

DAIANA APARECIDA MOREIRA ULHOA

IMPORTÂNCIA DA PARTICIPAÇÃO POPULAR NAS AÇÕES DE SAÚDE

Trabalho de Conclusão de curso apresentado ao curso de Especialização em Atenção Básica em Saúde da Família, Universidade Federal de Minas Gerais, para obtenção do Certificado de Especialista.

Orientadora: Professora Ana Cláudia Porfírio Couto.

**UBERABA / MINAS GERAIS
2012**

DAIANA APARECIDA MOREIRA ULHOA

IMPORTÂNCIA DA PARTICIPAÇÃO POPULAR NAS AÇÕES DE SAÚDE

Trabalho de Conclusão de curso apresentado ao curso de Especialização em Atenção Básica em Saúde da Família, Universidade Federal de Minas Gerais, para obtenção do Certificado de Especialista.

Orientadora: Professora Ana Cláudia Porfírio Couto.

Banca Examinadora

Prof^a.: Ana Cláudia Porfírio Couto - Orientadora

Prof^a.: Fernanda Magalhães Duarte

Aprovada em Belo Horizonte 03/ 03/ 2012

DEDICATÓRIA

Ao meu marido, Welber, e ao meu filho, Lorenzo, que sempre estiveram presente no decorrer de todo o curso, apoiando-me e ensinando-me a superar obstáculos.

Aos meus Pais e irmãos que sempre estiveram ao meu lado incentivando-me fazendo com que lutasse por meus ideais.

A equipe de Saúde Bela Vista e Cruzeiro do Sul, do município de Prata, as quais contribuíram para o meu crescimento profissional e pessoal.

Aos colegas da Policlínica e Secretaria Municipal de Saúde de Prata que estiveram presente durante o período que coordenei a Atenção Primária no Município de Prata.

A minha orientadora, Ana Claudia Porfírio Couto, que mesmo sem conhecê-la, pessoalmente, transmitiu compromisso e responsabilidade com o que faz. Sempre esteve presente quando precisei, foi coerente, objetiva e resolutiva em minhas dúvidas. Muito obrigada, por ter participado na minha vida neste momento. Acredito que nada e ninguém passam em nossas vidas por acaso, tudo tem uma razão de ser.

AGRADECIMENTO

Agradeço ao meu marido, **Welber**, que nunca mediu esforços para estar nas viagens para as aulas presenciais, muitas vezes cansativas após longas jornadas de trabalho. Meu amigo, meu companheiro, meu amor que esteve do meu lado desde o início do curso, na entrevista para a seleção, até a conclusão do mesmo. Por ajudar-me a entender o funcionamento do computador quando não tinha mais paciência com o mesmo. Obrigada por fazer parte de todos os momentos da minha vida.

Agradeço ao meu filho, **Lorenzo**, que me ensinou o valor da vida, do amor verdadeiro, que me mostrou novo sentido na vida, que me fez crescer e valorizar cada gesto, cada sorriso, cada olhar. Ensinou-me, até mesmo, humanizar o meu atendimento na Unidade de Saúde com os pacientes e funcionários. A cada momento que chega uma gestante ou mãe com criança de colo imagino o quanto estas precisam de apoio, então me coloco no lugar das mesmas humanizando o atendimento, foi meu filho que ampliou e despertou desta sensibilidade em mim. Agradeço toda sabedoria, que mesmo tão pequenino, me ensinou, e que hoje é lição de vida, é a minha vida.

RESUMO

Este trabalho apresenta a importância da participação popular nas ações de saúde. Quanto às reivindicações, destacamos aquelas voltadas por melhores condições de saúde, exigindo assistência, acessibilidade, integralidade e universalidade de qualidade a todos. Na oitava Conferência Nacional de Saúde, em 1986, foi colocada em discussão a insatisfação popular. A conferência somou forças com a participação popular e criou as bases para que a saúde fosse garantida constitucionalmente em 1988, a partir deste momento, esta passa a ser direito de todos e cria-se o Sistema Único de Saúde (SUS). Fica, também, estabelecido em leis os princípios e diretrizes do SUS. O trabalho tem o objetivo de propor estratégias para a participação da população nas ações de saúde e como esta pode ser realizada afim de contribuir para a construção de uma saúde de qualidade. Como metodologia foi realizado levantamento bibliográfico. Diante das transformações e reorganização do modelo de saúde surge o Programa de Agente Comunitário de Saúde e posteriormente o Programa Saúde da Família, com o propósito de fortalecer os princípios e diretrizes do SUS, além de contribuir para o novo modelo de saúde. Neste contexto visualizamos a importância do controle social, pois a partir deste faremos parte da construção da saúde. Diante do exposto, verificou-se que não é possível pensar em saúde sem participação popular. O controle social, está garantido constitucionalmente desde 1988 e reforçou sua importância nas leis orgânicas da saúde, por meio da criação dos conselhos e conferências de saúde. O PSF estimula a participação popular, principalmente, quando trabalhamos a educação em saúde, por meio de ferramentas valiosas como: grupos, promoção de salas de espera, palestras, visitas domiciliares e outros. A participação popular faz-se importante pois contribui para o melhor funcionamento da saúde à medida que possibilita a otimização do planejamento das ações, promoção do auto cuidado, fortalecimento dos princípios e diretrizes do SUS e outros. Assim, temos a possibilidade de colocar em prática a assistência de saúde de qualidade e promover uma vida coletiva saudável, procurando por fatores que são essências para a saúde, bem como a forma de atuar sobre eles.

Palavra chave: Participação Popular; Programa Saúde da Família; Sistema Único de Saúde

ABSTRACT

This work shows the importance of community participation in health activities. Claims, we can point those designed for better health conditions, requiring care, accessibility, comprehensiveness, universality and quality for everybody. In the eighth National Health Conference in 1986, was put into question the popular dissatisfaction. The conference joined forces with popular participation and created the foundations for health in 1988 was constitutionally guaranteed, from this moment on, it happens to be right for everyone and creates the Unified Health System (UHS). It is also established in law the principles and guidelines of the UHS. The paper aims to propose strategies for public participation in health care and how this can be accomplished in order to contribute to building a quality health care. The methodology was conducted literature. With the facts of transformation and reorganization of health arises Agent Program Community Health and later the Family Health Program, with the purpose of strengthening the principles and guidelines of the UHS, and to contribute to the new model of health. In this context, can we see the importance of social control, because we will be part of the construction of health. So, in this context, we found that it is not possible to think of health without popular participation. Social control is constitutionally guaranteed since 1988 and reinforced its importance in the Organic Laws of Health, through the creation of health councils and conferences. The PSF encourages participation, especially when it works in Health Education through valuable tools such as groups, promotion of waiting rooms, conferences, home visits and others. Popular participation is important because it contributes to the better functioning of health as possible to optimize the planning of actions, promotion of self care, strengthening the principles and guidelines of the UHS and others. So, we have the opportunity to put into practice the health care quality and promote a healthy social life, looking for factors that are essential for health, as well as how to act on them.

