



ABORDAGEM DE COMUNIDADES NAS PRÁTICAS DE SAÚDE

Maria Amália Dorsch Ferreira

Cirurgiã-dentista, especialista em Odontologia em Saúde Coletiva. E-mail: amaliadorsch@aol.com

Jorge Córdón

Professor Doutor da Faculdade de Ciências da Saúde da UnB. E-mail: jcordon@persocom.com.br

Luísa Dorsch Ferreira

Resumo

Esta pesquisa detalha uma abordagem para a prática de saúde em comunidades, enfatizando a importância de entender as relações sociais, institucionais e ambientais dentro de um território específico. A proposta sugere a inclusão de novos atores na saúde, além dos profissionais tradicionais, envolvendo a população organizada para abordar tanto as determinações clínico-epidemiológicas quanto as sociais. O processo de abordagem inclui várias etapas, como observação direta, coleta de informações, comunicação e engajamento com a comunidade, identificação de informantes-chave, análise institucional, mobilização e participação comunitária, além de mapeamento e planejamento estratégico. O estudo enfatiza a necessidade de respeitar as crenças e tradições locais, promover a troca de conhecimentos e incentivar a participação ativa da comunidade nas decisões de saúde. A abordagem proposta busca alinhar as práticas de saúde aos interesses coletivos da sociedade, promovendo uma saúde comunitária mais integrada e eficaz.

Palavras-chave: Abordagem de Comunidades. Práticas de Saúde. Participação Comunitária

Abstract

This research details an approach to health practice in communities, emphasizing the importance of understanding social, institutional, and environmental relationships within a specific territory. The proposal suggests the inclusion of new actors in health, beyond traditional professionals, involving the organized population to address both clinical-epidemiological and social determinants. The approach process includes various stages, such as direct observation, information gathering, communication, and engagement with the community, identification of key informants, institutional analysis, community mobilization and participation, as well as mapping and strategic planning. The study emphasizes the need to respect local beliefs and traditions, promote knowledge exchange, and encourage active community participation in health decisions. The proposed approach aims to align health practices with the collective interests of society, promoting a more integrated and effective community health.

Keywords: Community Approach. Health Practices. Community Participation.

1 PROPOSTA DE PROCESSO DE ABORDAGEM DE COMUNIDADES NAS PRÁTICAS DE SAÚDE

A construção do processo de **Abordagem de Comunidade** tem por base um Território e a Comunidade que nele vive. Ou seja, tem por base as relações sociais entre as pessoas, as instituições, as organizações e a natureza de um determinado espaço local e são essas relações que determinam as características dessa proposta e as suas perspectivas futuras. Propõe, desta forma, a incorporação de novos sujeitos, extrapolando o conjunto de profissionais e trabalhadores de saúde, ao envolver a população organizada, o que corresponde à ampliação do objeto, que abarca, além das determinações clínico-epidemiológicas, no âmbito individual e coletivo, as determinações sociais que afetam os distintos grupos populacionais em função de suas condições de vida. Nesta perspectiva, a intervenção também extrapola o uso dos conhecimentos e tecnologias médico-sanitárias e inclui tecnologias de comunicação social que estimulam a mobilização, a organização e a atuação dos diversos grupos na promoção e na defesa das condições de vida e saúde.

É difícil estabelecer, a priori, qual é a maneira ou a metodologia mais adequada para o processo de abordagem, porém, o certo é que, o agente social desencadeador do processo deve ter clareza na expressão de seus objetivos orientadores. Uma abordagem para ser bem feita precisa ser planejada. Planejar é ver os

detalhes de um contato com a comunidade antes de fazê-lo, para isto é preciso ter claro o motivo desta abordagem, o porquê da mesma, sua utilidade e importância.

A abordagem não acontece apenas no primeiro contato, ela é constante, crescente e dinâmica, pois, a comunidade está sempre em movimento e suas relações sociais apresentam contradições permanentes. A prática em Saúde é uma resposta social e deve se relacionar ao desenvolvimento histórico da sociedade. Não é, desta forma, consequência única e exclusiva de conhecimento científico-tecnológico acumulado, mas, também, de conhecimentos sócio-culturais, aplicados em uma sociedade num momento histórico determinado.

