

Desafios para a Participação Popular em Saúde: reflexões a partir da educação popular na construção de conselho local de saúde em comunidades de João Pessoa, PB'

Challenges for Popular Participation in Health Issues: reflections based on popular education in the development of a local health council in communities at João Pessoa/PB

Pedro José Santos Carneiro Cruz

Professor do Departamento de Promoção da Saúde da UFPB.
Endereço: Rua Sebastião Interaminense, 777, ap. 201, Res. Nova Ipanema, Bairro Jardim Oceania, CEP 58037-770, João Pessoa, PB, Brasil.
E-mail: pedrojosecruzpb@yahoo.com.br

Samara Cíntia Rodrigues Vieira

Graduanda do Curso de Nutrição da UFPB.
Endereço: Rua Antonio Targino Sobrinho, 53, Funcionários III, CEP 58079020, João Pessoa, PB, Brasil.
E-mail: sam_nutricao@yahoo.com.br

Nayara Moreira Massa

Graduanda do Curso de Nutrição da UFPB.
Endereço: Rua Professor Sá e Benevides, 26, Treze de Maio, CEP 58025-390, João Pessoa, PB, Brasil.
E-mail: nayaramassa@yahoo.com.br

Thaise Anataly Maria de Araújo

Graduanda do Curso de Nutrição da UFPB.
Endereço: Rua Pastor Mizael Jácome Cavalcanti, 452, Ernesto Geisel, CEP 58075-010, João Pessoa, PB, Brasil.
E-mail: thaty_anataly@hotmail.com

Ana Cláudia Cavalcanti Peixoto de Vasconcelos

Mestre em Saúde Pública. Doutoranda em Saúde Coletiva pela ENSP/FIOCRUZ. Docente do Departamento de Nutrição, Centro de Ciências da Saúde da Universidade Federal da Paraíba.
Endereço: Cidade Universitária, S/N, Campus I. 2 andar do CCS. Castelo Branco III, 58059-900, João Pessoa, PB.
E-mail: anacpeixoto@uol.com.br

O presente estudo foi desenvolvido como parte integrante das atividades do projeto de extensão universitária "Práticas Integradas da Nutrição na Atenção Básica em Saúde", do Departamento de Nutrição da UFPB, o qual é apoiado pelo Programa Bolsas de Extensão (PROBEX) da Pró-Reitoria de Extensão e Assuntos Comunitários da UFPB e pelo Programa de Apoio a Extensão Universitária (PROEXT) da Secretaria de Educação Superior (SESU) do Ministério da Educação (MEC).

Resumo

A participação popular constitui uma força social capaz de elencar prioridades e influir nos serviços públicos de saúde, impulsionando a formulação de políticas para a promoção da saúde como um direito, de forma equânime, democrática e participativa. A organização da representação popular em conselhos de saúde vem avançando desde sua garantia na Lei 8.142/90, fazendo deste um espaço para fiscalização de ações e dinamização do controle social. Nesse contexto, o projeto de extensão “Práticas Integradas da Nutrição na Atenção Básica em Saúde - PINAB”, do Departamento de Nutrição/UFPB, vem atuando no processo de fortalecimento da participação popular na saúde a partir da construção de um conselho local de saúde (CLS), em uma Unidade de Saúde da Família (USF), em João Pessoa/PB. Este trabalho pretende sistematizar essa experiência, por meio da inserção dos extensionistas no processo e sua participação ativa nas ações desenvolvidas. Utilizando como metodologia a educação popular, o grupo operativo *Mobilização Popular* atuou por meio de: *Visitas domiciliares*, no intuito de reconhecer os movimentos sociais locais, para compreender a sua história de luta; e *Atividades educativas*, que visam contribuir para a participação comunitária no CLS e aprimorar os conhecimentos dos sujeitos envolvidos, favorecendo assim, o diálogo e o compartilhamento de saberes entre os mesmos. Ante o exposto, o PINAB pôde gerar movimentos e interlocuções para colaborar com o fortalecimento da gestão participativa na USF ao apoiar os espaços de formação e informação sobre o CLS, cooperando com o aprimoramento do senso crítico e estimulando a construção de um conselho verdadeiramente democrático.

Palavras-chave: Conselhos de Saúde; Participação Comunitária; Educação em Saúde.

Abstract

Popular participation constitutes a social force which is able to point out priorities and also to influence the Public Health Services, developing policy-making for Health Promotion as a right, in a democratic, equal and participative way. The organization of popular representation into Health Councils has been growing since it was guaranteed in law 8.142/90, making this space become an instrument to inspect actions and to promote the dynamism of social control. In this context, the Extension Project “Integral Nutrition Practices in Primary Health Care - PINAB”, of the Nutrition Department of UFPB (Federal University of Paraíba) has been participating in the process of strengthening popular participation in health, taking as a starting point the organization of a Local Health Council within a Family Health Unit in the city of João Pessoa (Northeastern Brazil). This work aims at organizing this experience, through the insertion of students in the process and through the promotion of their active participation in the developed actions. Popular Education was used as methodology, and the operational group *Popular Mobilization* acted by means of: *Home Visits*, in order to survey the local social movements, so as to understand their history of struggle; and *Educational Activities*, which aim to contribute to the community’s participation in the Local Health Council, and to enhance the knowledge of the involved subjects, thus favoring the promotion of dialogue and the sharing of knowledge among them. Thus, PINAB could create movements and dialogues to collaborate with the strengthening of participative management in the Family Health Unit by means of supporting spaces of education and information about the Local Health Council, cooperating to improve critical sense and stimulating the construction of a truly democratic Council.

Keywords: Health Councils; Community Participation; Health Education.

Introdução

A participação de um projeto de extensão universitária no processo de formação de um conselho local de saúde (CLS) em comunidades de João Pessoa-PB revelou conter diversos aprendizados no âmbito do controle social e da participação popular em saúde. Compartilharemos neste artigo reflexões capazes de elucidar perspectivas, dificuldades e contribuições desveladas nesta vivência.

Xavier (2007) afirma que, historicamente, a participação dos movimentos populares no campo da Saúde Pública brasileira tem incidido na defesa do direito à saúde de maneira que seus serviços sejam geridos de forma democrática, rompendo com o caráter assistencialista e meramente previdenciário, constituído durante a Era Vargas. Até meados de 1960, o movimento operário de inspiração nacionalista foi o responsável por melhorias do acesso com qualidade à saúde; durante esses anos foi possível verificar a estruturação de serviços e a implantação de alguns programas de auxílio e atenção médica para alguns setores populares. Entretanto, o atendimento à população permaneceu limitado, como também eram limitadas sua qualidade técnica e estrutura organizacional.