Keyword: Community Participation; Agent Program Community; Unified Health System

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO	9
2 METODOLOGIA	11
3 DESENVOLVIMENTO	12
3.1 HISTÓRIA DA DEMOCRATIZAÇÃO, PARTICIPAÇÃO POPULAR E O NASCIMENTO DO SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE	12
3.2 LEIS ORGÂNICAS DA SAÚDE	14
3.3 PROGRAMA SAÚDE DA FAMÍLIA	17
3.4 BENEFÍCIOS DA PARTICIPAÇÃO POPULAR	18
3.4.1 PLANEJAMENTO PARTICIPATIVO	18
3.4.2 AUTO CUIDADO	20
3.4.3 FORTALECIMENTO DOS PRINCÍPIOS DO SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE	21
3.5 FERRAMENTAS PARA PARTICIPAÇÃO POPULAR NAS AÇÕES DESENVOLVIDAS NAS UNIDADES DE SAÚDE DA FAMÍLIA	23
4 CONCLUSÃO	27
REFERÊNCIAS	29

1 INTRODUÇÃO

A participação popular nas ações de saúde é historicamente recente, tendo suas bases concretas e legais na constituição de 1988, no artigo 198 o qual expõe que o Sistema Único de Saúde (SUS), tem como uma de suas diretrizes a participação da comunidade (BRASIL (6), 2000).

As ações populares junto ao serviço de saúde foram detalhadas nas leis 8080 e, em especial, na lei 8142, publicadas em 1990, esta dispõe da participação da comunidade nas ações de saúde, criando os Conselhos de Saúde e Conferências de Saúde. A elaboração de leis que garantem a participação popular trouxe maior legitimidade e autonomia para aqueles que participassem do processo de saúde (BRASIL (6), 2000).

Relatos de histórias internacionais mostram que, a participação popular constitui um grande avanço na democratização, bem como um eixo na organização das instituições responsáveis pelas políticas sociais. Em nosso país a participação popular constituiu e constitui um dos alicerces essenciais na arquitetura do SUS.

Legalmente, a participação se dá através dos Conselhos de Saúde, que atuam na formulação de estratégias e no controle da execução da política de saúde, e das conferências de saúde as quais propõem ou indicam ações e políticas que devem acontecer a cada quatro anos.

A participação popular não acontece apenas nos Conselhos de Saúde e nas Conferências de Saúde, ela ocorre também no dia - a - dia do trabalho, com o Agente Comunitários de Saúde, em comunidade, ampliando o acesso a informação e orientações de cuidados, discussão dos problemas de saúde na comunidade e as soluções possíveis.

Atualmente, observa-se que o novo modelo de saúde, baseado nos determinantes sociais e não no modelo curativista, tem como uma de suas características a participação social, isso vai de encontro às políticas de saúde vigente, baseada fortemente na Atenção Primária, estruturada como porta de entrada no sistema de saúde. O Programa de Saúde da Família é uma estratégia para organizar este fluxo e, além disso, ele apresenta toda a estrutura para ampliar, melhorar e fortalecer a participação popular.

Portanto, diante do exposto acima, a participação popular nas ações de saúde faz-se importante para formular estratégias e planejamento nas ações de saúde, contribui para exercer o direito da cidadania; fortalece o princípio da equidade, bem como os demais princípios e diretrizes dos SUS contribuem para promover o auto-cuidado. A união de todos estes benefícios faz com que melhore o serviço de saúde, promovendo melhor qualidade de vida, conseqüentemente fazendo com que o processo de humanização esteja presente nas ações de saúde.

O presente trabalho tem como objetivo, verificar através de revisão de literaturas as estratégias para melhorar a participação da população nas ações de saúde, além de orientar como esta participação pode acontecer.

A abordagem do trabalho foi motivada por observar que nas Unidades de Saúde da família no município no qual trabalho Prata – MG, que, apesar de ter boa estrutura, bom planejamento e apresentar nas ações de atividades em grupo, que geram oportunidades para a participação popular, ainda é pouco a adesão da comunidade. Com isso foi realizado o levantamento bibliográfico fim de buscar os benefícios da participação popular para melhorar e ampliar o funcionamento de saúde.

2 METODOLOGIA

Foi realizado levantamento bibliográfico, em meios eletrônicos, revistas, artigos, livros, jornais que abordavam a temática trabalhada. O material analisado foi dos últimos dez anos. Foi utilizada como palavras chaves: Participação comunitária, Programa Saúde da Família e Sistema Único de Saúde (SUS).

3 DESENVOLVIMENTO

3.1 HISTÓRIA DA DEMOCRATIZAÇÃO, PARTICIPAÇÃO POPULAR E O NASCIMENTO DO SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE

Democracia, de acordo com Ximenes (2000, p.288): “É o governo exercido pelo povo. Doutrina ou regime político baseado na constituição dos poderes governamental e legislativo por meio do voto popular”. Assim, o processo de democratização está diretamente relacionada com o poder que a população tem em atuar nos processos decisórios. No entanto, os avanços democráticos é fruto das lutas populares, sindicalistas e socialistas.

As lutas por conquistas democráticas está presente em vários setores, como: processos eleitorais, guerras em busca de direitos, como: das mulheres, sindicalistas, melhores condições de trabalho, e outras. Assim observa-se que as lutas vêm de encontro a uma consolidação do pensamento social, os quais buscam melhorias em prol de uma coletividade. No que diz respeito ao controle social, o setor saúde merece destaque neste processo (BAHIA, MALTA, [s/d]).

No decorrer do século XX, as políticas de saúde em nosso país passaram por profundas transformações com relação à organização e a assistência. Existia um assistencialismo simplório, de organização precária, com o modelo hospitalocêntrico, centrado na figura do médico, para um modelo de amplo direito à saúde, o qual passa a ser universal e igualitário (MENDES, 2002 apud MINAS GERAIS, 2008).

De acordo com (BRASIL (6), 2000) estas conquistas são fruto da reorganização do Serviço de Saúde, juntamente, com a participação popular. Historicamente, a saúde no Brasil nasce e se organiza vinculada ao mundo do trabalho assim, aqueles que não possuíam carteira assinada eram marginalizados, no acesso a saúde, tendo que procurar assistência, principalmente nas Santas Casas.

Após inúmeras lutas, nacionais e internacionais a saúde foi conquistando o seu espaço no meio social, destacamos a Oitava Conferência Nacional de Saúde. A partir de comissões envolvidas nesta conferência, começa-se a moldar leis que garantem constitucionalmente o acesso à saúde a todos, independente do vínculo trabalhista (BRASIL(6), 2000).

É neste processo de insatisfação e descontentamento da população em relação aos direitos de cidadania, que começa a nascer o Sistema Único de Saúde. A partir deste sentimento, vários profissionais da saúde e outros representantes da esfera social, iniciam nas décadas de 1970 e 1980 o Movimento de Reforma Sanitária, com o objetivo criar um

novo Sistema Público de Saúde para solucionar inúmeros problemas de saúde da população e pela idéia de que todos têm direito à mesma (NUNES, [s/d]).

Assim, o Sistema Único de Saúde, SUS, foi criado na constituição de 1988, destinado a todo o público brasileiro. O marco histórico para a introdução da seção da saúde na constituição foi, de fato, a Oitava Conferência Nacional de Saúde, a primeira conferência aberta para toda a sociedade, caracterizando como um dos fatores de maior relevância no Movimento de Reforma Sanitário (BRASIL, (6)2000).

