que exerceram liderança e fizeram pressão sobre o nível institucional. Percebemos que, na maioria das vezes, era um grupo muito pequeno ou até uma única pessoa quem fazia esse papel, o que mostra muito claramente o potencial de uma pessoa motivada e empoderada na mobilização envolvendo maior ou menor número de pessoas.



As histórias estudadas nesta pesquisa mostram a distância que existe entre a comunidade e a representação institucional, bem como o papel “amortecedor” das gerências distritais, que estavam mais próximas das demandas, mas ao mesmo tempo não tinham poder para dar resposta. Isso acabava fazendo com que as informações discutidas na base, por vezes, não chegassem até o gestor com a mesma intensidade, tornando mais difícil a aproximação e o estabelecimento de um diálogo. Desse aprendizado, tiramos a importância de melhorar a integração entre os diferentes níveis de gestão, para que as demandas locais não se enfraqueçam, nem se percam no caminho, e as respostas possam ser geradas oportuna e apropriadamente.

Algo muito interessante que pudemos aprender foi a relação que se criou entre indivíduos e instituições onde houve espaço para a expressão comunitária. Nesse processo, foi importante a participação dos movimentos sociais, como nos casos do Morro da Polícia (Movimento pela Saúde dos Povos/ AMUE) e da Vila Cruzeiro (Movimento de Mulheres Negras). Os movimentos contribuíram para “arejar” o espaço institucional com uma nova forma de trabalho, mais dinâmica e direta. Novamente, aparece a importância da abertura e da receptividade das instituições às expressões comunitárias. E, nesse encontro entre indivíduos e instituição, destaca-se a significância da formação de vínculos, da afetividade, das relações que se criam e que dão força e sentido para as ações. Nesse caso, o afeto pode ser considerado um elemento que fortalece, e muitas vezes condiciona o envolvimento e o protagonismo necessário para gerar uma mudança.



Empoderamento da comunidade

As mulheres pegaram as ferramentas e botaram a caixa abaixo, o DMLU apoiou, a igreja católica apoiou e hoje tem um canteiro no lugar. As pessoas da comunidade mesmo cuidam da praça. A praça hoje é lugar de socialização. É trabalho de formiguinha, mas faz a diferença. (Depoimento de entrevistado/a.)

Neste ponto, nossa intenção era ver, a partir das histórias analisadas, o que guiava as ações: se era principalmente o instinto, pela urgência em ter suas necessidades atendidas, ou a consciência dos seus direitos. Observamos, na origem dos episódios, essas duas dimensões (instinto e sentimento de cidadania), embora em alguns casos tenha ficado clara a preponderância do instinto em atender uma necessidade pontual sobre a apropriação de direitos (Restinga, Santa Rosa e Chácara da Fumaça, por exemplo). Pudemos identificar, inclusive, que em alguns casos, como na Bom Jesus e na Cruzeiro, houve uma tomada de consciência progressiva, criando-se na comunidade uma cultura de vigilância em relação aos seus direitos e de organização para isso, de forma que os episódios de ação descritos nesta pesquisa acabaram servindo de inspiração e impulsionando outras mobilizações.

Um aprendizado muito importante que podemos tirar dos casos é que a presença de resultados concretos fortalece o movimento e impulsiona para mais ação. Isso acontece, por exemplo, nos casos da Vila Cruzeiro e do Morro da Polícia. Outra ideia importante é a de que os episódios fortaleceram o empoderamento, tanto das comunidades quanto dos profissionais, principalmente naqueles casos onde houve conjunção entre comunidade e



profissionais na luta por melhorias na saúde, contemplando os interesses de ambos (Vila Cruzeiro, Bom Jesus e Vila Floresta, por exemplo).

Ética da solidariedade na prática profissional

Se nós permanecermos unicamente nesse papel de trabalhador da saúde, fica complicado. (Depoimento de um pesquisador no primeiro encontro participativo)

Neste ponto, nossa intenção foi ver como aparece, nos episódios pesquisados, o senso de solidariedade e compromisso como parte da atividade profissional. Perguntávamo-nos, também, se poderia existir senso de solidariedade em nível institucional ou se dependia sempre dos indivíduos e suas iniciativas. Nos episódios que estudamos, basicamente existiu senso de solidariedade em nível individual, visível na iniciativa de alguns profissionais. A liderança, a iniciativa, partiu do individual e foi mobilizando um grupo maior. Nesse caso, para que as ações florescessem, foi importante a postura institucional de não bloquear essas iniciativas, de abrir espaço para elas e acolhê-las. Em última instância, assim se criaram redes de solidariedade em torno dos episódios, envolvendo as instituições em um nível de respaldo. As ações aconteceram no coletivo, mas basicamente partiram de indivíduos. O senso de solidariedade pertence ao nível individual e não ao institucional. A instituição pode contribuir dando espaço para a criatividade e reconhecendo essas iniciativas como trabalho, como parte de uma missão institucional, incluindo-as na organização do processo de trabalho (como aconteceu no episódio do Morro da Polícia). No entanto, se



não existe senso de solidariedade em nível institucional, o que existe é o compromisso com a realização da política pública. Isso pode ser entendido como solidariedade em um nível mais amplo, no nível da sociedade. Portanto, identificamos, em nível individual, senso de solidariedade e, em nível institucional, compromisso com o cumprimento de direitos.