Contudo, a partir da instalação da ditadura militar, em 1964, os processos de reivindicação pela saúde como direito de todas as pessoas passaram a encontrar obstáculos sistemáticos em meio à repressão política dos movimentos de luta pela redemocratização e liberdade de expressão. Nesses processos, o setor saúde encontrou um espaço significativo de participação, na medida em que estudantes e trabalhadores da saúde passaram a fazer dos trabalhos de saúde comunitária espaços para incremento da participação popular, da cidadania e da conscientização (Stotz, 2005).

Como ressalta esse autor, nesse contexto, as crises político-econômicas no cenário nacional e internacional intensificaram os problemas sociais, fazendo com que a população reivindicasse melhoria da infraestrutura e do atendimento no âmbito

da saúde, requisitando serviços públicos locais e exigindo participação no controle daqueles já estruturados. A presença popular referia-se ao direito de tornar o Estado efetivamente um bem público e desprivatizar interesses (Stotz, 2005). A partir do final da década de 1970, a participação popular na área da saúde também foi evidenciada em práticas integrativas e populares de saúde² e no engajamento de alguns profissionais.

Esses foram processos constituintes do conhecido Movimento de Reforma Sanitária, das décadas de 1970 e 1980, que insistiu na construção de um novo sistema de saúde para o Brasil, baseado em princípios como integralidade, universalidade e descentralização. Esse fato culminou com a institucionalização do Sistema Único de Saúde (SUS), por meio do qual ficou assegurada a participação da comunidade na gestão do SUS (artigo 1º), de acordo com a Constituição Federal, no Capítulo da Seguridade Social, art. 198 (Brasil, 1988); e por meio da Lei nº 8.142 (Brasil, 1990). Essa participação, segundo o referido documento, deve ocorrer por meio dos conselhos de saúde, que constituem instâncias de ação política que articulam no interior do campo da saúde as ações do Estado e da cidadania, com a finalidade de ampliar o Controle Social na gestão do SUS.

No cenário da construção da Constituição de 1988, a criação dos conselhos de saúde derivou da crescente relevância que ganhava a participação da sociedade civil na tomada de decisão na construção das diversas políticas públicas, a exemplo da educação e da assistência social. Assim, os conselhos assumiram, institucionalmente, papel primordial no processo de afirmação da cidadania, sendo ainda hoje um importante instrumento de controle social e mecanismo estratégico na garantia de direitos, conforme ressaltam Martins e colaboradores (2008).

Sposati e Lobo (1992) apontam que é por meio dessas discussões que emergiu, no campo institucional, o conceito de Controle Social, o qual conferiu, na história de democratização das políticas de saúde, visibilidade aos movimentos sociais, quer pela denúncia das “ausências e omissões” dos serviços

2 Muitas das quais passaram a ser contempladas pela Política Nacional de Práticas Integrativas e Complementares no SUS (BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. *Política Nacional de Práticas Integrativas e Complementares no SUS*. Brasília, DF, 2006. 92 p. (Série B. Textos Básicos de Saúde).

instalados, quer pela luta em construir espaços regulares para exercício do controle nos serviços e nas burocracias de sua gestão. Os conselhos têm por finalidade não somente abrir as portas do setor saúde à participação da sociedade civil organizada, mas reforçar a dinâmica social, para sua mobilização em associações de interesse, facilitando a disseminação da cultura participativa, como destacam Martins e colaboradores (2008).

Desde a constituição dos conselhos de saúde, sua construção tem sido desafiadora, tanto em nível nacional, como estadual, municipal e local. Pois em cada realidade específica coexistem diferentes interesses, concepções e utilidades neste espaço social, uma vez que os conselheiros atuam com distintas perspectivas metodológicas e políticas.

A compreensão da saúde enquanto um direito, e não apenas como objeto de consumo (visão do serviço de saúde apenas como centro de “conserto” e recuperação das doenças), consiste em outro ponto crítico, o qual vem sendo assumido pela Política Nacional de Gestão Estratégica e Participativa do Ministério da Saúde (Brasil, 2009). Nessa proposta do governo federal, é explícita a importância dos conselhos de saúde como instâncias políticas e formativas para o exercício do controle social e o fortalecimento da cidadania.

Vasconcelos (2004) aborda que, localmente, os conselhos passaram a ser demandados graças aos movimentos populares, que vinham executando práticas dialógicas em suas comunidades e reivindicavam participação no controle de serviços locais já estruturados. Lacerda e Santiago (2007), por sua vez, afirmam ser os conselhos de saúde um espaço potencializador da criatividade dos usuários na proposição e elaboração da política local de saúde.

Para Vasconcelos:

em muitos lugares, movimentos populares vêm conseguindo criar formas de intervenção e questionamento dos serviços de saúde oficiais que têm gerado práticas extremamente inovadoras e criativas em que os fabulosos instrumentos terapêuticos da medicina newtoniana e cartesiana são integrados com saberes populares, abordagens

espirituais, dinâmicas de grupo e lutas políticas (2006, p. 270).

Os conselhos locais vêm merecendo destaque, favorecendo a participação da comunidade, especialmente por estarem próximos da população, localizados no espaço estratégico da Atenção Básica à Saúde (ABS). Instituir tais conselhos tem exigido dos sujeitos envolvidos habilidades para trabalhar em equipe (trabalhadores-gestores-usuários), pois a maior proximidade entre estes e os problemas do cotidiano ocasionam dificuldades no diálogo e conflitos de interesses, em que a instituição efetiva do conselho enquanto instância de controle social e interação serviço-comunidade torna-se um desafio. Ademais, é necessário acompanhar e qualificar as iniciativas locais de controle social, no sentido dos conselhos constituírem-se em espaços plurais para legitimação de outra concepção de saúde, de promoção do diálogo transdisciplinar e da afirmação do popular.

Dessa maneira, implantar um método de construção de conselho com negociação e ampla participação social tem se tornado desafiador, requerendo o permanente estímulo da atuação dos cidadãos no processo de tomada de decisão e de controle das ações (Stotz, 2005). Devido à sua tradição no trabalho pedagógico problematizador, a Educação Popular emerge, portanto, como espaço cultural e formativo capaz de intensificar o potencial humanizador e democrático dos conselhos de saúde.