No que diz respeito à constituição de 1988, (Brasil (2) 1988, p. 83) fica especificado na seção II da saúde, artigo 196:

A saúde é direito de todos e dever do Estado, garantido mediante políticas sociais e econômicas que visem à redução do risco de doenças e de outros agravos e ao acesso universal e igualitário as ações e serviços para a sua promoção, proteção e recuperação.

Ainda na seção II, da saúde, na constituição de 1988, (Brasil (2),1988, p.83) ficam especificados: Artigo 198: "as ações e serviços públicos de saúde integram uma rede regionalizada e hierarquizada e constituem Sistema Único de Saúde, organizado de acordo com as seguintes diretrizes: descentralização, integralidade e **participação popular**".

Portanto, a partir de lutas e reivindicações por melhores condições de saúde começa a configurar um novo modelo de saúde vigente, em que esta não é vista apenas como acesso ao médico, mas sim como uma assistência integralizada, em que a população tem direito a promoção, proteção e recuperação a saúde. Todo esse processo, é resultado concreto das lutas sociais, que envolve uma dialética entre a realidade e o desejado, uma substituição do velho para o novo, conseqüentemente, exercendo os direitos e melhorando a qualidade de vida.

Após esta conquista constitucional, o Sistema Único de Saúde começou sua implantação de forma gradual, organizando e moldando uma nova idéia da saúde, conforme colocado em Brasil (6) (2000, p. 5):

... o SUS representa a materialização de uma nova concepção acerca da saúde em nosso país. Antes a saúde era entendida como "estado de não doença" o que fazia com que toda a lógica girasse em torno da cura a agravos a saúde. Essa lógica que significava apenas remediar os efeitos com menos ênfase nas causas, deu lugar a uma nova noção centrada na prevenção dos agravos e na promoção à saúde. Portanto a saúde passa a ser relacionada com a qualidade de vida da população....

Foi neste contexto que a saúde tem um avanço em sua qualidade e começa a valorização da participação popular nas ações de saúde.

O Sistema Único de Saúde foi organizando e estruturando, para atender a todos independente de raça, crenças, cor, situação de emprego, classe social, local de moradia. Apesar, ainda de existir vários problemas no SUS, este, esta muito bem estruturado e

organizado, isso formalmente legalizado. Ainda, podemos visualizar o SUS com orgulho pois é uma política conhecida e estudada em inúmeros países (BRASIL(6),2000).

Uma das grandes novidades do SUS, foi visualizar a saúde de forma mais ampla, deixando de enxergar-la apenas como a ausência da doença. Essa idéia levou a um “quadro repleto não só das próprias doenças, como de desigualdades, insatisfação dos usuários, exclusão, baixa qualidade e falta de comprometimento profissional”. Desta forma, a saúde passa a ser vista e confundida como um direito a vida, envolvendo todos os condicionantes da saúde, meio físico, socioeconômico, e os acessos aos serviços, promoção, proteção e recuperação (CUNHA, CUNHA Rosani, 1998).

Ainda, é importante ressaltar que o SUS, esta em processo de aperfeiçoamento. A promoção da saúde à população esta sempre sofrendo transformações, pois como as sociedades são dinâmicas, a cada dia surgem novas tecnologias que devem ser utilizadas para a melhoria dos serviços de saúde. Além disso, temos também como condições essenciais para um melhor funcionamento do SUS, a **participação e mobilização social** em seus trabalhos. (BRASIL(1), 2006).

3.2 LEIS ORGÂNICAS DA SAÚDE

As leis orgânicas da saúde é o conjunto de duas leis editadas para dar cumprimento ao mandamento constitucional de 1988, no que refere à seção II da saúde, a qual cria o Sistema Único da Saúde. Estas leis foram criadas com o objetivo de fornecer a população o atendimento a saúde de qualidade, tornando-a obrigatória a qualquer cidadão, sendo proibidas cobranças de dinheiro sob qualquer pretexto (LEIS ORGÂNICAS DA SAÚDE, 2006).

Fazem parte das leis orgânicas:

- Lei 8.080 aprovada em 19 de setembro de 1990, pelo Presidente Fernando Collor
- Lei 8.142 aprovada em 28 de dezembro de 1990, pelo Presidente Fernando Collor

A lei 8.080/90, conforme especifica em Brasil(3) (2006, p.41) dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços de correspondentes, e das outras providências. No artigo primeiro, esta define: a lei regula, em todo o Território Nacional as ações e serviços de saúde, executada isolada ou conjuntamente, em caráter permanente ou eventual, por pessoas naturais ou jurídicas de direito público ou privado.

Neste primeiro artigo fica claro que a lei tem validade em todo o território nacional e atenderá todas as pessoas sem distinções de raça, cor, condições socioeconômicas e outros.

Retiraremos desta lei alguns trechos de relevância, para caracterizar a importância da participação popular nas ações de saúde.

Conforme, Brasil(3) (2006, p. 41), no parágrafo primeiro do artigo 2, define:

“O dever do Estado de garantir a saúde consiste na formulação e execução de políticas econômicas e sociais que visem à redução de riscos de doenças e de outros agravos e no estabelecimento de condições que assegurem acesso universal e igualitário às ações e aos serviços para a sua promoção, proteção e recuperação.”

De acordo com o trecho anterior, o parágrafo primeiro do artigo 2, juntamente com o artigo 196, da constituição de 1988 leva, infelizmente, as pessoas a acharem que toda responsabilidade da saúde, são das autoridades governamentais ou mesmo dos profissionais da saúde. Ouvimos os usuários falar cotidianamente: “eu tenho direito a saúde...” “você tem que me dar este medicamento” “eu tenho direito a tomografia...” “você tem que ir lá em casa cuidar do meu irmão que está acamado, hoje ele não tomou banho...”. São inúmeras as falas percebidas no cotidiano das unidades de saúde, que leva a compreender a saúde como não sendo responsabilidade de todos.

Felizmente, conforme Brasil(3) (2006, p. 41), no parágrafo segundo do artigo 2, ainda da lei orgânica 8.080/90, especifica: “O dever do Estado não exclui o das pessoas, da família, das empresas e da sociedade”. Neste momento, começamos a construir saúde, e fica claro que a responsabilidade desta é de todos. Porém, ainda, as pessoas, convenientemente, se apegam mais aos seus direitos e esquecem de seus deveres.

Para fazer com que a saúde seja, de fato, um produto social, é necessário melhorar as condutas profissionais. Temos que implantar ações de atividades coletivas, reuniões em grupo, realizar visita domiciliar de qualidade que leve informação aos usuários, divulgar sobre os conselhos municipais e locais de saúde (BRASIL(5), 2000).

Ressaltamos também nesta lei, no capítulo II, dos princípios e diretrizes, artigo 7, inciso oitavo: a participação da comunidade (BRASIL(3), 2006). Assim, observamos, mais uma vez o direito das pessoas participarem do processo da saúde. Essa é uma garantia constitucional.