Conhecer e respeitar as crenças e tradições da comunidade, saber como ajudar as pessoas a reconhecerem os pontos positivos ou negativos de suas tradições, introduzir novas ideias, aproveitando as antigas, aprender e crescer conjuntamente são essenciais para a relação social que se pretende formar entre os agentes de saúde e a comunidade.

A troca de conhecimentos faz parte de um processo de educação para a participação em saúde. **A Abordagem da comunidade**, então, torna-se realidade na medida que as pessoas compreendem a importância de trocar experiências, de aprender umas com as outras, de maneira que todos saiam ganhando e que a comunidade se beneficie. Esta proposta é direcionada aos profissionais de saúde, principalmente aos de nível superior, por estarem, historicamente, distantes da comunidade. Enfim, para todos aqueles que procuram superar a comodidade e o isolamento, característicos da prática hegemônica de exercício profissional.

A seguir, serão apresentados momentos importantes durante o processo de abordagem de comunidades.

2 OBSERVAÇÃO DIRETA (OBSERVAÇÃO INESTRUTURADA)

No primeiro momento da ABORDAGEM DA COMUNIDADE, caminha-se no território “sem se deixar perceber”, da forma mais natural possível, com o objetivo de observar a realidade local, evidenciando as necessidades sociais básicas, a saúde, a higiene, os bens culturais, os recursos sócio-sanitários e todos os outros aspectos que sejam imediatamente visíveis e que indiquem diferenças nas condições de vida dos residentes. É o momento da apreciação sensorial do concreto-concreto da realidade, não há aplicação de questionários ou entrevistas.

Existem algumas informações que não podem ser obtidas na observação direta, como, por exemplo, a proporção do salário na renda familiar ou o grau de sindicalização dos trabalhadores. Além disso, o que é visto pode ser mal interpretado, se a observação não for complementada com outras informações. Em resumo, a observação direta representa um instrumento útil e necessário no processo, mas sempre será parcial, pois não fornece uma informação completa, um conhecimento suficiente por se limitar à aparência dos fenômenos.

2.1 PROCURAR CONHECER E IDENTIFICAR AS CARACTERÍSTICAS DA ÁREA A SER TRABALHADA

Para se engajar numa ação comunitária, deve-se ter o mínimo de informação e ciência por parte dos agentes sociais. informações úteis podem ser encontradas no ibge, na emater, nas secretarias de saúde, planejamento, ação social, educação, meio ambiente, trabalho, nas companhias de desenvolvimento do estado, nas instituições de abastecimento de água, esgoto, limpeza urbana, energia elétrica, dentre outros.

As seguintes informações podem ser procuradas:

2

A) Relacionadas ao meio ambiente: localização, aspectos históricos, políticos e administrativos, limites e acidentes geográficos, clima, área (Km²), abastecimento e tratamento geral de água da comunidade, vias de acesso da comunidade, coleta de lixo por parte do estado, áreas de recreação, serviços principais (como escolas, farmácias, polícia, bombeiro, postos de saúde, igrejas, clubes sociais, telefone público, mercado), número de moradias e outras informações.

B) Relacionadas ao âmbito doméstico-familiar: população por idade, sexo e nível sócio-econômico, situação de emprego/desemprego, principais doenças que ocorrem na comunidade, principais causas de morte, alfabetização, situação de exploração, opressão e discriminação em que vive a população.

2.2 COMUNICAÇÃO COM A COMUNIDADE

As Conferências de Saúde realizadas no Brasil nos últimos anos têm, continuamente, reiterado a importância da informação, da comunicação e da educação como instrumentos fundamentais para a consolidação do SUS. Ainda para estar de acordo com as atuais deliberações das Conferências Nacionais de Saúde, as políticas de saúde devem discutir e atualizar todos os meios de acesso da população às informações, principalmente os meios de comunicação de massa. Logo, é fundamental que os setores de Comunicação Social das políticas públicas entendam a comunicação como processo de apropriação das potencialidades técnicas e políticas das tecnologias de informação e de seus avanços, indo além da compreensão da comunicação como assessoria de imprensa e propaganda.