Inserindo-se no contexto da Atenção Básica em Saúde, estudantes e professores do projeto de extensão “*Práticas Integradas da Nutrição na Atenção Básica em Saúde - PINAB*”, do Departamento de Nutrição da Universidade Federal da Paraíba (UFPB), se depararam com um processo de mobilização social reivindicativo para constituição de um conselho local em uma Unidade de Saúde da Família (USF)³, a qual abrange três comunidades na cidade de João Pessoa-PB. Ao iniciar sua interação naquela área, tornou-se evidente para os integrantes do PINAB os anseios daquela população e de alguns trabalhadores por espaços democráticos de discussão e reflexão acerca do serviço de saúde, no sentido de propiciar

3 Por questões éticas, não identificaremos neste artigo a USF ou as comunidades nas quais foi desenvolvida a experiência.

maior resolutividade dos problemas vivenciados pelos usuários.

Desse modo, o PINAB vem participando - por meio do grupo operativo *Mobilização Popular* (MP) - do processo de formação do conselho local de saúde da USF, desde dezembro de 2007. Disposto a compartilhar desta construção como apoio educativo, juntamente com os usuários, trabalhadores e gestores locais, o PINAB empreendeu atividades geradoras de discussões, visando contribuir para o fortalecimento do controle social na perspectiva da participação popular ativa e criativa naquele serviço de saúde.

A construção do conselho local da referida USF vem sendo realizada a partir dos pressupostos da educação popular, tanto pela disposição dos atores sociais envolvidos, como pela participação do projeto de extensão, cujos protagonistas atuam como apoiadores deste processo diferenciado, no qual se propõe utilizar a educação popular como mediadora da efetivação do controle social em nível local.

Diante dessa experiência, o presente trabalho tem como objetivo evidenciar os principais conhecimentos adquiridos no decorrer desse processo, com enfoque na apreensão dos desafios mais relevantes para a construção de conselhos locais de saúde a partir de relações educativas orientadas pela concepção de educação popular. Ademais, neste ensaio buscamos avaliar os impactos da inserção dos extensionistas no processo de fortalecimento do controle social e sua participação no decorrer das ações desenvolvidas para a criação do CLS.

Caminhos Metodológicos

A construção deste artigo está balizada pela metodologia da sistematização de experiências (Holliday, 1996), apoiada na observação participante (Minayo, 2004), viabilizada graças a registros por meio dos relatórios e diário de campo, que contêm informações das ações e interações realizadas com a comunidade. Foi escrito a cinco mãos, por três estudantes, extensionistas do PINAB, um docente do curso de graduação em Medicina e uma docente do curso de graduação em Nutrição, ambos coordenadores do Projeto de Extensão, que se envolveram na realização da experiência agora sistematizada.

As ações desenvolvidas pelo Projeto PINAB são norteadas pelo referencial teórico-metodológico da Educação Popular (EP), cujos fundamentos se encontram sustentados na pedagogia sistematizada por Paulo Freire, na qual é utilizado um conjunto de habilidades que permitem a construção do conhecimento a partir da realidade, conforme vivenciada pelas pessoas envolvidas. A EP é considerada um instrumento de emancipação social que, ao colocar a cultura no centro de seu processo, atua sobre a representação da comunidade e, conseqüentemente, com ela age, por meio de ações organizadas geradoras de autonomia.

Na saúde, a Educação Popular configura-se a partir das práticas populares e das experiências de profissionais que atuam junto às comunidades e aos movimentos populares e sociais, dinamizando sua atuação a partir dessa integração. Visa participar do esforço das classes subalternizadas para a organização do trabalho político, a fim de abrir caminho para a conquista da liberdade e de seus direitos, conforme ressalta Brandão (1982).

O PINAB configura-se como ação de Extensão Popular, associando-se a uma série de outras práticas espalhadas pelo Brasil que adotam uma perspectiva crítica frente à lógica assistencialista e mercantilista da Extensão Universitária, ainda predominante no cenário acadêmico. Nesse sentido, ela é concebida como trabalho social, direcionado à constituição de elementos capazes de gerar a transformação social rumo à liberdade, dignidade e conscientização (Melo Neto, 2006). Articula ações de pesquisa e ensino, geradas a partir do confronto crítico com a realidade social vivenciada, cuja intencionalidade está voltada para a emancipação humana, contribuindo para a superação das desigualdades sociais.

A experiência em destaque neste artigo teve início em encontros entre os trabalhadores da equipe de saúde da família e membros do PINAB, para discutir a possibilidade de formação do CLS, a partir das primeiras reivindicações comunitárias. Havia ainda muito desconhecimento na equipe sobre qual seria o papel do conselho e a função do controle social no SUS. Antes mesmo do encontro com os usuários, essas reuniões aconteceram para esclarecer os membros da USF. Para isso, o foco pedagógico consistia em escutar as diversas experiências e saberes sobre

Controle Social, culminando com o conhecimento do processo que estava sendo construído localmente. A partir da segunda reunião, as discussões sobre a formação do CLS passaram a contar com a presença da comunidade e de representantes da Secretaria Municipal de Saúde, formando-se então uma comissão organizadora do conselho.

No decorrer desse processo, passamos a realizar ações educativas com a comissão organizadora do CLS, a qual era formada por 17 membros, sendo eles: quatro usuários representantes das comunidades envolvidas, quatro agentes comunitários de saúde (ACS), uma enfermeira, uma dentista e duas apoiadoras matriciais da USF. Além deles, havia quatro estudantes universitários e um professor/nutricionista, vinculados ao PINAB/UFPPB. Essa comissão visava qualificar os conhecimentos dos sujeitos envolvidos, abordando temas como regimento e função do conselho, além do controle social. Tais ações buscavam uma participação mais consciente dos sujeitos naquele espaço, favorecendo o diálogo e o compartilhamento de saberes entre os mesmos.

A partir de deliberações da comissão organizadora do CLS, foram realizadas atividades educativas no âmbito da comunidade e da USF com a presença dos moradores, dos profissionais e da gestão municipal. Esses encontros configuraram-se momentos para trabalhar os diferentes saberes e interesses desses sujeitos frente ao conselho, por meio de rodas de conversas, com intuito de compartilhar expectativas quanto à sua formação. Os atores envolvidos discutiram sobre conceitos de saúde, controle social e participação popular, socializando objetivos e ressaltando a importância do CLS, a fim de que sua construção fosse efetivamente participativa.