Portanto, analisando a lei 8080/90, dentre as suas inúmeras atribuições destacamos a importância da participação popular. Vimos que o Estado é o garantidor da saúde para a população, mas isso não exclui o dever das pessoas, família, empresa e sociedades de também construir a saúde.

Diante da importância do controle social, no processo de construção do Sistema Único de Saúde, foi criada a segunda lei orgânica, 8.142/90 a qual “dispõe sobre a participação da comunidade na gestão do Sistema Único de Saúde - SUS e sobre as transferências intergovernamentais de recursos financeiros na área da saúde e dá outras providências” (BRASIL(3), 2006, p. 61).

Esta lei institui as instancias colegiada e o instrumento de participação popular estabelece as Conferências e os Conselhos de saúde. De acordo Brasil(3), (2006 p. 61) a lei 8.142/90, em seu parágrafo primeiro do artigo primeiro, estabelece, que as Conferências de saúde:

reunir-se-á cada 4 anos com a representação dos vários segmentos sociais, para avaliar a situação de saúde e propor as diretrizes para a formulação da política de saúde nos níveis correspondentes, convocada pelo Poder Executivo ou, extraordinariamente, por este ou pelo Conselho de Saúde.

Ainda, de acordo com Brasil(3), (2006 p. 61) no artigo segundo, parágrafo segundo, fica estabelecido sobre os Conselhos de saúde:

em caráter permanente e deliberativo, órgão colegiado composto por representantes do governo, prestadores de serviço, profissionais de saúde e usuários, atua na formulação de estratégias e no controle da execução da política de saúde na instância correspondente, inclusive nos aspectos econômicos e financeiros, cujas decisões serão homologadas pelo chefe do poder legalmente constituído em cada esfera do governo.

Além de estabelecer sobre as Conferências e Conselhos de Saúde, especifica sobre o funcionamento dos recursos financeiros. Porém, neste momento daremos ênfase nas formas de participação popular a qual retrata a lei.

Os Conselhos têm em suas estruturas representantes do governo, prestadores de serviço, profissionais da saúde e usuários, obedecendo uma paridade no número de representantes, ou seja, 50% usuários e 50% governo, trabalhadores de saúde, e prestadores (CONSELHO DE SAÚDE, 2006).

Além disso, é competência dos conselhos de saúde atuar: na formulação e controle das políticas de saúde; estabelecer estratégias; traçar diretrizes; estimular a participação comunitária; estabelecer critérios para a implantação de unidades de saúde; propor critérios para a programação orçamentária, fiscalizar os recursos financeiros e outros (CONSELHO DE SAÚDE, 2006).

Portanto, percebemos que a população tem um poder enorme nas mãos de ajudar construir um Sistema Único de Saúde e colocar em prática todas as doutrinas e diretrizes, em especial: universalidade, equidade e integralidade. Ressalto, que os conselhos e conferências não são as únicas formas de participar, das ações de saúde, estas são garantidas constitucionalmente.

O controle social, para ser de qualidade é necessário, informação da população, esta deve conhecer, a organização da saúde, fluxos de atendimentos, conhecerem o que é um modelo de saúde, entender o processo de saúde doença, os condicionantes e outros. Não quero dizer que os mesmos têm a obrigação de conhecer tudo isso, mas defendo que os Conselhos, Conferências, unidades e profissionais de saúde, e outros órgãos do governo tem a responsabilidade de levar estas informações até a população.

A partir do momento que levarmos estas informações a população, haverá a compreensão da organização do serviço e a mesma será nossa parceira para construção de um Sistema de Saúde condizente a teoria e a prática.

3.3 PROGRAMA SAÚDE DA FAMÍLIA

Observamos, anteriormente, que a saúde vem passando por grandes transformações, principalmente após a implantação do Sistema Único de Saúde. Um dos grandes avanços deste foi a mudança de um modelo curativista, no qual a saúde era vista como a ausência de doenças, para um modelo de visão holística, que a saúde é resultado de um contexto – Determinação Social do Processo Saúde Doença (FRACOLLI, BERTOLOZZI, 2001).

Diante da crise do assistencialismo vivenciado após a criação do Sistema Único de Saúde, foi implantado em 1991 o Programa de Agente Comunitário de Saúde, neste momento discutia-se a descentralização e a municipalização dos serviços de saúde e em 1993 é publicada a Norma Operacional Básica, que estabelece critérios para a responsabilidade do município em sua gestão. Após, inúmeras experiências bem sucedidas com o PACS, foi implantado em 1994 o Programa Saúde da Família (MINAS GERAIS, 2007).

Assim percebemos que o PACS e o PSF, foram as primeiras formas de iniciar a mudança no modelo de assistência a saúde. Estes vêm demonstrando ser um modelo de assistência a saúde que mais se aproxima dos princípios indicados na constituição Federal, universalidade, equidade, participação popular, integralidade (BRASIL(5),2000).

O Programa saúde da Família surge, então, com o propósito de reorganizar a atenção em saúde, levando a saúde para mais perto da família, melhorando a qualidade de vida da população. Este, tem como uma de suas características, de acordo com (JUNIOR, 2003, p. 15):

- Integralidade: O PSF é a porta de entrada no sistema de saúde, por isso deve fornecer as famílias todo o tipo de serviço ofertado, possibilitando o serviço de referência e contra referência.
- Territorialização: A unidade de saúde irá trabalhar com uma clientela, adstrita, sendo que todas as famílias da área, deverão ser cadastradas e acompanhadas e acompanhadas.
- Equipe multiprofissional: Deverá ser composta por, médico, enfermeiro, técnico ou auxiliar de enfermagem, e agentes comunitários de saúde. Outros profissionais poderão estar presentes como forma de apoio a equipe básica.

Analisando as características do Programa Saúde da Família e o funcionamento do mesmo, observamos que na prática a saúde da família, de fato, vai ao encontro dos princípios do SUS. Ao cadastrar e acompanhar as famílias da área adstrita, estamos atendendo o princípio da Universalidade; quando atendemos a todas as pessoas, de maneira, igual, respeitando as desigualdades, estamos atendendo o princípio da equidade; e quando fornecemos a assistência naquilo que os usuários necessitam estamos atendendo o princípio da integralidade.

Porém, para o presente trabalho, serão valorizadas as oportunidades que o Programa Saúde da Família fornece sobre a participação popular. Este, através das atividades em grupo, salas de espera, visitas domiciliares cria inúmeras possibilidades para o controle social, estas que vão além dos Conselhos e das Conferências de saúde. A participação popular fortalece o vínculo população e funcionário da saúde possibilitando maior sucesso no serviço prestado e ofertado a população.

3.4 BENEFÍCIOS DA PARTICIPAÇÃO POPULAR

3.4.1 PLANEJAMENTO PARTICIPATIVO

O planejamento é resultado da função da administração de planejar, que significa “especificar os objetivos a serem atingidos e decidir antecipadamente as ações apropriadas que devem ser executadas para atingir esses objetivos” (CIAMPONE, PEDUZZI, 2001). Quando avaliamos o conceito de forma simplória, poderíamos pensar que o planejamento pode ser feito por uma única pessoa, ou um grupo restrito de pessoas, isso poderá acontecer, mas, não sabemos se teremos sucesso nos resultados esperados. Porém, para outros autores, o planejamento pode ser visto de forma diferente como descreveu Aleixo, 1997 apud Alves, 2007 p.267: “Planejamento significa elaborar democraticamente, explicitar de forma organizada e procurar realizar uma determinada resposta de trabalho, direcionada a uma situação que se queira modificar ou manter”. Neste conceito, incorporou a “elaboração democrática”, envolvendo um conjunto de pessoas, que farão parte do processo, vivendo a realidade e a problemática discutida.