Outra situação que apareceu em alguns casos foi a confluência de interesses envolvendo profissionais e população, um tipo de “pacto”, que, somado ao senso de solidariedade, resultou em uma ação positiva (por exemplo, Bom Jesus e Floresta). Nas histórias, percebeu-se também o aprendizado do profissional em trabalhar com a comunidade, onde a solidariedade se expressa de outra forma, guiada pela necessidade que une e agrega.

A partir desses aprendizados, acreditamos que os profissionais de saúde devem desenvolver habilidades para trabalhar com as comunidades. É preciso aprender a trabalhar dessa forma, em contato direto com as pessoas, potencializando a heterogeneidade presente na comunidade. É um processo de aprendizagem constante de profissionais e de usuários. Nesse caso, as diferenças devem interagir de forma a fortalecer o processo de trabalho participativo, acolhendo as demandas da comunidade e gerando ação. Quanto aos formuladores de políticas, estes devem ouvir e considerar respeitosamente o que as pessoas têm a dizer. O espaço da educação permanente com os profissionais da saúde é propício para trabalhar essas questões.

Parece que os profissionais não têm uma formação que reforce a importância da participação comunitária. (Depoimento de um pesquisador no primeiro encontro participativo.)



A potência do conjunto dos episódios

Cronologicamente, podemos listar os episódios na seguinte ordem:

- 1985: Vila Floresta
- 1988: Vila Cruzeiro
- 1990: Bom Jesus
- 1996: Chácara da Fumaça
- 2002: Ponta Grossa
- 2003: Restinga
- 2008/2009: Morro da Polícia
- 2008/2009: Comunidade Kaingang da Lomba do Pinheiro
- 2008/2009: Murialdo
- 2008/2009: Santa Rosa

Analisando essa cronologia, percebe-se que o conjunto dos episódios transcorreu em um período de quase 25 anos, iniciando-se na época de franca redemocratização do país, no final dos anos 1980, quando a liberdade de manifestações comunitárias estava sendo resgatada depois de muitos anos de repressão pela ditadura militar. Era um momento em que, pode-se dizer, havia um “otimismo geral renovado”. A seguir, os episódios atravessaram a fase de desmonte de estruturas públicas – com a precarização do trabalho, terceirizações – decorrente da introdução do modelo de estado neoliberal nos anos 1990. Ao mesmo tempo, via-se um cenário de resistência a este modelo, com a implantação dos conselhos de saúde e fortes



incentivos à participação popular. Os episódios de ação pesquisados estenderam-se até um período onde havia maior compreensão do direito à saúde na primeira década dos anos 2000.

A fase de efervescência de expressões democráticas, com a adoção do Orçamento Participativo no município, a sequência da implantação do SUS no país, levando ao estabelecimento dos conselhos de saúde como arena de disputa das políticas públicas, foi, sem dúvida, o principal fio condutor que interligou os episódios estudados. Esse fio condutor estimulou a capacidade de reivindicar, gerando uma “onda” de mobilizações que alimentou a vontade de lutar por garantias e direitos sociais na cidade.

Nota-se que os primeiros episódios foram marcados por ações desencadeadas exclusivamente dentro das comunidades e protagonizadas por pessoas visceralmente comprometidas com as demandas locais, muitas delas por estarem experimentando *in loco* a falta de resposta suficiente às necessidades em saúde da região. Como foi o caso do episódio mais antigo, o da Vila Floresta, onde as pessoas envolvidas na ação pela saúde conjugavam sua condição de moradores e profissionais do serviço local de saúde.