Para repensar a comunicação deve-se considerar o papel das tecnologias de informação nas formas de organização e comunicação da sociedade, evitando a uniformização de valores e entendendo que as organizações e redes sociais atuam nas mais diversas direções. O aproveitamento das potencialidades educativas e comunicativas auxiliará na democratização do conhecimento e na universalização das ações em saúde, proporcionando um aumento da qualidade de vida da população. É necessário diminuir as dificuldades que técnicos em saúde coletiva possuem por não dominarem as dimensões dos processos de comunicação.

No primeiro contato propriamente dito com as pessoas da comunidade, faz-se a própria apresentação. A apresentação pessoal é uma forma de comunicação, por isso, o profissional deve estar adequado ao meio para que não sejam criadas barreiras que venham a dificultar a relação social que se pretende construir, ele deve estar vestido adequadamente e usar terminologia mais adequada ao entendimento de todos. Antes de começar a fazer perguntas, é bom conversar um pouco com as pessoas sobre assuntos que elas gostam de falar (sobre o trabalho, a casa, as crianças, os problemas gerais, lazer e procurar saber o nome das pessoas presentes, pois é uma demonstração de respeito e interesse). Só se deve pedir informações que façam sentido, explicando o porquê das perguntas, a importância das respostas e para que elas vão servir. Para conquistar confiança e respeito das pessoas precisa-se valorizar os seus costumes, crenças, o modo de ser, seus estilos de vida, problemas e sentimentos.

Alguns pontos devem ser reconhecidos para se chegar ao sucesso do relacionamento com a comunidade. Dentre eles o elitismo, que é a forma arrogante de se dirigir à comunidade considerada inculta e incapaz, esta forma deve ser eliminada. O basismo (que é estar dentro da base todo o tempo para poder modificá-la) deve ser repensado, pois o fundamental não é estar o tempo todo na comunidade e, sim, partir do nível em que se encontra e aprender com ela. Outro ponto é o autoritarismo, que emudece as massas populares, prejudicando todo processo de abordagem.

As exigências deste trabalho não são facilmente enfrentadas por qualquer pessoa ou equipe. A coragem de correr o risco, de buscar novas maneiras de pensar e agir em coletividade é um desafio constante. É necessário, para isso, uma preparação prévia e, sobretudo, ter claro o princípio de realidade que o norteia. A parceria das ações em saúde com a comunidade se torna importante, principalmente, pelo redimensionamento das instituições e dos circuitos do exercício público.

2.2.1 Identificação dos Informantes-chave

É preciso gerar, diretamente, no terreno, algumas informações básicas, capazes de expressar as necessidades locais da população, para isso, procura-se conhecer os informantes-chave da comunidade, pois fornecem os depoimentos privilegiados da história desta e dos processos sociais básicos. A identificação dos informantes-chave é importante, pois informa a necessária percepção de subjetividade, através dos comportamentos, atitudes, rebeldia, dentre outros aspectos que compõem o traço emocional da atuação comunitária, o qual é tão fundamental quanto o dado clínico e epidemiológico. Desta forma, considera-se os problemas de vida e de saúde da população como problemas socioculturais e ambientais.

3 Pode-se utilizar de entrevista semiestruturada individual ou de grupo. As entrevistas individuais visam a obtenção de um conhecimento especial, um tópico particular. As entrevistas de grupo são usadas para a construção de conhecimentos sobre aspectos globais da comunidade e permitem acesso a uma gama maior de informações. Buscam-se, de propósito e de maneira bem direcionada, pessoas que possuam as qualidades necessárias, como líderes comunitários, líderes políticos, religiosos, sindicais, membros de associação de moradores, de clubes de mães e outros grupos organizados. Um grupo estratégico por circular na comunidade é caracterizado pela profissão-renda, como taxistas, costureiras, barbeiros e pequenos comerciantes.