Se pensarmos o primeiro conceito, poderíamos ter a idéia de um planejamento normativo, que existe a construção de um plano, pautado em um diagnóstico, na construção de possíveis ações, na elaboração na implementação e avaliação, porém o sujeito e o objeto são independentes, aquele que planeja é único e se situa fora e acima da realidade. O conhecimento da realidade é através do diagnóstico científico, onde a verdade é única e objetiva (ALVES, 2007). Ainda de acordo com JACSON (2004), esta idéia de planejamento é puramente técnica e ignora até mesmo as variáveis políticas.

Portanto, a idéia do planejamento normativo descarta a participação popular e não visualiza a realidade como um objeto dinâmico, exclui os atores sociais que vivem os conflitos e que fazem parte do processo da construção da realidade (JACSON, 2004).

O segundo conceito nos faz ter a idéia de um Planejamento Estratégico Situacional, esse método foi elaborado por Carlos Matus como resposta do insucesso do planejamento normativo.

Jacson , 2004, refere que o diagnóstico situacional não é um monopólio do Estado, e que o diagnóstico de uma situação, o levantamento dos nós críticos, serão construídos pelos atores que vivem a realidade. Podendo o planejamento ser alterado de acordo com a necessidade, ou seja, não é visto de forma estática. Em síntese, as principais características do planejamento estratégico, que o diferencia do modelo normativo, são acordo de com Ciampone, Peduzzi, (2001 p. 27):

- o sujeito que planeja faz parte da realidade, juntamente com outros autores
- admite-se que não há realidade única estática, avançando para a superação da visão multicausalidade para uma teoria explicativa pautada na determinação social do processo saúde doença;
- Admiti-se que não há neutralidade e que o planejamento tem uma dimensão política, além da dimensão técnica;
- É histórico e identifica-se com o “pode-ser”
- Trabalha com a situação dialética situacional-estrategica;
- Reconhece e trabalha com o conflito e relações de poder.

O método, Planejamento Participativo: MAPP – método Altair de planejamento popular, popular desenvolvido por Carlos Matus, foi aplicado na Estratégia Saúde da Família. Desenvolvido com o processo de planejamento com a comunidade com o objetivo de facilitar a construção com uma gestão participativa e democrática (ALVES, 2007).

Portanto, as bases para o sucesso do planejamento nas Unidades de saúde da família esta na participação popular. Desde a estruturação do Programa Saúde da Família pensa-se na participação popular como forma de levantarmos nossos problemas, levando-se em consideração àqueles que vivenciam os mesmos. Seja por parte dos usuários ou pelos agentes de saúde, os quais estão inseridos e vivem no meio em que desenvolve suas atividades profissionais.

Portanto, a participação popular no planejamento, faz com que tenhamos projetos mais próximos da realidade, ampliando a oportunidade de sucesso (Ciampone, Peduzzi, 2001 p. 23):

Por meio do processo participativo a população “empodera-se” para tomar decisões e estabelecer prioridades, buscando parceria na resolução de seus problemas, na perspectiva que seus avanços no setor saúde ocorram

articuladamente às possibilidades de transformações geral da sociedade, rumo a um projeto de emancipação de todos os cidadãos.

3.4.2 AUTO CUIDADO

Como mencionado na (BRASIL(4), 2002), a saúde é um processo de construção com autoridades governamentais, profissionais da saúde e usuários do serviço, assim para construirmos saúde, requer mudança no comportamento das pessoas e na prática dos serviços. Quanto às transformações, já observamos a partir do momento em que foi colocado em discussão o conceito de saúde, a partir da consolidação do SUS, que a saúde é resultado de fatores condicionantes, promovendo o processo saúde doença.

Dentro desta nova visão da saúde nasce uma nova forma de pensar: **a promoção da saúde**, de acordo, Brasil(4) (2002, p. 19), especifica que:

nome dado ao processo de capacitação da comunidade para atuar na melhoria de sua qualidade de vida e saúde, incluindo uma maior participação no controle deste processo. Para atingir um estado de completo bem-estar físico, mental e social os indivíduos e grupos devem saber identificar aspirações, satisfazer necessidades e modificar favoravelmente o meio ambiente. A saúde deve ser vista como um recurso para a vida, e não como objetivo de viver.

Portanto, a partir do momento que capacitamos a comunidade a melhorar a qualidade de vida, estamos fazendo com que esta participe da saúde, assim, incorpora na promoção a saúde o conceito de “empowerment” que de acordo Ciampone, Peduzzi, (2001), é ampliação do poder ou fortalecimento e de participação comunitária.

Neste processo de conhecimento, informação e participação surgem a possibilidade e a estratégia do auto cuidado, o qual fundamenta-se de acordo com (Oren, 2001 apud Silva, 2009).

O autocuidado é uma atividade do indivíduo apreendida pelo mesmo e orientada para um objetivo. É uma ação desenvolvida em situações concretas da vida, e que o indivíduo dirige para si mesmo ou para regular os fatores que afetam seu próprio desenvolvimento, atividades em benefício da vida, saúde e bem estar. O autocuidado, conforme nos valida a autora, tem como propósito, o emprego de ações de cuidado, seguindo um modelo, que contribui para o desenvolvimento humano. As ações que constituem o autocuidado são os requisitos universais, de desenvolvimento e os de alterações da saúde. (Grifo da autora).

Diante do exposto, o auto cuidado é cuidar de si mesmo, buscar quais são as necessidades do corpo, melhorar o estilo de vida, evitar hábitos de vida nocivos, desenvolver uma alimentação sadia, conhecer e controlar os fatores de risco que levam as doenças, adotar medidas de prevenção de doenças.

Diante da transição demográfica e epidemiológica, onde as pessoas vivem mais e as doenças prevalentes são as crônicas e não mais as infecto-parasitárias (MINAS GERAIS, 2008), nossos cuidados a saúde também devem se adequar a esta mudança. Portanto para termos uma vida e um envelhecimento saudável é necessário que nos responsabilizemos e façamos parte deste cuidar.

No cotidiano do PSF, percebemos que a incorporação por parte dos usuários do auto cuidado é fundamental para a melhoria da qualidade de vida do indivíduo, impactando na coletividade. O auto cuidado pode ser percebido na população da seguinte forma:

- Quando usam as orientações de saúde proposta;
- Quando fazem uso racional dos medicamentos;
- Realiza caminhada;
- Adéqua a alimentação saudável;
- Auxíliam no cuidar de pessoas próximas;
- Evitam jogar lixo em locais inapropriados;
- Vivem bem umas com as outras;
- Reservam tempo para momento de lazer;

No entanto, quando falamos em promoção a saúde e auto cuidado, não estamos transferindo para o usuário, a responsabilidade de cuidar da sua saúde sozinha, e sim dividindo a responsabilidade. Na estratégia saúde da família este acompanhamento ocorre de forma efetiva na medida em que participamos do cotidiano da vida destes através das vistas domiciliares dos Agentes Comunitários de saúde, enfermeiro, médico e outros profissionais, participação das atividades promovidas pela Unidade de Saúde.