Paralelamente, os extensionistas do PINAB realizaram visitas domiciliares juntamente com os ACS. As mesmas foram feitas no momento em que o movimento de luta pela criação do conselho emergia na comunidade. Visitamos preferencialmente as lideranças comunitárias que estavam envolvidas no processo, visando reconhecer os movimentos sociais comunitários, a fim de compreender melhor a história de luta daquela área e, assim, entender as fragilidades, as necessidades e os problemas que levaram estas pessoas a lutarem pela formação deste espaço.

Discussão

Fortalecendo a Participação Popular em Saúde nas Comunidades

As ações tinham como pano de fundo a ampliação da capacidade democrática e do espírito participativo no serviço de saúde das comunidades envolvidas no processo. Contudo, acreditamos que essa percepção foi se constituindo não de imediato, mas à medida que interagíamos com a realidade local e seus sujeitos, o que nos permitiu inferir que, somando-se a participação social à metodologia educativa de Paulo Freire, forma-se uma base sólida para a Atenção Primária à Saúde integral. Sobre isso MacDonald e Warren (1991, p. 44) discorrem:

A educação não é um mero componente da Atenção Primária à Saúde. Antes disto, esta é, em sua totalidade, um processo [...] em que, na perspectiva defendida pela Conferência de Alma Ata, se baseia no encorajamento e apoio para que as pessoas e grupos sociais assumam um maior controle sobre sua saúde e suas vidas.

Mas *como* procuramos alcançar esses horizontes? O que temos avaliado a partir dos caminhos percorridos?

Começaremos a avaliação pelas visitas. Optar pelas visitas domiciliares como forma de favorecer a escuta da comunidade, antes mesmo de tomarmos qualquer decisão, foi importante para compreendermos como esta organiza seu pensamento e elege suas prioridades. Conforme ressalta Eymard Vasconcelos, no vídeo “Diálogos de Extensão Popular: reflexões e significados”:

O que diferencia um projeto que se orienta pela Educação Popular é que ele não está muito preocupado em definir o que vai fazer “de cara”, assim, as pessoas primeiro chegam na comunidade, criam um vínculo, ouvem um pouco, vão esperando demandas, [...] o mais importante é ficar, brincar, conversar [...] (Vasconcelos, citado por Cruz, 2007).

As visitas domiciliares possibilitaram conhecer mais de perto as lideranças comunitárias que foram identificadas no decorrer do processo, permitindo a compreensão de suas formas de organização política e a escuta de suas experiências nos movimentos locais. Também buscamos vislumbrar suas

expectativas em relação à formação do conselho. Nesse ponto, identificamos que algumas lideranças almejavam que o CLS viesse resolver os problemas da comunidade. Enxergavam-no como canal direto para o encaminhamento de seus reclames e a solução dos entraves observados.

Com isso, percebemos também que tantas reclamações decorriam da falta de espaços permanentes de diálogo do serviço com a comunidade. Evidenciava-se que o potencial crítico dos movimentos populares ali constituídos pouco tinha sido trabalhado pelas equipes de saúde anteriores. Por isso mesmo, algumas das lideranças não enxergavam no conselho uma construção coletiva, entre gestão, trabalhadores e comunidade, em que o mais importante era dialogar e tecer as ações na união, em lugar de preferir elencar as reclamações.

Em face dessa teia complexa de intenções, resolvemos investir em atividades educativas que propiciassem o diálogo de ideias sobre o conselho para favorecer a reflexão individual e as problematizações coletivas, de modo a dinamizar a construção do CLS.

Foram promovidas *rodas de conversa* nas quais, em pequenos subgrupos, se discutiam temas geradores elencados a partir das primeiras reuniões de organização do CLS. Indagavam-se questões do tipo: “*Como você percebe a participação popular na saúde?*” e “*O que é um conselho local? Como ele deve se estruturar?*” Com as atividades educativas procuramos utilizar o saber anterior dos sujeitos envolvidos no processo para, então, buscar o enriquecimento dos conhecimentos destes, contribuindo para o aprimoramento do senso crítico e estimulando a construção de um conselho participativo. Isso se concretizou pelo fato dos atores terem buscado problematizar as questões primordiais que geravam dúvidas, ou que os incomodavam, em oposição aos tradicionais métodos, nos quais a transmissão de conceitos a educandos passivos é o que vigora. Ao final de cada discussão em subgrupo, era formada uma plenária, da qual eram retirados encaminhamentos na expectativa de continuar a estruturação do CLS. Em algumas situações, utilizamos também atividades lúdicas, esquetes e dinâmicas para debater os temas relevantes, especialmente quando este ficava entravado ou a polêmica de algumas questões centralizava a discussão.

Esses recursos pedagógicos diversificados foram essenciais para esclarecer à grande parte da população o que era o Programa Saúde da Família (PSF). No decorrer do processo, percebemos que muitas daquelas pessoas desconheciam a proposta do PSF, sua organização e diretrizes, o que lhes dificultava a formulação de críticas. Isso também causava desentendimentos entre as lideranças e os profissionais, pois muitas das críticas eram feitas não ao serviço, mas ao Sistema Único de Saúde. Todavia, tais críticas eram direcionadas aos trabalhadores, o que gerava constrangimentos. Procurou-se, então, explicar a proposta do PSF e sua estruturação na comunidade. Mas não como justificativa às críticas, e sim como base para qualificação destas ao Sistema. Temos claro que o PSF e o próprio SUS são uma conquista democrático-popular essencial, mas não estão prontos e acabados. Tampouco é imaculado. Em um processo intenso de participação popular, como este aqui refletido, percebe-se o quanto é preciso criticar o SUS, visando sua permanente qualificação na perspectiva humanitária, equânime e participativa.

Chegamos inclusive a um questionamento inquietante: será que a maior parte da população compreende o SUS, suas propostas e ações, inclusive as lutas por democratização, educação permanente e humanização? Ou, em grande parte, foram esses avanços importantes, mas restritos à intelectualidade, pouco problematizados com a população usuária?

Tensões e Obstáculos na Construção do Conselho

De todo modo, exercitar o diálogo durante essas ações foi desafiador, na medida em que se defrontaram, no mesmo espaço, interesses e saberes tão diversos para a construção de um mesmo objetivo.