Devem-se conhecer as redes de distribuição de poder. São muitas e variadas as formas de manifestação de poder no interior da comunidade. A identificação da chamada “elite” pode ser auxiliada pelos líderes e pelos executores das ações concernentes à vida comunitária. Investiga-se a posição dos administradores, o tipo de participação na tomada de decisões das questões básicas da comunidade, quem são os membros que detém autoridade, respeito e poder, de onde emergem os conflitos e protestos, quem os direciona, dentre outras informações.

2.2.2 *Análise Institucional*

Tem o objetivo de identificar as instituições, formais e informais, existentes ou que exerçam influência na comunidade. Assim sendo, a Abordagem da Comunidade transcende os espaços institucionalizados do “sistema de serviços de saúde”, se expande a outros setores e órgãos de ação governamental e não-governamental, e envolve uma trama complexa de entidades representativas de diversos grupos sociais. A pesquisa sobre equipamentos e entidades existentes serve para avaliar o potencial das forças de mobilização, o nível de engajamento, de politização e de atuação, assegurando sua colaboração.

Uma dinâmica a ser desenvolvida com a comunidade chama-se “jogo das bolas”. Após o levantamento de todas as entidades, a comunidade discute a importância destas, que é representada pelo tamanho da bola, ou seja, quanto maior a bola maior sua importância, e vice-versa. Feito isso, é desenhado um círculo maior que representa o território. As “bolas” das entidades são dispostas ao redor ou dentro da área. A distância das bolas representará a atuação destas entidades, ou seja, quanto mais perto a entidade da área maior sua atuação naquele local. O que se procura com esta atividade é estimular a discussão sobre cada entidade, de forma a compreender melhor seu inter-relacionamento e suas formas de atuação.

2.2.3 *Mobilização Comunitária*

A Mobilização Comunitária propicia a tomada de consciência para a participação organizada dos interessados (organizações comunitárias e a população) nas soluções dos problemas de caráter coletivo. Devemos tentar despertar na coletividade o interesse de se apropriar do poder que, subjetivamente, o tem, mas não conseguem utilizar para seu próprio interesse. Entendendo que a mudança do “funcionamento” da comunidade não acontece sem a colaboração dos residentes e que a função dos profissionais, que atuam na área e pretendem modificar uma realidade, é a de acompanhar a comunidade na busca das soluções dos problemas que eles próprios definem.

Busca-se trabalhar com a visão coletiva de futuro, baseado no conhecimento persistente da realidade que é a fonte das ideias críticas e do ímpeto de mudança. Daí a insistência no trabalho ampliado no tecido social, não se limitando a indivíduos e famílias, que restringem a mobilização política, tão necessária à mudança. A redefinição de sentido de pertinência e identidade é organizada, cada vez menos, por servidores locais ou nacionais e, cada vez mais, por participações extra-nacionais ou extra-territorializadas de consumidores. Este novo sentido de identidade traz grandes problemas à ideia de mobilização social, que passa a tratar de pessoas desterritorializadas. É de suma importância o conhecimento do capital social existente para o desenvolvimento das ações em saúde.

2.2.4 *Participação Comunitária*

O direito à participação é um direito da comunidade prevista na Constituição. Participação quer dizer tomar parte, partilhar, trocar, ter influência direta nas decisões e ações. É essencial conscientizar a comunidade que todo cidadão deve participar. Só assim ele exerce o direito de discutir as ações que interferem na sua própria saúde e na da comunidade. A participação Comunitária é essencial para o bom resultado das ações em saúde. Quando se estabelece boa comunicação com a comunidade, se trabalha melhor.

Trabalha-se no sentido de assegurar a cada cidadão o exercício da democracia e a plena participação, contribuindo para a elevação de sua consciência política e de sua organização, em defesa das aspirações e interesses da comunidade. Ocorrem momentos em que as ações se tornam difíceis de serem desenvolvidas e se perdem no meio do caminho, isto sem que se perceba poder ser consequência da herança histórica da sociedade civil nunca participar das decisões e, quando isto foi possível, muitas vezes, acabou por utilizar as mesmas ferramentas da classe que domina. Deve-se estar atento para não cometer esta falha.