É relevante destacar que, ao analisar o grau de relação entre os episódios, o ritmo com que aconteceram as interações sociais e comunitárias daquela época não pode ser comparado com o dos dias de hoje. Sem a telefonia celular, sem internet, e carregando ainda a lembrança do cenário recente de repressão, a articulação entre as comunidades locais para uma ação mais rápida e potente no nível municipal não aconteceu de forma sistemática. Os momentos de confluência das reivindicações, onde os líderes comunitários puderam discutir e conhecer em detalhe os problemas vividos por outras comunidades e



assim potencializar as suas demandas, começaram a ficar mais frequentes com a criação dos conselhos de saúde. Muitas das pessoas que foram protagonistas dos episódios eram participantes efetivos no Conselho Municipal de Saúde. Além disso, algumas comunidades localizadas em regiões próximas já vinham estabelecendo entre si um intercâmbio de aprendizagem independentemente da existência dos conselhos. Foi o caso do relato das lideranças comunitárias da Restinga, que mencionaram o interesse dos líderes locais em observar o que ocorria nas comunidades da Vila Cruzeiro, declarando abertamente que muitas das técnicas de pressão popular adotadas na Restinga eram fruto de aprendizados com os acontecimentos da Vila Cruzeiro. De qualquer forma, na medida em que os episódios se aproximaram dos anos 2000, houve mais espaço e condições tecnológicas ao alcance das pessoas para a divulgação das ações e articulação entre as próprias comunidades.

Quando o episódio da Vila Cruzeiro (a ocupação do PAM-3 em 1988) é analisado de forma individualizada, fica claro que este é um marco na história das lutas pela saúde, não só naquela região, mas para toda a cidade. Localmente, ele desencadeou um novo processo de organização daquela comunidade, pois a partir do êxito daquela ocupação, estabeleceu-se uma cultura de ação radical, pois as pessoas se sentiram empoderadas para atuações ainda mais sofisticadas, alcançando até mesmo o nível municipal. Foi o caso das ações que mobilizaram e aceleraram a própria implantação do Conselho Municipal de Saúde, influenciando muitas de suas decisões. Verificou-se assim que a projeção das lutas daquela comunidade no contexto municipal pode ter funcionado como catalisador, potencializando o conjunto dos episódios.



A renovação de líderes comunitários e o envolvimento dos profissionais nos processos de mobilização

As pessoas não participam por vários motivos, pois acham que vão escutar bobagens ou sempre a mesma coisa, mas é que o povo precisa pegar algo na mão, tem que ter concretude, senão fica difícil. (Depoimento de entrevistado/a.)

Com esta pesquisa, ficou evidente que, atualmente, há baixa renovação de lideranças comunitárias, com pouco envolvimento de pessoas mais jovens. Acreditamos que hoje existem novas formas de organização e de mobilização. O movimento feminista, o movimento negro e outros mais ativos hoje em dia aparecem transversalmente às ações em saúde. Os movimentos sociais estão em mutação, estão surgindo novas formas de enfrentamento do modelo capitalista e de suas consequências. Vale a pena lembrar-se da onda de protestos ocorrida no ano de 2013. Outra questão que pode estar prejudicando a renovação das lideranças é a influência de partidos políticos, que aparecem cooptando líderes, que passam a exercer poder em excesso, restringindo a participação de novas pessoas. Essa questão foi ilustrada, por exemplo, nos casos da Vila Floresta e Ponta Grossa. Com a análise dos resultados desta pesquisa, pensamos que é preciso manter o protagonismo das comunidades e dos movimentos sociais, preservando sua autonomia e potência para agir, a despeito da relação com os partidos, políticos e gestores.

Vemos que, hoje em dia, a mobilização dos jovens está sendo feita de outra forma (utilizando intensamente as redes sociais e os *blogs*, por exemplo), observando-se com frequência as causas minoritárias e questões culturais



e étnicas (movimento negro, por exemplo) como focos de luta. Outra possibilidade que surge para explicar a pouca participação dos jovens é a acomodação, pois em alguns dos casos estudados nesta pesquisa, após o episódio de ação comunitária, a situação da saúde melhorou no local, diminuindo as necessidades urgentes que mobilizariam as pessoas. No entanto, mesmo havendo necessidades urgentes, percebe-se uma desmobilização geral, relacionada, segundo os dados desta pesquisa, a um momento político com poucos resultados concretos satisfatórios para a saúde. Aliado a isso, a vida dos jovens trabalhadores hoje em dia é muito mais agitada que antigamente, de uma forma geral, as pessoas têm menos tempo. Ainda, quando há uma liderança muito ativa, as pessoas tendem a transferir a sua responsabilidade para essa pessoa.

Temos que garantir que as promessas
vão sair do papel. (Depoimento de
entrevistado/a.)

No início do orçamento participativo, houve um momento de esperança, que favoreceu o espaço de participação da comunidade e fortaleceu a mobilização nos anos 1990. Nos dias de hoje, existe uma enorme descrença na política, levando à crise e mutação dos movimentos sociais, que estão enfraquecidos e fragmentados, se comparados com os das décadas de 1970 e 1980 (período da redemocratização brasileira e do início da Reforma Sanitária). O espaço ocupado pelos movimentos populares tem sido esvaziado e ocupado de outra forma, observando-se a forte influência da religião e do tráfico de drogas, por exemplo. Com isso, líderes religiosos e traficantes ocupam papéis muito fortes, trazendo as consequências conhecidas que esse processo produz nas comunidades e nas cidades.