A promoção do autocuidado deve ser realizada com acompanhamento, pois como comenta (CHIESA,VERISSIMO, 2001), não podemos transferir para o cidadão a responsabilidade exclusiva da sua saúde e após culpá-lo por eventuais intercorrências, retirando a responsabilidade do serviço de saúde, como se o cidadão não soubesse cuidar de si mesmo, ou seja, é preciso ter cuidado para não responsabilizar apenas o indivíduo por sua saúde.

Portanto, o autocuidado é resultado do processo participativo do setor saúde com a população e como argumenta (Silva, 2009) o homem dirige fatores que afetam o próprio desenvolvimento, assim tem responsabilidade de contribuir para a melhoria da qualidade de vida.

3.4.3 FORTALECIMENTO DOS PRINCÍPIOS DO SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE

De acordo com (BRASIL, 2000) o Sistema Único de Saúde criado em de 1988, na constituição deste mesmo ano. Seu funcionamento regulamentado nas leis orgânicas (8.080

de 19 de setembro de 1990 e 8.142 de 28 de dezembro de 1990). Brasil(2) (1988, p.83) na seção II da constituição de 1988, em seu artigo 198, define:

As ações e serviços públicos de saúde integram uma rede regionalizada e hierarquizada e constituem um sistema único, organizado de acordo com as seguintes diretrizes:

- I- Descentralização, com direção única em cada esfera de governo;
- II- Atendimento integral com prioridade para as atividades preventivas, sem prejuízo dos serviços assistenciais;
- III- Participação Popular

Além das diretrizes estabelecidas constitucionalmente, fica definido em Brasil(3) (2006, p. 45), no capítulo II Dos princípios e diretrizes, no artigo 7, da lei 8080 de 19 de setembro de 1990, o seguinte:

As ações e os serviços de saúde e os serviços privados contratados ou conveniados que integram o Sistema Único de Saúde são desenvolvidos de acordo com as diretrizes previstas no artigo 198 da constituição federal, obedecendo aos seguintes **princípios**:

- I- universalidade de acesso aos serviços de saúde em todos os níveis de assistência;
- II- integralidade de assistência entendida como um conjunto articulado e contínuo das ações e serviços preventivos e curativos, individuais e coletivos, exigidos para cada caso em todos os níveis de complexidade do sistema;
- III- preservação da autonomia das pessoas na defesa e sua integridade física e moral;
- IV- igualdade da assistência à saúde sem preconceitos ou privilégios de qualquer espécie;
- V- direito à informação, às pessoas assistidas sobre a saúde;
- VI- divulgação de informações quanto ao potencial de serviços de saúde e a sua utilização pelo usuário;
- VII- utilização da epidemiologia para o estabelecimento de prioridades, a alocação de recursos e orientação programática;
- VIII- participação da comunidade;
- IX- descentralização política administrativa, com direção única em cada esfera de governo;
- A) ênfase na descentralização dos serviços para os municípios;
- B) regionalização e hierarquização da rede de serviços de saúde.
- X- integração em nível executivo das ações de saúde, meio ambiente e saneamento básico;
- XI- conjugação dos recursos financeiros, tecnológicos, materiais e humanos da união, dos Estados, do Distrito Federal, e dos Municípios na prestação de serviços de assistência à saúde da população;
- XII- capacidade de resolução dos serviços em todos os níveis de assistência; e
- XIII- organização dos serviços públicos de modo a evitar duplicidade de meios para fins idênticos.

Ao analisarmos os artigos anteriores, percebemos que são inúmeras diretrizes e princípios que regem o Sistema Único de Saúde, todos eles, muito bem estruturados e coesos. No entanto, para que os mesmos sejam colocados em prática é necessário participação da população no serviço de saúde. E, mais uma vez, o Programa Saúde da Família, funciona como regulador e organizador nesta participação. Como descrito por

(SUCUPIRA, 2002), a constituição federal forneceu os princípios para a reorganização da saúde, mas tem sido o PSF que tem viabilizado a construção de um novo modelo de saúde.

Ainda, de acordo com (SUCUPIRA, 2002), a principal marca do PSF é a promoção da saúde, nesta perspectiva é necessário colocar a participação da comunidade no desenvolvimento de uma política saudável. Portanto apesar do PSF, viabilizar uma política de saúde saudável, isso não será possível sem a participação da população, e é através desta idéia que será possível, implementar e fortalecer os princípios do SUS e implantar uma política de qualidade.

3.5 FERRAMENTAS PARA PARTICIPAÇÃO POPULAR NAS AÇÕES DESENVOLVIDAS NAS UNIDADES DE SAÚDE DA FAMÍLIA

O Programa Saúde da Família tem contribuído para a melhoria da qualidade de vida da população e ampliando as oportunidades de participação da comunidade nas ações de saúde, a partir do momento em que temos como, um dos objetivos, a promoção da saúde (LACERDA, 2007).

A Equipe Saúde da Família, ao promover a Promoção à saúde, nas atividades desenvolvidas, estabelece formas de participação popular, além daquelas estabelecidas constitucionalmente, por meio de conferências e conselhos. Para promover a saúde é necessário, implantarmos a educação em saúde, que é de acordo com Alencar, Miranda, (2007, p. 421),

.... Conjunto de estratégias e ações informativas, desenvolvidas sobretudo, no contexto da prevenção (...) é uma conquista do esforço coletivo, onde cada indivíduo compreende que pode contribuir para o melhoramento da qualidade de vida e da resolução dos problemas de saúde da comunidade”

Ainda de acordo com Alencar, Miranda, (2007, p. 421),

A afirmação de educação em Saúde deve ser democrática tem como pilar de sustentação a concepção de educação de Paulo Freire, segundo ele, as pessoas são atores de sua própria história capazes de identificar os problemas e formular soluções, transformando-se e modificando contextos opressores.

Porém, para trabalharmos a educação em saúde, o qual não é simples, devemos mudar condutas profissionais, como comenta Chiesa, Verissimo, (2001): ter boa comunicação a qual é necessário saber escutar, perguntar observar e responder. Porém para que haja melhor processo de comunicação e participação da clientela no serviço de saúde são necessários alguns subsídios, podemos citar:

- Estabelecer um ambiente de confiança: valorize o seu cliente, procure dar atenção, respeita-lo, valorize as queixas, cumprimente, preferencialmente por nome, além de criar

ambiente de confiança, fortalece a humanização.