3 PERFIL HISTÓRICO DA COMUNIDADE

Toda comunidade tem uma história, uma herança de experiências e conhecimentos que influenciam as atitudes presentes, as crenças e valores atuais. Traçar um perfil histórico significa conhecer os fatos-chaves ocorridos na comunidade ao longo do tempo, de forma cronológica, buscando compreender as conexões e influências na realidade atual.

As informações para a elaboração deste perfil devem ser recolhidas com os informantes-chave, como os moradores mais antigos e pessoas mais velhas da comunidade, é importante não se limitar a um pequeno grupo. Neste sentido, a tradição assume importante papel ao desvendar a história relatada de forma inestruturada. Os fatos e informações serão determinados pelos moradores, ou seja, serão aspectos que eles consideram importantes. No entanto, a equipe pode aprofundar aspectos específicos, como a utilização de recursos naturais, a instalação da rede de abastecimento público de água, pavimentação asfáltica, dentre outros. Deve-se evitar perguntas sobre anos específicos, dando preferência a momentos ou eventos marcantes. É importante dar tempo para que as pessoas se lembrem de situações passadas. A equipe deve ordenar as informações para facilitar a análise do histórico e para que seja possível compreender as limitações e oportunidades já vivenciadas pela população no passado, o que será de grande valia para o planejamento do trabalho futuro.

3.1 DISCUSSÕES EM GRUPO

Nas reuniões para conversar e trocar ideias sobre a realidade da comunidade, é fundamental criar um clima de respeito às características culturais, às diferenças de linguagem e até ao jeito de falar. Nos encontros em grupo se estuda melhores assuntos de interesse comum, pois cada um traz seu ponto de vista e sua maneira de encarar a solução de problemas e apresentar sugestões. O objetivo principal das reuniões é conseguir a cooperação dos membros do grupo. Isto só se faz quando todos participam do debate do problema chegando às melhores soluções. A participação gera a aceitação, que traz consigo a cooperação. Trata-se de um método mais participativo, a discussão em conjunto sobre a realidade e os problemas vividos pelo grupo contribui para uma maior tomada de consciência.

Sendo o grupo composto por indivíduos, o êxito depende das atitudes destes. São várias as condições pessoais necessárias ao indivíduo, como simpatia, interesse pela atividade a ser realizada, o ponto de vista linguístico e o ponto de vista psicossocial (os integrantes do grupo devem estar conscientes das principais dificuldades sociais que podem surgir durante o trabalho e saber superar as frustrações provenientes do atrito das tendências ou instintos dos componentes), dentre outras condições.

As entrevistas com os informantes-chave fornecem muita informação sobre a realidade, mas não são suficientes para o processo de **Abordagem da Comunidade**, portanto, é preciso ampliar e diversificar mais o universo entrevistado. Deve-se, para isto, reunir outras pessoas e organizar discussões em grupo, em ambiente de confiança e de cordialidade. Assim, reúne-se conhecimento e experiência de mais pessoas e se confronta diferentes opiniões.

A seguir, sugerem-se algumas dicas para os participantes de um grupo de discussão:

- Falar francamente;
- Ouvir cuidadosamente o que os outros dizem;
- Não interromper quem estiver com a palavra;
- Não monopolizar a discussão;
- Não fugir da discussão;
- Se manifestar quando discordar de alguma opinião;
- Esclarecer algum ponto obscuro sempre que sentir necessidade, não deixando para outro momento;
- Levar perguntas para reunião para estimular o debate;
- Estudar os problemas do grupo e refletir sobre o que foi dito.

Para compreender o que se passa na cabeça de uma pessoa que participa de uma reunião, é necessário entender a maneira com a qual as pessoas costumam pensar e resolver um problema. Considera-se esta condição como mecanismo intelectual de uma reunião. A primeira fase é a da definição do problema, na segunda fase analisa-se o problema e procuram-se as causas, na terceira fase chega-se a uma conclusão provisória e a na quarta fase chega-se à conclusão definitiva. Para o bom andamento da reunião é necessário que todos os membros do grupo passem em seu pensamento individual por estas quatro fases. As fases de

uma reunião “liderada” devem, por conseguinte, seguir as fases normais do pensamento humano. São elas: definição do assunto ou do problema, debate do problema ou do assunto, aceitação e resumo da conclusão.