Os processos de participação social têm grande capacidade para formar novos líderes, porém, os espaços formais, como o orçamento participativo e os conselhos de saúde, estão em grande medida esvaziados ou ocupados pelas mesmas pessoas, sem a renovação esperada. É preciso analisar por que os espaços de participação não estão atraindo novas e mais pessoas. Os mecanismos de participação construídos são fundamentais, mas esses espaços também estão em disputa constante na territorialização municipal da saúde.

Institucionalização do processo de organização comunitária

Os episódios de ação pela saúde não escaparam das influências da institucionalização da participação comunitária que aconteceu no período pesquisado. Mesmo assim, em vários deles, viu-se que, quando o espaço instituído não funcionava, as comunidades organizadas nas diversas regiões da cidade criavam seus próprios meios e canais de pressão, à parte de qualquer tentativa de institucionalização, representada pelos conselhos de saúde (conquistas da implantação do SUS), pelo orçamento participativo (implantado pela gestão municipal da época) ou pelas próprias associações de moradores.

Nota-se claramente que os episódios desencadeados nos anos 1980 foram basicamente originados no seio das associações de moradores. Já os episódios seguintes, a partir da década de 1990, encontraram um cenário de disseminação dos fóruns institucionalizados de participação, principalmente o orçamento participativo e os conselhos de saúde. Nos episódios do último período (anos 2000), a institucionalização da participação comunitária já estava



bem consolidada, a ponto de muitas instâncias formais de participação se aliarem a instituições de defesa dos direitos sociais, como foi o caso das alianças entre Conselho Municipal de Saúde e Ministério Público, ilustrada, por exemplo, no caso da Vila Santa Rosa.

O orçamento participativo municipal implantado no final dos anos 1980, não foi só uma forma de estímulo à participação das comunidades, mas também foi um modo de reger e até de engessar as ações, responsabilizando as comunidades por suas escolhas. Já os conselhos de saúde puderam funcionar como um incentivo para a atuação de muitos profissionais da saúde que, sem terem uma tradição de envolvimento espontâneo nas lutas sociais, pelo menos encontraram ali um espaço possível para agir. Exceção foi o caso dos profissionais do episódio da Vila Floresta, que, mesmo antes da existência dos conselhos, já atuavam, por iniciativa própria, nas ações pela saúde de sua comunidade. Contudo, nos anos de consolidação dos conselhos de saúde como espaço institucional e pretensamente democrático de disputas, a própria institucionalidade acabou atropelando muitas das chances de participação dos profissionais da saúde, pois induziu a uma “profissionalização” da participação. A atuação dos profissionais da saúde, que deveria acontecer puramente como forma de expressão de sua cidadania, ficou burocratizada e regrada por questões trabalhistas. Essa profissionalização se materializou na compensação das horas gastas pelos profissionais em reuniões de conselhos por horas a menos de trabalho destes profissionais em assistência à saúde. Quando essa compensação foi interrompida, a participação dos profissionais despencou. Por isso, com ou sem institucionalização da participação, viu-se que as alianças feitas entre as comunidades protagonistas dos episódios e os profissionais da saúde foram primordialmente pautadas pelo interesse da comunidade, apesar de haver, em vários



casos, uma conjunção de interesses. E quando a comunidade não encontrou guarida nos profissionais, deixou estes de lado e se lançou sobre outras fontes de influência ou poder.

Ao longo do período estudado, as comunidades foram, por iniciativa própria, identificando as prováveis fontes de poder decisório para solução das suas demandas e foram agindo diretamente sobre elas, a fim de aumentar a chance de sucesso dos seus pleitos. Em certos momentos, a fonte de poder decisório se concentrou dentro dos próprios conselhos de saúde, principalmente do conselho municipal. Então, para lá migraram os atores das ações. É o que descreve bem o episódio da Vila Floresta, onde as lideranças deixaram de atuar dentro das associações de moradores para fortalecer sua participação nos conselhos. Já a comunidade do Morro da Polícia, que mesmo dispondo de moradores politizados e “guerreiros”, não viu a oportunidade de beneficiar-se com a participação comunitária institucionalizada, já mais bem sedimentada na época daquele episódio. Isso demonstra o grau de exclusão daquela comunidade, que dependeu da iniciativa de gestores e trabalhadores da saúde para se engajar no processo de recuperação ambiental de sua área. Não obstante este fato, o sucesso da aliança construída entre as estruturas municipais da saúde e as lideranças do Morro da Polícia foi exemplar, garantindo a sobrevivência do projeto e o alcance das melhorias desejadas.