- Identificar necessidades relativas à saúde: neste momento explore as perguntas, preste a atenção nas falas, nos gestos é importante entender, à medida que estabelece o vínculo as conversas são mais produtivas.
- Aproveitar contatos para fortalecer a participação no atendimento: aproveite todas as ações para explorar as conversas. Neste momento, relembro de falas comuns que acontecem nas unidades de saúde, como: “hoje é dia de atender o hipertenso, não atendemos gestante...” “a palestra hoje é para atender diabético, não crianças...” estes acontecimentos distanciam o usuário do serviço de saúde.
- Estabelecer acordos com os usuários: isso gera parceria entre o usuário e o profissional da saúde. Na prática, estes acordos, podem reduzir muitos conflitos. Percebemos que isso é participação popular, onde ambas as partes estão produzindo saúde.
- Verificar a compreensão dos usuários: aqui cabe avaliar se o cliente teve entendimento do que foi transmitido, assim é necessário ter uma linguagem acessível, e após fazer perguntas sobre o que foi acordado.

Estes subsídios são benéficos na melhoria do vínculo, aproximação da comunidade com profissionais, e conseqüentemente, contribuem para participação popular.

Quanto às ações que podemos programar no PSF, para oportunizar a participação popular destacamos:

- Palestras: estas consistem em uma reunião de no mínimo 10 pessoas com o objetivo de repassar informações. Devemos considerar, o público a ser atendido, necessidade de recursos materiais, domínio do tema a ser abordado, duração da palestra, divulgação. (CHIESA, MIRANDA, 2007).
- Grupo: De acordo com Chiesa, Miranda, (2007, p. 429), o “grupo é um conjunto de pessoas ligadas no tempo e espaço, articuladas em torno de um objetivo de forma dinâmica e dialética”.
- Dramatização ou sociodrama: consiste em apresentar o cotidiano das pessoas de forma lúdica por meio de teatro, permitindo trabalhar informações saúde ao mesmo tempo promove lazer (CHIESA, MIRANDA, 2007).

Uma modalidade de grupo muito utilizada é a sala de espera, que se caracteriza de acordo com Verissimo e Valle ,(2006) apud, Rodrigues, (2009, p. 103);

Como uma forma produtiva de ocupar um tempo ocioso nas instituições, com a transformação do período de espera pelas consultas médicas em momento de trabalho; espaço esse em que podem ser desenvolvidos processos educativos e de troca de experiências comuns entre os usuários, possibilitando a interação do conhecimento popular com os saberes dos profissionais de saúde.

No planejamento das ações em saúde do PSF – Cruzeiro do Sul o qual faço parte, sempre, colocamos em nosso cronograma mensal a realização dos grupos, os mais freqüentes são: Hipertensos, Diabéticos, gestantes, planejamento familiar. Percebemos nestes grupos, grande interação dos participantes com perguntas, conversa de um com os outros, dúvidas sobre tratamentos de doenças, medicamentos e cuidados. Isso é satisfatório para a equipe, pois é resultado do vínculo da equipe com os usuários. Colhendo como produto a saúde.

Quanto às salas de esperas é uma prática freqüente na unidade. Realizamos, obrigatoriamente, com as gestantes, hipertensos e diabéticos, e outras salas são realizadas com profissionais convidados, de acordo com a disponibilidade dos mesmos. Assim, temos: nutricionista, profissionais da zoonoses, os quais abordam temas como dengue, barbeiro, coleta seletiva do lixo e outros.

Percebemos que a sala de espera é excelente instrumento para promover a educação em saúde, pois a partir desta com a participação popular tornou possível levar informação, conhecimento a população, atuando na promoção e prevenção em saúde. Além disso, é um momento de distração durante o período de espera das consultas ou outros procedimentos.

Portanto, a Equipe Saúde da Família cria inúmeras atividades, ações que contribuem para a participação popular, a qual é benéfica para ambas as partes, ou seja, a participação popular trás vantagens tanto para o usuário, quanto para o serviço de saúde. Para o usuário, pois este obtém o conhecimento sobre o funcionamento da saúde, retira duvidas, contribui para o autocuidado, participa das decisões e outros. Para o serviço de saúde, é positivo pois à medida que as pessoas conhecem sobre a saúde, entende o fluxo do serviço, os mesmos aprendem como usar o serviço. Além disso, estamos construindo a saúde de acordo com o que estabelece os princípios e diretrizes do SUS, não se esquecendo de humanizar o nosso atendimento. Percebemos que isso só será possível com a participação popular.

Além das ações dos grupos, salas de espera, que ampliam a possibilidade de participação popular, têm a visita domiciliar o qual é um instrumento poderoso, para estabelecer vínculo e criar bases para o controle social. Costumeiramente, afirmo que a visita domiciliar é uma saúde de luxo, pois é o bem estar invadindo os domicílios.

Conforme consta em Takahashi, Oliveira, (2001, p. 43) que a visita domiciliar “É uma atividade utilizada com o intuito de subsidiar a intervenção no processo saúde-doença de indivíduos ou planejamento de ações visando a promoção de saúde da coletividade.” Nesta temos a oportunidade de inserir o usuário dentro do serviço de saúde e que ele participe do mesmo.

Portanto, explorando a educação em saúde dentro do contexto do Programa Saúde da Família, temos a oportunidade de usar ferramentas que propiciam e estimulam a participação da comunidade, como: palestras, atividades em grupo, sala de espera, visita domiciliar e outros.

4 CONCLUSÃO

A importância da participação popular em saúde é retratada desde os primórdios da nossa história. A partir do momento em que o povo começa a lutar por melhores condições assistenciais, acessibilidade como direito de todos, sem distinção de raça, cor, vínculo empregatício, condições socioeconômicas, configura-se um novo momento em nossa saúde.

As lutas e reivindicações tornaram frequentes, os movimentos sociais ampliaram e ganharam forças, principalmente nas décadas de 1960 e 1970, quando a população que não havia emprego com carteira assinada não era assistida na área da saúde, a não ser nas Santas Casas. Em 1986 na Oitava Conferência de Saúde foi colocado em discussão o descontentamento e a insatisfação da população quanto ao serviço de saúde. Outro fato que marcou a Conferência, foi, que esta é a primeira aberta a toda população. Assim, a participação popular juntamente com a Conferência estabeleceu as bases para que a saúde torna-se um direito de todos e garantido constitucionalmente.

Diante da importância da participação popular no processo de construção de uma saúde de qualidade, foi garantido, também, em lei o direito da população fazer parte das ações de saúde. A constituição de 1988, já relatava em seu artigo 198 a participação popular como um dos princípios do Sistema Único de Saúde (SUS), complementando, a lei orgânica da saúde 8142/90 estabeleceu as Conferências e Conselhos de Saúde. Porém, estas não são as únicas formas de participar da saúde.

A partir da reorganização da saúde e a nova perspectiva no modelo da saúde, após a constituição de 1988, o Programa de Agente Comunitário da Saúde (PACS) e posteriormente, o Programa Saúde da Família (PSF) surgem como um dos pilares para auxiliar neste novo momento. O PSF, cria ferramentas/condições para fortalecer a participação popular, como: atividades em grupo, salas de espera, visita domiciliares, palestras e outros. Isso amplia vínculo, confiança, cria um ambiente humanizado e favorece mecanismos para o controle social.

A partir do momento que temos a participação popular nas ações de saúde, podemos melhorar a qualidade a mesma. Pois os mesmos farão parte dos planejamentos, levantando problemas e propondo soluções; maior acesso a informação dos usuários, contribuindo para o auto cuidado; além disso, contribuirá para fortalecer os princípios e diretrizes do SUS.