Para organizar as discussões em grupo, convida-se toda a população ou se reúnem grupos específicos de pessoas. No entanto, quando se forma um grupo numeroso, mais de vinte pessoas, a gestão fica dificultada e há tendência a se formarem subgrupos.

3.2 TRABALHANDO A INFORMAÇÃO

Depois do trabalho de campo, momento alto do processo de **Abordagem da Comunidade**, segue a fase mais técnica e demorada, que consiste em compilar, processar, analisar, interpretar, apresentar e desenvolver a informação obtida. Faz-se um resumo dos dados mais significativos. Os dados quantitativos devem ser apresentados em números absolutos e em percentagens, para permitir melhor comparação e interpretação dos resultados. O resumo das informações poderá ser discutido com a comunidade, estabelecendo outro momento no processo de abordagem. Nesta devolução dos resultados deve-se encontrar formas de apresentação e visualização das informações acessíveis a todos.

3.3 MAPEAMENTO

É o reconhecimento e esquadramento do território segundo a lógica das relações entre condições de vida, saúde e acesso às ações e serviços de saúde. Isto implica processo de coleta e sistematização de dados demográficos, socioeconômicos, epidemiológicos e sanitários que posteriormente, devem ser interpretados segundo o mapa básico e os mapas temáticos. Os dados epidemiológicos, socioeconômicos, ambientais e de produção de serviços são referenciados a pontos ou áreas do mapa. O mapa básico contém a delimitação territorial, com o desenho da configuração urbana-rural. Ou seja, contém a delimitação dos bairros, ruas, contemplando o adensamento demográfico da população. Os mapas temáticos implicam, em primeiro lugar, a localização espacial dos serviços de saúde e outros equipamentos sociais, como creches, escolas, etc, e a delimitação das vias de acesso da população aos serviços. Estas medidas fornecem uma ideia dos fluxos de demanda às diversas unidades de saúde locais.

Em seguida, deve-se caracterizar os diversos grupos populacionais, de acordo com suas condições de vida, o que permitirá a justaposição do mapa básico aos mapas temáticos dos serviços de saúde e o das condições de vida. Finalmente, é necessário fazer a distribuição espacial dos principais problemas de saúde, identificados em função de informações epidemiológicas extraídas de bancos de dados oficiais ou obtidas através de “estimativas rápidas”, com “informantes-chave” e cruzar estas informações com mapas anteriormente elaborados.

O mapeamento tem o propósito de permitir a definição de prioridades, em termos de problemas e grupos, o mais aproximada possível, o que se refletirá na definição da ação mais adequada, bem como na concentração de intervenções sobre grupos priorizados. Este sistema permite direcionar as intervenções e alocar os recursos de forma economicamente mais eficiente e socialmente mais eficaz. Em outras palavras, visa contribuir para a operacionalização de uma escolha política em favor da equidade, conforme critérios de discriminação positiva. O mapeamento, ainda, fornece suporte para outras etapas, como as de planejamento e programação.

3.4 DIAGNÓSTICO DA COMUNIDADE

É construído a partir das informações sobre o número de habitantes, escolaridade, situação de saúde coletiva, principais causas de óbito, renda familiar, situação ambiental, meios de transporte e comunicação mais utilizados, instituições locais interessadas na melhoria das condições de vida, dentre outras.

3.5 PLANEJAMENTO E PROGRAMAÇÃO

Planejar é programar o desenvolvimento das ações de saúde em um território específico. Exige conhecimento detalhado das condições de vida e trabalho das pessoas que residem no território e das formas de organização e de atuação dos diversos órgãos governamentais ou não, para que se possa ter "visão estratégica", isto é, clareza sobre o que é necessário e possível fazer. Exige, também, disponibilidade e



interesse em desenvolver uma ação comunicativa, participando de um diálogo permanente com os representantes desses órgãos, com os grupos sociais e a comunidade, buscando o trabalho coletivo. Utilizando-se de toda informação obtida até então, faz-se o planejamento das ações e definição das prioridades com a participação popular. O planejamento deve ser baseado no diagnóstico de saúde da comunidade e deve considerar os princípios e objetivos das ações a serem executadas.