Foi interessante observar que, em vários casos relatados, as comunidades perceberam que poderiam obter mais sucesso fora dos espaços institucionalizados, ou seja, agiram sobre a mídia e foram para as ruas fazer manifestações, promovendo até “sequestros”, como foi o caso da comunidade indígena da Lomba.

As migrações e oscilações da participação entre os diversos espaços institucionalizados podem ter tido um efeito de desarticulação das comunidades e de consequente



diluição de forças na conquista de algumas demandas. De qualquer forma, mesmo considerando o efeito de alguma desarticulação, os inúmeros espaços legalmente institucionalizados de organização e participação comunitária na saúde foram a garantia do direito à voz a todas as comunidades, direito antes sonogado por gestores públicos, sem o compromisso de darem maiores explicações.

Embora os relatos dos episódios tenham mostrado que os fóruns institucionalizados não foram os únicos meios para desencadear ou promover a mobilização comunitária, não se pode negar que esses espaços formais oportunizaram, no mínimo, a discussão e a divulgação das ações, e que foram além, servindo, por exemplo, de veículo de participação de setores que antes não costumavam disputar nos debates da saúde pública, como é o caso dos prestadores de serviço e das entidades de classe.

Um ponto que poderia ter sido aprofundado nas entrevistas, pois também diz respeito à institucionalização da participação, é o grau de representatividade dos conselheiros e a responsabilização destes perante suas respectivas comunidades. Sendo esta uma atuação de caráter voluntário, e tendo a nossa sociedade uma cultura de maneira geral clientelista, muitas vezes a motivação para participar das ações pode originar-se a partir de necessidades e interesses individuais, o que gera distorções na representação da comunidade. Mesmo assim, viu-se nos episódios que a institucionalização da participação comunitária, materializada na figura dos conselhos de saúde, foi benéfica para o desenvolvimento da politização e do senso crítico de muitos participantes das ações pesquisadas, tendo sido relatadas inúmeras oportunidades de aprendizado e crescimento que aquelas comunidades tiveram por meio dos conselhos de saúde, o que alimentou em muitos o ânimo para novas mobilizações.





CONSIDERAÇÕES FINAIS

As estratégias prioritárias são: investir na auto-organização, no empoderamento e não vendo a comunidade como local para intervenção e sim como sujeito da sua própria transformação. (Depoimento de uma observadora no primeiro encontro participativo.)

Em resumo, o conjunto de episódios estudado nesta pesquisa nos demonstra o seguinte:

- Cada episódio estava inserido em um contexto histórico. Fatores como um momento político de maior efervescência, o surgimento do SUS e a criação de espaços para a participação da comunidade nas questões de saúde, foram determinantes em alguns dos casos relatados. Porém, a precarização dos serviços de saúde em um momento seguinte também gerou mobilização.

- A fase de efervescência de expressões democráticas, com a adoção do Orçamento Participativo no município, a sequência da implantação do SUS no país, levando ao estabelecimento dos conselhos de saúde como arena de disputa das políticas públicas, foi, sem dúvida, o principal fio condutor que interligou os episódios de ação comunitária pela saúde estudados nesta pesquisa.
- O contexto de fragilidade da gestão, sua distância e difícil comunicação com a população, foi um fator que gerou mobilização (para enfrentar essa dificuldade), mas que também causou desmobilização (por não se vislumbrarem muitas possibilidades de resolução dos problemas).
- Em alguns episódios, a abertura e a receptividade da gestão às expressões comunitárias foram identificadas como elementos facilitadores, contribuindo significativamente para o êxito das ações. Para que as ações florescessem, foi importante a postura institucional de não bloquear iniciativas vindas da comunidade. Portanto, é importante construir esses espaços, reivindicar para que eles existam cada vez mais no ambiente da gestão.
- Em muitos episódios, foi possível identificar uma conjunção entre comunidade e profissionais em torno de objetivos comuns, resultando em uma certa coesão que fortalecia a mobilização.
- As ações relacionadas diretamente ao acesso aos serviços de saúde serviram como disparadoras para ações mais amplas, envolvendo os determinantes sociais da saúde. O setor saúde pode exercer uma importante liderança na condução de ações intersetoriais.