A população requeria um canal formal de reclamações, visto existir uma significativa demanda para melhoria nos serviços prestados pela unidade de saúde. Além disso, afirmava perceber pouca resolutividade para aquelas queixas que conseguiam ser encaminhadas.

Dentre os usuários, muitos queriam implementar o conselho apenas para ocupar um espaço político

de visibilidade comunitária, o que era constatado por sua pouca dedicação à construção coletiva das ações e reflexões, além da insistência em criar o CLS e eleger os conselheiros de qualquer maneira, sem preparações pedagógicas e organizativas adequadas. Para outras lideranças comunitárias, era imprescindível construir o conselho de forma coletiva com trabalhadores e gestores, criando para isto espaços de conhecimento, negociação e aprendizado mútuos. Esses sujeitos reconheciam, portanto, suas próprias lacunas acerca do tema e apoiavam as iniciativas de reflexão coletiva anteriores à instalação do conselho.

Por sua vez, trabalhadores e membros da gestão municipal preocupavam-se em ampliar a participação comunitária no processo para além das tradicionais lideranças locais, e investiam nas ações de esclarecimento da proposta do CLS para um grupo maior de usuários, apostando em um processo de educação continuada.

No que tange à gestão de saúde em nível distrital e municipal, persistia uma presença apenas pontual em alguns momentos específicos desse processo, sentindo-se sua ausência no desenrolar da experiência como um todo, o que desmotivava muitos dos trabalhadores e usuários. Isso pode ser interpretado como resultado da sobrecarga na demanda de gestão distrital e municipal, na não priorização de apoio aos processos locais de controle social ou outro aspecto que não tenhamos apreendido nesta análise.

De todo modo, a nosso ver, a urgente demanda popular por resolução dos problemas que causavam dor e incômodo conviviam com a cautela pedagógica de gestão e profissionais, procurando ampliar a discussão e trazer novos atores, além da pressão de algumas lideranças populares em estabelecer o CLS e eleger os conselheiros. Nesse cenário ainda se percebia a ausência da gestão de saúde, a qual poderia incentivar trabalhadores e usuários a persistir no processo, demonstrando o quanto o trabalho em questão era importante.

Divergências existiam também quanto à formação do conselho, pois a comunidade não aceitava a composição exigida para que este fosse legitimado, que consiste em 50% de integrantes titulares usuários, 25% de trabalhadores e 25% de representantes da gestão. Exigiam um conselho exclusivamente

comunitário, pois referiam temer que a presença dos profissionais oprimisse a participação dos usuários no espaço. Assim, essas divergências poderiam trazer repercussões importantes de serem avaliadas, pois a comunidade perderia o direito de intervir na gestão da USF, se restringindo a tarefas de fiscalização e denúncia. Com isso, o diálogo entre os diferentes sujeitos (profissionais, gestão e usuários) estaria comprometido, pois, mesmo tendo a comunidade uma entidade representativa, continuaria a existir dois entes distintos nesse processo – a comunidade de um lado, o serviço de outro.

Como dar encaminhamento a essas tensões, a partir de visões e expectativas diferenciadas?

Vasconcelos (2006, p. 289) exemplifica essas dificuldades e aponta algumas saídas:

O constante sufoco de vida a que estão submetidos e a falta de condições materiais para viverem suas particularidades pessoais com privacidade, expõem as pessoas das classes populares a situações de muito estresse, gerando frequentes conflitos, que costumam ser vividos de forma aberta. As brigas parecem, inicialmente, predominar, desanimando os profissionais de saúde, pois fica parecendo não ser possível desenvolver um diálogo construtivo. [...] Antes de empecilho [*as tensões e dificuldades*], são desafios e matéria prima para o diálogo educativo. Para isto, os grupos e movimentos locais são espaços privilegiados de apuração mais clara e elaborada de seus interesses e de suas propostas. No debate coletivo, contradições e ambiguidades do próprio pensamento são questionadas e novas formulações do pensar são elaboradas. Por esta razão, a educação popular enfatiza a importância dos movimentos sociais como parceiros especiais na construção dialogada das soluções sanitárias adequadas.

Pactuamos, então, com comunidade, gestão e trabalhadores realizar ações educativas que articulassem os interesses da população e dos profissionais para a formação do CLS.

Foi esclarecido, no decorrer dessas ações, que o papel do conselho vai muito além de reivindicações, uma vez que o mesmo busca melhores alternativas para solucionar os problemas comunitários. Ademais, foi elucidada a importância da legitimação

deste para que a comunidade participe ativamente do processo organizacional da USF e dos movimentos de controle social, bem como do fortalecimento do SUS.

Nesse processo, denota-se a existência de interesses conflitantes, mas reconhecê-los, respeitá-los e trabalhá-los é parte fundamental de qualquer iniciativa que busca constituir espaços democráticos e abertos de participação popular em saúde nos serviços locais.

Em meio ao complexo e conflituoso mosaico de desejos e interesses quanto à questão da saúde na comunidade, destacou-se a já citada atuação de lideranças populares unicamente interessadas em ocupar o espaço de conselheiro local de saúde. Suas participações se restringiam aos momentos deliberativos do processo de instalação do CLS, no qual ocupavam-se em desqualificar o processo de diálogo entre USF e comunidade, bem como os momentos de formação pedagógica existentes. Assim, enquanto de um lado se buscava a atenuação da rivalidade e oposição entre comunidade e trabalhadores, no sentido de delinear as críticas e construir as ações de forma solidária e colaborativa, de outro, esse grupo de lideranças tentava incrementar essa atmosfera de hostilidade.

Nesse cenário, muitos dos interesses conflitantes também emergiam por parte dos trabalhadores e da gestão de saúde. Quanto aos primeiros, o boicote ao processo de construção do conselho se dava pela ausência sistemática nas reuniões e pela pouca disposição no sentido de priorizar as reuniões nas suas agendas. Muitos dos usuários queriam contar com a presença de seus cuidadores em saúde na reunião para expor críticas e escutar explicações, dentre outras demandas. Na ausência destes, os usuários ficavam, em sua maioria, conversando somente entre si, desvalorizavam aquele espaço.