Pode-se construir uma “árvore de problemas”, ou “fluxograma situacional”, para sistematizar as informações acerca dos problemas de saúde, e subsidiar assim, um processo de tomada de decisões com relação ao “que fazer” para enfrentá-los. Estas decisões contemplam uma “árvore de objetivos”, da qual derivam as ações a serem realizadas nos territórios considerados segundo uma perspectiva intersetorial.

O conjunto das ações e serviços definidos para o enfrentamento dos problemas constitui operações a serem implementadas segundo uma lógica que privilegie a perspectiva de flexibilização gerencial (projetos) e não a organização de estruturas burocráticas para administrar os recursos humanos e materiais envolvidos. Isto implica a reorganização de equipes de trabalho e no gerenciamento descentralizado e modular e fortalece o controle gerencial e social do processo de implementação das ações. A Abordagem de Comunidades não é pré-fixada no primeiro contato com a população e, sim, estabelecida gradualmente durante todo o processo das práticas de saúde, através de aproximações sucessivas, também consideradas durante todo processo de planejamento e programação.

3.6 AVALIAÇÃO PARA RECONHECER AS FALHAS E CONQUISTAS DO PROCESSO

A avaliação é feita entre os agentes sociais e a comunidade, surgindo mais um momento da abordagem. Dentro da própria equipe dos trabalhadores de saúde, faz-se avaliações frequentes para fortalecer o grupo perante o relacionamento interno, as formas de trabalho e os objetivos a serem conquistados.

CONCLUSÕES

Percebe-se, ao longo deste trabalho, a intenção de uma proposta na aproximação das práticas de atenção à saúde aos interesses coletivos da sociedade. Evidencia-se, assim, a possibilidade de aproximação dos grupos sociais àqueles que praticam a reflexão e o agir em saúde para que as relações e contradições sirvam para a construção de uma contra-ideologia redirecionando os serviços de saúde.

A prática da **Abordagem de Comunidade** coerente requer capacitação dos profissionais envolvidos. O profissional deve agir com competência, curiosidade científica e, ao mesmo tempo, ter criatividade afetiva e política, situações que conjugam a consciência do trabalho sério, honesto e orgânico com as classes populares e seu projeto histórico de sociedade e cidade saudável.

A operacionalização dessas ideias supõe identificar novas maneiras de pensar o processo de trabalho em saúde. Isto significa uma possibilidade de reconceitualização do objeto das práticas de saúde, e, por conseguinte, a formulação de indagações sobre a pertinência, a consistência ou a eficácia dos meios de trabalho e do trabalho propriamente dito. Indagações para serem utilizadas para a apreensão e/ou transformação desse objeto.

Este é um caminho que estará em permanente construção e quando se opta por uma prática de caráter transformador, um momento abstrato-concreto de conhecimento mútuo para uma mobilização social, a questão remete-se à própria democratização da sociedade brasileira. Dessa forma, o processo de **Abordagem de Comunidades** nas práticas de saúde supõe o afloramento e a vivência dos conflitos de que a prática em saúde é portadora, manifestos no plano da equipe profissional, da organização dos serviços e dos grupos sociais. É igualmente importante ressaltar que o conjunto de técnicas e metodologias apresentadas, não devem ser entendidas como um pacote fechado, a ser aplicado uniformemente em diferentes contextos. Ao contrário, trata-se de uma coleção de instrumentos operacionais, que devem ser “adequados” conforme as características de cada comunidade.

REFERÊNCIAS

ABRAMOVAY, R. O capital Social dos territórios: repensando o desenvolvimento rural. Fortaleza, 1998, 14p. Monografia.

ARCOVERDE, Ana Cristina Brito. O Coletivo Ilusório – Uma reflexão sobre o conceito de comunidade.



de, Recife, Ed. Universitária/UFPE, 1985. pp 50-55.