- Podemos evidenciar a importância da motivação individual, pois empodera e tem o potencial de gerar uma mobilização em prol do direito à saúde. As ações aconteceram no coletivo, mas basicamente partiram de indivíduos.
- O senso de solidariedade demonstrou ser pertencente ao nível individual e não ao institucional.
- Observamos a importância de melhorar a integração entre os diferentes níveis de gestão, para que as demandas locais não se enfraqueçam, nem se percam no caminho até o nível central, e para que as respostas possam ser geradas oportuna e apropriadamente.
- No encontro entre indivíduos e instituição, destaca-se a importância da formação de vínculos; o afeto pode ser considerado um elemento que fortalece, e muitas vezes condiciona, o envolvimento e o protagonismo necessário para gerar uma mudança, mesmo em nível institucional.
- No contexto de uma mobilização, a presença de resultados concretos fortalece o empoderamento e impulsiona para mais ação.
- Os profissionais de saúde devem desenvolver habilidades para trabalhar com as comunidades. É um processo de aprendizagem constante, tanto de profissionais como de usuários. Quanto aos formuladores de políticas, estes devem ouvir e considerar respeitosamente o que as pessoas têm a dizer. O espaço da educação permanente é propício para trabalhar essas questões.



- Há pouca renovação de lideranças comunitárias, com pouco envolvimento de pessoas mais jovens atualmente. Acreditamos que hoje existem novas formas de organização e de mobilização, ligadas às redes sociais, por exemplo.
- Alguns relatos demonstraram que existe partidização ou cooptação partidária de líderes comunitários. Diante disso, é preciso manter o protagonismo das comunidades e dos movimentos sociais, preservando sua autonomia e potência para agir, a despeito da relação com os partidos, políticos e gestores.
- Os inúmeros espaços legalmente institucionalizados de participação comunitária na saúde foram responsáveis pela garantia do direito à voz a todas as comunidades. Apesar de eventualmente questionarmos a sua legitimidade, não se pode negar que esses espaços formais oportunizaram, no mínimo, a discussão e a divulgação das ações. A institucionalização da participação comunitária, materializada na figura dos conselhos de saúde, foi benéfica para o desenvolvimento da politização e do senso crítico de muitos participantes das mobilizações pesquisadas.
- É necessário concluir enfatizando a importância que o exercício da cidadania desempenha na garantia do direito à saúde para todos e todas.





REFERÊNCIAS

ALENCAR, H.H.R. de. Educação permanente no âmbito do controle social no SUS: a experiência de Porto Alegre - RS. **Saude soc.**, São Paulo, v. 21, supl. 1, maio 2012.

ARAI, V.J. **Análise de um processo participativo na experiência de implantação de um projeto município saudável.** São Paulo: Faculdade de Saúde Pública, Universidade de São Paulo, 2002. Dissertação de mestrado.

BARKER, M.; KLOPPER, H. Community participation in primary health care projects of the Muldersdrift Health and Development Programme. **Curatiosis**, v. 30, n. 2, p. 36-47, jun. 2007.

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

BERMEJO A.; BEKUI A. Community participation in disease control. **Soc. Sci. Med.**, v. 36, n. 9, p. 1145-50, May 1993.

BOSI, M.L.M. Cidadania, participação popular e saúde na visão dos profissionais do setor: um estudo de caso na rede pública de serviços. **Cad. Saúde Públ.**, Rio de Janeiro, v. 10, n. 4, p. 446-456, out/dez. 1994.

CENTRO Murialdo reabre, mas problemas persistem. **Correio do Povo**, Porto Alegre, 2 ago. 2008.

CEPERO, R. et al. Capacidad comunitária en beneficio de promover salude en la colectividad. **Revista Cubana Md Gen Integ**, Ciudad de La Habana, v. 23, n. 3, sept. 2007.

CHIMERE-DAN G.C. Community involvement in health development in post-apartheid South África. **The International Journal of Health Planning and Management**, v. 7, n. 4, p. 287-297, Oct. 1992.

COELHO, M.O. et al. Participação social na atenção básica à saúde: concepções e práticas dos usuários e trabalhadores do Programa Saúde da Família. **Rev. APS**, v. 12, n. 4, p. 448-458, out/dez. 2009.

COSTA, A.M. Participação social na conquista das políticas de saúde para mulheres no Brasil. **Ciênc. saúde coletiva**, Rio de Janeiro, v.14, n.4, p.1073-1083, ago. 2009.

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



DIAS, J.C.P. Problemas e possibilidades de participação comunitária no controle das grandes endemias no Brasil. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 14, Sup. 2, p. 19-37, 1998.

GROMPONE, R. **Criterio para el diagnostico y seguimiento de la participación comunitária en salud en los distritos del Cone Sur de Lima**. S.l.: s.n., 1988.

_____. **Participación de la comunidad, gobiernos locales y política de salud**: El caso de los distritos del Cone Sur de Lima. 1987.