Por sua vez, apesar da presença de atores do distrito sanitário em alguns momentos pontuais, o afastamento das gestões distrital e municipal deste processo de construção também revelou, para a população e os trabalhadores, uma falta de priorização do processo de construção do conselho, a qual desanimava sobremaneira os atores locais. Ora, da mesma forma que os usuários do serviço sentiam-se desmotivados pela ausência de parte dos trabalha-

dores, por não ter a quem encaminhar diretamente suas proposições e queixas, também os atores locais sentiam-se desmobilizados por não contar com a presença da gestão distrital e municipal de saúde, a quem poderiam, certamente, encaminhar críticas e requisitar explicações quanto a questões de saúde que extrapolam o nível local/comunitário e exigem articulações regionais e municipais.

Contudo, essas questões de ordem conjuntural não se tornaram empecilhos para a continuidade do processo, pois os protagonistas dessa experiência insistiram na parceria com lideranças populares, trabalhadores e gestores que verdadeiramente acreditavam nos espaços pedagógicos de construção coletiva. E, mesmo com eventuais tensões e em face da desistência de muitos no meio processo, persistiram na manutenção do espaço de construção do conselho como ação permanente do setor saúde (seja popular, seja de gestão) naquelas comunidades.

A partir da vontade popular, foi percebida a importância de se criar saídas para a implementação urgente de um espaço de encontro e negociação entre comunidade e serviço, no qual os esclarecimentos pudessem ser feitos e fosse estimulado um olhar crítico para a conjuntura, convidando-se os sujeitos a encaminhar o processo a partir das problemáticas mais prementes.

Conforme destacamos anteriormente, a participação popular nos serviços de saúde tem assumido destaque pelas experiências de serviços comunitários do setor, nos quais o diálogo entre os profissionais de saúde e os grupos populares deu início ao esboço de tentativas de organização de ações de saúde integradas à dinâmica social local. Acreditamos que aí reside a relevância do controle social, estabelecendo-se não como um espaço burocrático de legitimação das políticas de saúde, mas como uma oportunidade para a democratização da gestão, por meio do diálogo de saberes e fomentando a compreensão de saúde enquanto direito humano. Sendo assim, Jacobi (1992) afirma que a participação efetiva baseia-se na cidadania e, principalmente, em uma vontade política dos governantes de abrir espaços onde se possa questionar a ordem estabelecida. Dessa forma, a concretização de instrumentos que viabilizem a prática da democracia participativa por meio de organizações representativas da sociedade

civil se faz de extrema importância para a participação dos cidadãos nas decisões do Estado que afetam suas vidas nas questões de saúde.

Após um ano e três meses, período em que ocorreram as ações educativas citadas e reuniões comunidade/serviço, a Comissão Organizadora do CLS se reuniu com o Conselho Municipal de Saúde (CMS), a fim de discutir, finalmente, a implementação do CLS. No entanto, nessa reunião, o CMS construiu um discurso pouco valorativo ao esforço dos protagonistas daquela experiência, o que culminou com sua afirmação de que o CLS não poderia ser instalado naquele momento, devido à inexistência de legislação municipal que o fundamentasse, bem como de ser aquele um período eleitoral (época do pleito municipal).

Mesmo que se aceite as imposições derivadas dos dispositivos legais que orientam a formatação do CLS, foi extremamente desmobilizador para aquele processo o discurso apresentado pelo CMS, o que revelou, de forma evidente, a sua posição contrária à descentralização dos espaços instituídos de controle social no município de João Pessoa. Pensasse de outro modo, o CMS valorizaria o processo, agregaria críticas construtivas à sua qualificação permanente e sugeriria bases para sua continuidade e futura institucionalização.

Diante disso, com base na construção dos vínculos e na valoração da participação popular, que permearam toda a experiência desde seu início, o PINAB propôs a continuidade de encontros entre a Comissão Organizadora do CLS no sentido de manter a construção do controle social, mesmo sendo tal proposta muito difícil de se viabilizar, diante da repercussão política da falta de apoio do CMS, que desmobilizou muitos protagonistas propositivos e deu maior voz àqueles que negligenciaram e eram contrários ao espaço.

Assim, foi proposta a realização de oficinas quinzenais de formação em controle social voltadas para gestão, trabalhadores e usuários. Nesse contexto, a Educação Popular se revelou um caminho metodológico decisivo, por nos ajudar a entender que não basta que os conteúdos discutidos nas *rodas de conversa* sejam revolucionários se o processo de discussão se mantém vertical, conforme ressaltava Vasconcelos (2004). Assim, ao invés de difundir

conceitos e comportamentos considerados corretos, buscou-se problematizar fatos, atitudes e experiências que pudessem estar incomodando e oprimindo os envolvidos.

Em meio a este processo, os atores da Comissão do CLS perceberam que o controle social não se desenvolvia apenas nos espaços institucionalizados, mas poderia existir de maneira plena e efetiva em espaços aparentemente informais. Compreendia-se que, desde o início desse processo, o CLS já existia na prática e de fato. Assim, para efetivar a participação popular em saúde local não precisávamos prioritariamente de eleições e de legislações. As bases já estavam à mão: as pessoas e seu comprometimento coletivo.

Pactuou-se, então, a instituição de um fórum permanente de diálogo entre usuários, gestores e trabalhadores locais, de periodicidade mensal, nos espaços comunitários, denominado de “*espaços de diálogo*”, instância que buscaria favorecer a conversa e oportunizar negociações com vistas à superação dos problemas sentidos no cotidiano daquele serviço de saúde, superando barreiras de comunicação existentes entre aqueles sujeitos.

Os espaços de diálogo vieram como estratégia para a construção de um espaço concreto para a participação popular, contribuindo para a promoção dos diálogos e, sendo assim, representando uma conquista da comunidade-serviço e do PINAB. Eles são destinados a rodas de conversa com as lideranças sociais, trabalhadores da USF, usuários do serviço e extensionistas do PINAB, tendo como objetivo oportunizar o diálogo sobre questões que não estejam ocorrendo satisfatoriamente para a comunidade, facilitando assim a autonomia dos sujeitos envolvidos e incentivando os mesmos a exercer o controle social, na busca de caminhos que contribuam para a construção dos serviços de saúde.

As atividades dos espaços são realizadas em cenários das próprias comunidades e organizadas pela Comissão do CLS, a qual permaneceu se reunindo mensalmente. Nesses espaços, os temas abordados surgem a partir da demanda da comunidade e são discutidos em reuniões temáticas, de caráter pedagógico/didático; outros envolvem questões políticas, trazendo críticas, propostas e articulando novas possibilidades de ações que qualifiquem o serviço

local. Nas reuniões da Comissão Organizadora são problematizados os acontecimentos dos espaços de diálogo.