BANDEIRA, Lourdes Maria. “Processos de Observação e Participação Das Comunidades”. Revista Ação Coletiva. V.1, n.1, jan/março, 1998, p 33-40.

BANDEIRA, Lourdes Maria. “O processo de Abordagem de Comunidades”. Brasília, UnB, in: Curso de especialização à distância em Odontologia em Saúde Coletiva., módulo 3. 1998. 1p.

BLEICHER, Lana. “Participação Popular e Controle Social em Saúde”. Brasília, UnB, in: Curso de Especialização à distância em Odontologia em Saúde Coletiva, módulo 7. 1999. 8 p.

BRASIL. Ministério da Saúde. Agentes em Ação. Participação Comunitária em Saúde. “S.D.”

BRASIL. Fundação Nacional Comunitária. Uma Estratégia para a Reorientação do Modelo de Saúde. Educação em Saúde e a Mobilização. Brasília, 1994.

BRASIL. Saúde da Família: Assistencial. Brasília, 1998.

CORDÓN, Jorge Alberto. “Abordagem e participação social nos Processos de Saúde Bucal” Brasília, UnB, in: Curso de Especialização à distância em Odontologia em Saúde Coletiva, módulo 7. 1999. 5 p.

FERREIRA, Aurélio Buarque de Holanda. Dicionário Aurélio Básico da Língua Portuguesa. 1ª Ed. Rio de Janeiro, Nova Fronteira, 1988.

FLORES, Oviomar. “Educação em saúde ou “prática de Saúde enquanto Prática social”. Revista Ação Coletiva. V.2, n.2, abr/jun, 1999, p 19-24.

FREIRE, Paulo. “Como trabalhar com o povo?”. Associação Paulista de Saúde Pública. Texto n.3, 1983.

GARRIDO, Neyde Glória. LEVCOVITZ, Eduardo. “Saúde da Família: a procura de um modelo já anunciado”. Cadernos Saúde da Família. Ministério da Saúde, ano 1, n.1, jan/jun, 1998, p 05-12.

HABERMEIER, Kurt. Diagnóstico rápido e participativo da pequena produção rural: como fazer. Recife, ASCTES/Centro Sabiá, 1995. 72p.

HILGERT, Elisiane Cardoso. ABEGG, Claídes. PRETTO, Salete Maria. “Análise das Abordagens de Educação em Saúde em Programas de Saúde Bucal”. Revista Ação Coletiva. V.2, n.2, abr/jun, 1999, p 10-14.

ORGANIZAÇÃO PANAMERICANA DE SAÚDE. Escritório Regional da Organização Mundial da Saúde. A estimativa Rápida e a Divisão do Território no Distrito Sanitário – Manual de Instruções. Série Desenvolvimento de Serviços de Saúde nº11, Brasília, 1993, 54p.

MATTEI, Lauro. REBESCHINI, Paulo Roberto. “Capacitação em gestão social para os Conselheiros Municipais de Desenvolvimento Rural”. Módulo II, Brasília, 2000. 44p.

RIZZO, Raquel. “Uma reflexão sobre a utilização dos recursos tecnológicos e dos meios de comunicação em saúde coletiva: baseada na experiência da Escola de Saúde Pública do Paraná”. Revista Ação Coletiva. V.2, n.2, abr/jun, 1999, p 33-38.

8

SAFORCADA, Enrique. Psicologia Comunitária. El enfoque ecológico contextualista de James G. Kelly. Buenos Aires, Proa XXI Editores, “S.D.”.

TORO, Bernardo. Mobilização Social: uma teoria para a universalização da cidadania. Documento fruto da Série Mobilização Social: Comunicação e Mobilização Social, V. 1, Universidade de Brasília, 1996.

VALLA, V.V.. “Sobre a participação popular”. Cadernos de Saúde Pública. V.14 suplemento 2, 1998, p.7-



WEIL, Pierre. Relações Humanas na Família e no Trabalho. Petrópolis, Ed. Vozes Ltda., 1976.