GUIZARDI, F. L.; PINHEIRO, R. Quando dádiva se transforma em saúde: algumas questões sobre a integralidade e o cuidado nas relações entre sociedade e Estado. In: PINHEIRO, R.; MATTOS, R. A. (Org.). **Cuidado**: as fronteiras da integralidade. Rio de Janeiro: UERJ,/CEPESC/Abrasco, 2008. p. 39-58.

HANCOCK, L. et al. Community action for health promotion: a review of methods and outcomes 1990-1995. **Am. J. Prev. Med.**,v. 13, n. 4, p. 229-39, Jul./Ago. 1997.

HEVIA RIVAS, P. Participación de la comunidad en la atención primaria de salud. **Bol. Inst. Interam. Niño**, v.59, n. 224, p. 41-8, jul. 1985.

HILLS, M.; MULLETT, J.; CARROLL, S. Community-based participatory action research: transforming multidisciplinary practice in primary health care. **Rev. Panam. Salud Publica**, v. 21, n. 2-3, p. 125-35, 2007.



HISTÓRIA dos bairros de Porto Alegre. Porto Alegre: 2016. Disponível em: <http://www2.portoalegre.rs.gov.br/spm/default.php?p_secao=128>. Acesso em: 4 jul. 2016.

INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA.
Censo demográfico 2010. Rio de Janeiro, 2011.

JOBIM, D.J. dos S. **Movimento popular da Grande Glória.** Porto Alegre: Unidade Editorial EU/Secretaria Municipal da Cultura,1999. (Série depoimentos.)

KAIM, B. Who are we to care? Exploring the relationship between participation, knowledge and power in health systems.**Training and Research Support Centre,** Zimbabwe, 2013.

KALIPENI, E.; KAMLONGERA, C.The role of “Theatre for Development” in mobilising rural communities for primary health care: the case of Liwonde PHC Unit in Southern Malawi. **J SocDev Afr.**, v. 11, n. 1, p. 53-78, 1996.

LAUGHLIN , M. **The Care Group Difference:** a guide to mobilizing community-based volunteer health educators. Baltimore, 2010.

MACCORMACK, C.P. Community participation in primary health care.**TopDoct.**,v. 13, n. 2, p. 51-4, Apr.1983.

MCHUNU, G.G.; GWELE, NS.The meaning of community involvement in health: the perspective of primary health care communities. **Curationes**, v. 28, n. 2, p. 30-37, May 2005.

MORADORES exigem que o município assuma Murialdo. **Correio do Povo,** Porto Alegre, 2 ago. 2008.



MURIALDO será municipalizado. **Correio do Povo**, Porto Alegre, 17 jan. 2009.

NICARÁGUA. Ministério de Acción Social.
**Guía Metodológica de planificación participative/
Methodological guide for participative planification.**
Managua: Ministerio de Acción Social/UNICEF, 1996.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DE SAÚDE. **Declaração de Alma-Ata.** Conferência Internacional sobre Cuidados Primários de Saúde. Alma-Ata, URSS, 6-12 set. 1978.

PÉREZ, D. et al. Community participation in Aedesaegypti control: a sociological perspective on five years of research in the health area “26 de julio”, Havana, Cuba. **Tropical Medicine & International Health**, v. 12, p. 664-672, 2007.

PEOPLE’S HEALTH MOVEMENT. **Global Health Watch 2: an alternative world health report.** London: Books, 2008.

PORTO ALEGRE. Conselho Municipal de Saúde. **1992-2012: 20 anos de lutas e realizações no exercício do controle social do SUS.** Porto Alegre, 2012.

PREFEITO pede a municipalização do centro de saúde. **Correio do Povo**, Porto Alegre, 9 out. 2008.

RIJI, H.M. Adopting the primary health care approach in malaria control in Malaysia: lessons in community participation. **Southeast Asian J Trop Med Public Health**, v. 23, Suppl. 1, p. 18-22, 1992.



SANTOS, F.R.R.; WENDHAUSEN, A. As práticas de participação popular na Estratégia de Saúde da Família (ESF): fatores potencializadores e limitantes. **Fam. Saúde Desenv.**, Curitiba, v.5, n.3, p.185-192, set./dez. 2003.

SANTOS FILHO, E.T.; GOMES, Z. M. S. Estratégia de controle da tuberculose no Brasil: articulação e participação da sociedade civil. **Rev. Saúde Pública**, v. 41, Supl.1, p. 111-116, 2007.

TANNER, M. et al. Community participation within a primary health care programme. **Trop Med Parasitol.**, v. 37, n. 2, p. 164-7, Jun. 1992.

TATAR, M. Community participation in health care: the Turkish case. **Soc. Sci. Med.**, v. 42, n. 11, p. 1493-500, Jun. 1996.