O desenvolvimento dessas atividades tem como eixo central a horizontalidade entre os participantes, o diálogo, a escuta, a humanização, a problematização e a valorização dos saberes dos sujeitos e de sua cultura. Vários temas são abordados, como o funcionamento do SUS, a função do CLS e do PSF, o acolhimento na USF, a violência, o saneamento, a pavimentação e a educação nas comunidades, dentre outros assuntos, além de reivindicações dos usuários.

A mobilização da população demonstra a sua força no exercício do controle social, refletindo nos avanços da democratização relacionada à saúde e no remanejamento efetivo do poder e do saber. É interessante assinalar que o observado e o avaliado pelos extensionistas no processo de formação do conselho estão em conformidade com o evidenciado por Oliveira (2004, p. 57), em relação às ressalvas de um CLS já formado, como exposto a seguir:

[...] entender e analisar a dinâmica de funcionamento dos conselhos de saúde, as suas dificuldades, carências e tentativas de respostas aos problemas sentidos no campo da comunicação, da informação e da participação popular e assim entendermos com mais clareza as tendências que apresentam em relação às suas funções. Por exemplo, a respeito das convergências e divergências entre os conselheiros ou da disponibilidade ou não da informação, das assimetrias interpostas nos processos interacionais e da percepção sobre os resultados práticos alcançados pelos conselhos.

Estabelecer o diálogo foi uma das dificuldades encontradas nesse processo pelo fato de alguma parte dos atores locais não priorizarem o respeito, a valorização e a problematização das divergências em relação à formação do conselho. Essa dificuldade pode ser explicada por vários motivos, um deles refere-se à pouca preparação de alguns dos profissionais para o diálogo comunitário, visto que, provavelmente, a sua formação profissional não contemplou a participação da comunidade na saúde como componente de seu trabalho.

Nesse sentido, Crevelim e Peduzzi (2005), afirmam algo expressivo quanto aos serviços de saúde,

nos quais se reproduz o modelo de “pensar por”, “planejar por”, “decidir por”, ao invés de “pensar com”, “planejar com”, “decidir com” o usuário e a população. Nisso parece residir o grande conflito entre trabalhadores e conselhos de saúde, pois a população é convidada a participar sobretudo para legitimar decisões técnicas já tomadas pela equipe. Ou, ainda, há situações em que usuários e usuários-conselheiros apresentam críticas ou sugestões para a organização do trabalho da equipe, que são percebidas pelos trabalhadores e trabalhador-conselheiros como fiscalização estrita, sem relação com o controle social e a participação.

Como consequência de todo esse processo, encontramos dificuldades de dialogar, enquanto extensionistas, com a população, pois esta nos confundia com a equipe da USF, transferindo para nossa relação as queixas e conturbações de sua interação com os trabalhadores. Buscamos superar essa lacuna, a partir das reuniões e encontros específicos dos atores do PINAB com as lideranças comunitárias, para nos conhecermos melhor e construirmos estratégias de ação conjuntas. Esses encontros foram relevantes não apenas por se constituir em mais uma oportunidade de compreender a população e suas reivindicações, como para contribuir na superação do fosso existente entre comunidade/serviço, sendo o PINAB um mediador do processo, que aproximou as lideranças comunitárias daqueles trabalhadores dispostos a encampar seu mutirão de luta pelos direitos à saúde. Essa estratégia vem sendo de suma importância para o projeto, pois o aproxima o serviço de saúde dos movimentos sociais para uma relação mais estreita com a comunidade, facilitando a construção de vínculo com seus sujeitos, o que é próprio da extensão popular.

Impactos na Formação Estudantil em Saúde

Essa experiência também tem contribuído para uma formação acadêmica mais humanizada e crítica das estudantes envolvidas, imbuídas de reflexividade a respeito da realidade e das ações desenvolvidas no âmbito da saúde e do controle social. Com isso tem se construído uma visão diferenciada da nutrição, buscando a superação do biologicismo, ainda

preponderante no meio acadêmico, para formar profissionais possivelmente mais compromissados com as causas e lutas populares.

Dessa maneira, as estudantes vêm enxergando a saúde como processo que envolve desejos, interesses e disputas, pois é também um direito de cidadania. E aprendem que o profissional de saúde pública precisa compreender atentamente esta dimensão do fazer saúde, uma vez que o fenômeno deve ser encarado como direito humano e não apenas como um serviço pontual oferecido às pessoas, quando precisarem curar doenças.

Acredita-se que, por inserir os estudantes de maneira ativa e participativa no contexto social brasileiro, a extensão popular é capaz de formar profissionais que contribuam efetivamente com a construção de um agir humanístico, crítico e democrático, forjando-se aí uma nova perspectiva ética para os futuros profissionais. O projeto contribui para desenvolver e incentivar transformações no processo de formação, geração de conhecimentos e prestação de serviços à população, na abordagem integral do processo saúde-doença, por meio de metodologias ativas, práticas educativas na rede pública de serviços básicos de saúde, sintonizando a formação profissional com as necessidades da população brasileira e operacionalização do SUS, princípios que constituem diretrizes do Ministério da Saúde para a reorientação da formação profissional em saúde (Brasil, 2005).

Para o futuro nutricionista tais conhecimentos constituem aprendizagens significativas para sua inserção crítica na promoção da segurança alimentar e nutricional em comunidades, impregnando seu trabalho de intencionalidade política transformadora, em que o ato de comer é compreendido na perspectiva cultural, social e subjetiva e as ações são conduzidas para garantia da alimentação adequada e saudável como direito humano permanente.

Algumas Considerações

No contexto vivenciado pode-se constatar que a participação popular constitui uma força social capaz de elencar prioridades e influir nos serviços públicos de saúde, impulsionando a formulação e o fortalecimento de políticas para a promoção da saúde

como um direito, de forma equânime, democrática e participativa. Por outro lado, pudemos testemunhar a dificuldade existente para se exercitar o diálogo como estratégia primordial para a consolidação da participação popular em comunidade.

Segundo nossa avaliação, isso ocorre principalmente pela concepção de saúde enraizada na maioria dos profissionais e usuários de saúde. Para uma parte dos trabalhadores e dos usuários fazer saúde é remediar doenças. Nesse sentido, de um lado, os profissionais não valorizam o espaço de diálogo como oportunidade de aprender com o saber popular e enxergar outras concepções de saúde. De outro, um segmento significativo da população utiliza o espaço de participação popular apenas como “balcão de reclamações” sobre os atendimentos de saúde. Há ainda aqueles que se recusam a frequentar as reuniões de controle social por não compreender a proposta ou enxergar a USF como espaço para onde vai apenas quando doente.