A partir do Planejamento Estratégico Situacional, este amplia a possibilidade da participação popular, à medida que o sujeito em que planeja faz parte do ambiente em

questão, neste considera-se o princípio da inclusão como garantia de controle social. Assim, a possibilidade de sucesso nos objetivos traçados são maiores.

A informação, o conhecimento e orientação transmitida à comunidade contribuem para o auto cuidado, pois levam os mesmos a refletir mais sobre si e as ações as quais praticam. O auto cuidado promove a manutenção da saúde e bem estar, apresentando possibilidades de melhorias na vida individual com reflexos na coletividade.

No que diz respeito ao fortalecimento os princípios e diretrizes do SUS, a participação popular é peça fundamental. A universalidade, equidade, integralidade, regionalização, resolubilidade, descentralização, participação, serão de fato praticados se a comunidade participar destes processos. Ênfase, aqui, que as melhorias são pensadas em coletividade e não em benefícios individuais.

Portanto, entendemos que a participação popular é fundamental para que os serviços de saúde tenham melhores resultados na qualidade de vida da população, e para que a saúde seja, na prática, o processo de construção do povo, profissionais de saúde e esferas governamentais.

REFERÊNCIAS

- ALENCAR (1), O. M.; MIRANDA, T. Educação em Saúde: Uma Prática Coletiva de Promoção de Saúde. **Curso Técnico de Agente Comunitário de Saúde: Modulo I: Formação Inicial do Agente Comunitário de Saúde.** Belo Horizonte: ESP/MG, 2007. p. 420-423.
- ALENCAR (2). Ação Educativa no Trabalho do ACS: Meios, Métodos e Técnicas de Fazer Educação em Saúde. **Curso Técnico de Agente Comunitário de Saúde: Modulo I: Formação Inicial do Agente Comunitário de Saúde.** Belo Horizonte: ESP/MG, 2007. p. 428-432.
- ALVES, J. Planejamento em Saúde. **Curso Técnico de Agente Comunitário de Saúde: Modulo I: Formação Inicial do Agente Comunitário de Saúde.** Belo Horizonte: ESP/MG, 2007. p. 264-267.
- BAHIA, L.; SALM, C.; MALTA, M. M. **A Participação Social e a Construção do SUS:** Anotações sobre as Trajetórias dos Movimentos Sociais e Proposições acerca dos Conselhos e Conferência de Saúde. Disponível em: < www.leps.ufrj.br >. Acesso em: 28/07/2011.
- BRASIL (1). Ministério da Saúde. **A construção do SUS:** História da Reforma Sanitária e Processo Participativo. Brasília, 2006.
- BRASIL (2). Constituição (1988). **Constituição da República Federativa do Brasil.** Brasília, DF: Senado Federal, 1988.
- BRASIL (3). **Lei nº 8.080/90 – Lei 8.142/90.** SUS: O Que Você Precisa de Saber Sobre o Sistema Único de Saúde, São Paulo: Atheneu, 2006. p. 41-63.
- BRASIL (4). Ministério da Saúde. **As Cartas da Promoção à Saúde.** Brasília, 2002.
- BRASIL (5). Ministério da Saúde. **O Sistema Único de Saúde:** SUS: texto de apoio nº IA. In:___ O Trabalho do Agente Comunitário de Saúde. Brasília, DF, 2000, p. 24 a 28.
- BRASIL (6). Ministério da Saúde. **Sistema Único de Saúde:** SUS Princípios e Conquistas. Brasília, 2000.
- CHIESA, A. M; VERISSIMO, M. R. A Educação em Saúde na Prática do PSF. **Manual de Enfermagem.** 2001. p. 34-42.
- CIAMPONE, M. H. T; PEDUZZI, M. Planejamento Estratégico como Instrumento de Gestão e Assistência. **Manual de Enfermagem.** 2001. p. 23-25.
- CONSELHO DE SAÚDE. **SUS:** O Que Você Precisa de Saber Sobre o Sistema Único de Saúde. São Paulo: Atheneu, 2006. p.121-137.
- CUNHA, J. P. P.; CUNHA, R. R. E. **Sistema Único de Saúde – SUS:** Princípios. In: CAMPOS, F. E. ; OLIVEIRA, J. M. ; TONON, L. M. Cadernos de Saúde. Planejamento e Gestão em Saúde. Belo Horizonte: Ed. COOPMED, 1998. Cap. 2, p. 11-26.

FRACOLLI, L. A. ; BERTOLOZZI, M. R. A Abordagem do Processo Saúde Doença das Famílias e Coletivo. **Manual de Enfermagem**. 2001. p. 04-08.

JACKSON, T. O que é o Planejamento Estratégico situacional? **Revista Espaço Acadêmico**, [s/l], n. 32. jan 2004. Disponível em: < www.espaçoacademico.com.br >. Acesso em: 22/10/2111.

JUNIOR, K. F. **Programa Saúde da Família (PSF)**. Ed. Cultura e Qualidade. Goiânia: AB, 2003.

LACERDA, W. A. ; SANTIAGO, I. M. F. L. **A participação Popular na Gestão Local do Programa Saúde da Família em Campina Verde, Paraíba**. Katal. Florianópolis: v.10, n. 2, jul/dez. 2007. p. 197-205,

LEIS ORGANICAS DA SAÚDE. [s/n]. **SUS: O Que Você Precisa de Saber Sobre o Sistema Único de Saúde**. São Paulo: Atheneu, 2006. p.171-73.

MINAS GERAIS. Escola de Saúde Pública de Implantação do Plano Diretor da Atenção Primária à Saúde: **Oficina 2 – Análise da Atenção Primária a Saúde**. Belo Horizonte: ESPMG, 2008.

NUNES, G. M. **Os desafios da Participação Popular no Sistema Único de Saúde**. Disponível em: <www.sejarealista.fies.wordpress.com/2009/12/3part_popular-sus.pdf>. Acesso em 28/07/211.

NUNES, L. A. Receita para um Sistema de Saúde Municipal. **SUS: O Que Você Precisa de Saber Sobre o Sistema Único de Saúde**. São Paulo: Atheneu, 2006. p.153-158.

RODRIGUES, A. D. *et al.* Sala de espera: um ambiente para efetivar a educação em saúde. **Revista eletrônica vivência**, Rio Grande do Sul, v. 5, n. 7, maio 2009. Disponível em: < www.reitoria.uri.br/~vivencias/Numero_007/...07/Artigo_13.pdf >. Acesso em: 23/10/2011.

SILVA, I. J. *et al.* Cuidado, autocuidado e Cuidado de si: uma compreensão paradigmática para o cuidado de Enfermagem. **Revista da Escola de Enfermagem da USP**, v. 43, n.3, Set. 2009.

SUCUPIRA, A. C. **Revista de Saúde Públicas de Sobral**, Sobral Ceara, Ano III, n. 2, 2002, p. 11-14.

TAKAHASHI, R. T. ; OLIVEIRA, M. A. C. A Visita Domiciliar no Contexto da Saúde da Família. **Manual de Enfermagem**. 2001. p. 43-46.

XIMENES, S. **Dicionário da Língua Portuguesa**. 2 Ed. Reform. São Paulo: Ediouro, 2000.