TENN, L. et al. Getting the community involved in developing a PHC curriculum in Tonga. **Int. Nurs Rev.**, v. 41, p. 5, p.141-7, Sep./Oct. 1994.

TUMWINE, J. Health centres. Involving community. **Health Action**, v. 4, n. 8, Mar-May 1993.

VAIDYA, A.; PRADHAN, B. Community participation in health: a brief review and the experience of Kathmandu Medical College with de Duwakot community. **Kathmandu Univ. Med. J.**, v. 6, n. 24, p. 526-32, Oct./Dec., 2008.

VÁZQUEZ, M.L. et al. Participação social nos serviços de saúde: concepções dos usuários e líderes comunitários em dois municípios do nordeste do país. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 19, n. 2, p. 579-591, 2003.





APÊNDICE

Ficha de Resumo dos Episódios de Ação Comunitária em Saúde

Nome do episódio
Atores envolvidos em geral
Período: referir as datas importantes
Descrição do episódio 1.Contexto (~100 palavras) 2.Ação(~200 palavras) 3.Resultado em saúde (~200 palavras)

Descrição do grau e tipo de envolvimento/apoio dos profissionais da saúde no episódio
Potencial do episódio para aprendizagem (dar uma nota de 1 a 3, conforme relevância/interesse para pesquisa/investigação e aprendizagem): 1.Pouco relevante 2.Relevante 3.Extremamente relevante: Nota: Justificativa:
A mobilização no momento atual
Referências para documentação complementar
Palavras-chave
Confidencialidade e eventuais questões sobre privacidade, ética e segurança
Nome e contatos (de quem coletou o episódio)
Fontes da informação (tipo de informante, ex: líder comunitário, profissional de saúde, pessoas da comunidade, etc.)





ORGANIZADORAS

Camila Giugliani: Médica de Família e Comunidade, Professora do Departamento de Medicina Social, Faculdade de Medicina da Universidade Federal do Rio Grande do Sul (UFRGS), Movimento pela Saúde dos Povos.

Cristianne Maria Famer Rocha: Professora da Graduação e Pós-Graduação em Saúde Coletiva, Universidade Federal do Rio Grande do Sul (UFRGS), Movimento pela Saúde dos Povos.

Denise Antunes: Odontóloga da Secretaria Municipal de Saúde de Porto Alegre, Movimento pela Saúde dos Povos.

Eliane Teixeira Flores: Odontóloga, membro da Associação Brasileira de Saúde Bucal Coletiva, Movimento pela Saúde dos Povos.

Kátia Cesa: Odontóloga, membro da Associação Brasileira de Saúde Bucal Coletiva, Movimento pela Saúde dos Povos.

Patrícia Genro Robinson: Psicóloga, Escola de Saúde Pública da Secretaria Estadual de Saúde do Rio Grande do Sul (ESP-SES/RS), Movimento pela Saúde dos Povos.



COLABORADORES

Camilo Darsie de Souza: Professor do Departamento de História e Geografia da Universidade de Santa Cruz do Sul (UNISC). Realizou a revisão de literatura.

David Legge: Professor da La Trobe University, em Melbourne, Austrália, Membro do Grupo Coordenador Global do Movimento pela Saúde dos Povos, Participou da concepção da pesquisa, da redação do projeto, do primeiro encontro participativo e da análise dos episódios.

Maura Belomé da Silva: Bacharel em Saúde Coletiva, Secretaria Estadual de Saúde do Rio Grande do Sul, Movimento pela Saúde dos Povos. Participou da redação do livro.

Patrícia Maria Bairros Thomas: Médica de Família e Comunidade, Secretaria Municipal de Saúde do Rio de Janeiro, Movimento pela Saúde dos Povos. Participou da análise e dos encontros participativos.

Sílvia Giugliani: Psicóloga, Secretaria de Vigilância em Saúde do Ministério da Saúde, Movimento pela Saúde dos Povos. Participou da análise e dos encontros participativos.



Publicações da Editora Rede UNIDA

Séries

Clássicos da Saúde Coletiva

Micropolítica do Trabalho e o Cuidado em Saúde

Arte Popular, Cultura e Poesia

Interloquções: Práticas, Experiências e Pesquisas em Saúde

Atenção Básica e Educação na Saúde

Saúde Coletiva e Cooperação Internacional

Vivências em Educação na Saúde

Cadernos da Saúde Coletiva

Economia da Saúde e Desenvolvimento Econômico

Saúde & Amazônia

Periódicos

Revista Saúde em Redes

Revista Cadernos de Educação, Saúde e Fisioterapia

editora



redeunida

www.redeunida.org.br