Todavia, esta experiência nos permite afirmar a potencialidade transformadora da participação popular nos serviços locais de saúde. Mesmo diante das dificuldades supracitadas, diversos profissionais, gestores e usuários utilizam o espaço com criatividade e propositura, abrindo-se ao diálogo e à aprendizagem mútua. Muitos problemas cotidianos da USF conseguem ser encaminhados pela negociação entre os sujeitos do espaço de diálogo, e a integração desses atores permite, em alguns casos, a criação de vínculos e parcerias, imprescindíveis para efetivação cotidiana de melhoramentos nas ações da saúde da família.

Ante o exposto, o fortalecimento da participação social na gestão das políticas de saúde deve ser valorizado como uma decisão política institucional com potência de permitir avanços na universalização e na equidade do acesso à saúde. Além disso, deve significar uma oportunidade para a inserção ativa, crítica e criativa dos sujeitos dos movimentos populares de saúde no contexto de atenção e promoção da saúde.

Ademais, o estreitamento da experiência com a comunidade, por meio de reuniões que visavam à formação do CLS, constituiu um elemento imprescindível à formação de profissionais para o SUS. Essas atividades demonstraram que a vivência com

processos de participação popular pode provocar uma formação acadêmica em nutrição mais humanística e crítica, permitindo a ampliação da visão do futuro profissional, que passa a compreender a saúde como um direito a ser conquistado.

O PINAB demonstrou que, com os preceitos éticos e metodológicos da Extensão Popular, a universidade pode apoiar movimentos, contribuindo para o fortalecimento da gestão participativa da saúde com espaços de formação e informação a respeito do controle social. Tal perspectiva se dá por meio de ações como visitas domiciliares e atividades educativas, investindo esforços para o enriquecimento dos saberes dos indivíduos envolvidos, e do aprimoramento do senso crítico, por meio de espaços verdadeiramente democráticos, porque marcados pela participação crítica, ativa e propositiva, encharcada de criatividade libertadora.

Referências

- BRANDÃO, C. R. *Lutar com a palavra*: escritos sobre o trabalho do educador. Rio de Janeiro: Graal, 1982.
- BRASIL. Constituição da República Federativa do Brasil. Brasília: Gráfica do Senado, 1988.
- BRASIL. Lei n. 8.142, de 28 de dezembro de 1990. 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. *Diário Oficial da União*, 31 dez. 1990. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/Leis/L8142.htm. Acesso: 28 out. 2012.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Gestão Estratégica e Participativa. *Política Nacional de Gestão Estratégica e Participativa no SUS - ParticipaSUS*. 2. ed. Brasília, DF, 2009.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Ministério da Educação. *Pró-saúde*: Programa Nacional de Reorientação da Formação Profissional em Saúde. Brasília, DF, 2005.
- CREVELIM, M. A.; PEDUZZI, M. Participação da comunidade na equipe de saúde da família: é possível estabelecer um projeto comum entre trabalhadores e usuários? *Ciências & Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro, v. 10, n. 2, p. 323-331, abr./jun. 2005.
- CRUZ, P. Diálogos de extensão popular: reflexões e significados. Produção da Articulação Nacional de Extensão Popular - ANEPOP, 2007. 1 DVD (15min), son., color.
- HOLLIDAY, O. J. Para sistematizar experiências. João Pessoa: Editora Universitária UFPB. 1996. v. 1, 213p.
- JACOBI, P. Descentralização municipal e participação dos cidadãos: apontamentos para o debate. *Cadernos da Nona*, Brasília, v. 1, p. 113-120, 1992.
- LACERDA, W. A. de; SANTIAGO, I. M. F. L. A participação popular na gestão local do Programa Saúde da Família em Campina Grande, Paraíba. *Revista Katálysis*, Florianópolis, vol. 10, n. 2, p. 197-205, dez. 2007.
- MacDONALD, J. J.; WARREN, W. G. Primary health care as an educational process: a model and a freirean perspective. *International Quarterly of Community Health Education*, Farmingdale, New York, v.12, n.1, p.35-50, 1991.
- MARTINS, P. C. et al. Conselhos de saúde e a participação social no Brasil: matizes da utopia. *Physis: Revista de Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro, vol. 18, n. 1, p. 105-121, 2008.
- MELO NETO, J. F. *Extensão popular*. João Pessoa: Editora Universitária UFPB, 2006. v. 1. 97p.
- MINAYO, M. C. S. O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde. 8. ed. São Paulo: Hucitec, 2004.
- OLIVEIRA, V. de C. Comunicação, informação e participação popular nos conselhos de saúde. *Saude e Sociedade*, São Paulo, vol. 13, n. 2, p.56-69, ago. 2004.

SPOSATI, A.; LOBO, E. Controle social e políticas de saúde. *Cadernos de Saúde Pública*, Rio de Janeiro, v. 8, n. 4, p. 366-378, dez. 1992.

STOTZ, E. N. A educação popular nos movimentos sociais da saúde: uma análise de experiências nas décadas de 1970 e 1980. *Trabalho, Educação e Saúde*, Rio de Janeiro, v. 3, n. 1, p.9-30, 2005.

VASCONCELOS, E. M. Educação popular: de uma prática alternativa a uma estratégia de gestão participativa das políticas de saúde. *Physis: Revista de Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro, v. 14, n. 1, p. 67-83, 2004.

VASCONCELOS, E. M. Formar profissionais de saúde capazes de cuidar do florescer da vida. In: VASCONCELOS, E. M.; FROTA, L. H.; SIMON, E. (Org.). *Perplexidade na universidade, vivências nos cursos de saúde*. São Paulo: Hucitec, 2006. v. 1, p. 265-308.

XAVIER, E. Garantia de um sistema de saúde universal e democrático. In: *Multimídia - Artigos*. Brasília, 7 ago. 2007. Disponível em: <<http://www.eudesxavier.org.br/artigos/143/07082007/Garantia+de+um+sistema+de+saude+universal+e+democratico.html>>. Acesso em: 25 fev. 2009.

Recebido em: 04/08/2010

Reapresentado em: 31/01/2012

Aprovado em: 17/05/2012