

## “Calçada Amiga”: Caminhos, Dificuldades e Desafios de uma Experiência de Participação Social em uma Unidade de Saúde da Família na Perspectiva dos Profissionais de Saúde

### “Calçada Amiga”: Paths, Difficulties and Challenges of an Experience of Social Participation in a Family Health Unit in The Perspective of Health Professionals

Ana Clara Oliveira Gomes<sup>1</sup>  
Pedro José Santos Carneiro Cruz<sup>2</sup>  
Íris de Souza Abílio<sup>3</sup>

#### RESUMO

**Introdução:** O presente artigo analisa a participação social na Atenção Primária à Saúde (APS) a partir de uma experiência intitulada de “Calçada Amiga” onde são desenvolvidas ações de diálogo e colaboração para a superação das dificuldades locais, utilizando-se de bases metodológicas pautadas na educação popular. **Objetivo:** O artigo em questão busca elencar os caminhos, possibilidades e desafios no desenvolvimento do Projeto “Calçada Amiga”, com base nas experiências dos trabalhadores de uma Unidade de Saúde da Família (USF) do município de João Pessoa-PB-Brasil. **Metodologia:** Trata-se de um estudo qualitativo, de cunho exploratório e descritivo, utilizando-se como etapas metodológicas: entrevistas semiestruturadas com profissionais da equipe de saúde da família; bem como consulta bibliográfica a um Trabalho de Conclusão de Residência sobre o projeto. A análise das entrevistas foi feita com base no método de análise de conteúdo. **Resultado:** A experiência revelou a necessidade da desconstrução de paradigmas históricos de verticalização do processo de cuidado em saúde, por parte dos trabalhadores de saúde. Ademais, destacou limites encontrados pelos trabalhadores para seu maior envolvimento na ação e, ainda, apontou tensões e contradições na relação desses com os atores da comunidade. **Conclusão:** Todavia, o estudo indicou que experiências como essa contribuem para o delineamento de caminhos para a participação popular na Atenção Primária à Saúde, e são promissoras enquanto formuladoras de processos educativos e sociais promotores do empoderamento da população em sua relação com a saúde e com os serviços de saúde.

#### DESCRIPTORIOS

Participação da Comunidade; Atenção Primária à Saúde; Saúde Coletiva.

#### ABSTRACT

**Introduction:** This article analyzes social participation in Primary Health Care (PHC) from an experience entitled “Calçada Amiga” where actions of dialogue and collaboration are developed to overcome local difficulties, using guided methodological bases in popular education. **Objective:** This article seeks to list the paths, possibilities and challenges in the development of the “Calçada Amiga” Project, based on the experiences of workers at a Family Health Unit (USF) in the city of João Pessoa-PB-Brazil. **Methodology:** This is a qualitative, exploratory and descriptive study, using the following methodological steps: semi-structured interviews with professionals from the family health team; as well as bibliographical consultation of a Residency Conclusion Work about the project. The analysis of the interviews was based on the content analysis method. **Result:** The experience revealed the need for the deconstruction of historical paradigms of verticalization of the health care process by health workers. Furthermore, it highlighted the limits found by the workers for their greater involvement in the action, and also pointed out tensions and contradictions in their relationship with community actors. **Conclusion:** However, the study indicated that experiences like this contribute to the delineation of paths for popular participation in Primary Health Care, and are promising as formulators of educational and social processes that promote the empowerment of the population in their relationship with health and with health services.

#### DESCRIPTORS

Community Participation, Primary Health Care, Public Health.

<sup>1</sup> Estudante do Curso de Graduação em Medicina da Universidade Federal da Paraíba-UFPA. João Pessoa, Paraíba, Brasil.

<sup>2</sup> Professor Adjunto do Departamento de Promoção da Saúde do Centro de Ciências Médicas da Universidade Federal da Paraíba. João Pessoa, Paraíba, Brasil.

<sup>3</sup> Terapeuta Ocupacional, mestranda do Programa de Pós Graduação da Universidade Federal da Paraíba- UFPA. João Pessoa, Paraíba, Brasil.

A participação social configura uma dimensão significativa nos caminhos de construção da base constitucional do Sistema Único de Saúde (SUS), aprofundando as possibilidades de consolidação da perspectiva da saúde como direito. O termo participação social relaciona-se com as diversas ações desenvolvidas pelas distintas forças sociais a fim de influenciar a elaboração, implementação e monitoramento de políticas públicas<sup>1</sup>. Além disso, não está ancorada apenas aos espaços institucionalizados, mas em outros espaços da sociedade como grupos comunitários e associação dos moradores<sup>2</sup>. Conforme delimitado pela Constituição Federal, os espaços de participação atuam como pontes de estruturação democrática de políticas públicas, embasando-se no horizonte de uma cidadania ativa. Para tanto, deve ser um processo mútuo de corresponsabilidade entre governo e comunidade<sup>3</sup>.

Com o objetivo de contribuir para o exercício do controle social no cotidiano dos serviços de saúde, a participação social conflui para práticas que confirmam, de modo concreto, ser possível constituir uma saúde pública gratuita e de qualidade para todos<sup>4</sup>, por meio dessa dimensão, criam-se espaços, iniciativas, experiências, grupos e movimentos dedicados à “consolidação da participação das pessoas na gestão dos serviços de saúde, assim como na própria organização e reestruturação destes – particularmente naqueles de cunho local, onde há ainda maior proximidade entre usuários, trabalhadores, gestores”<sup>4</sup>.

Desta forma, a participação social pode incidir diretamente no cuidado, especialmente no que tange ao envolvimento das pessoas

no cuidado de si, do outro e da comunidade, sobretudo pela aquisição de maior poder e consciência dos sujeitos a respeito de sua saúde e aspectos subjetivos que estão envolvidos em seus processos de busca por qualidade de vida, além dos condicionantes sociais para a saúde de sua família e de sua comunidade<sup>5</sup>. Assim, quando exercitada no âmbito dos serviços de saúde, essa dimensão da prática sanitária pode colaborar com o rompimento de perspectivas verticalizadas nas práticas de cuidado e envidar caminhos para o reposicionamento da saúde como prática social, permeada por procedimentos orientados em uma relação de horizontalidade que pode contribuir para libertar, humanizar, incluir e emancipar<sup>4</sup>

Historicamente, um dos espaços mais profícuos para construção e elaboração de possibilidades para a implementação da dimensão da participação social na saúde tem sido a Atenção Primária à Saúde (APS), particularmente no Brasil por meio da Estratégia Saúde da Família (ESF), a qual é caracterizada por um contato direto entre equipe e indivíduo, família e comunidade, permitindo que os profissionais conheçam formas de atuar junto a população e promovam ações de saúde que articulem prevenção, promoção, cura e reabilitação na perspectiva do fortalecimento da autonomia dos usuários e da constituição de espaços e ambientes saudáveis no contexto ao qual está inserido<sup>6</sup>.

Dentre várias orientações metodológicas, a Educação Popular (EP) tem se apresentado, desde a década de 1970, como potente referencial para a configuração e estruturação das experiências de participação social na APS no Brasil.

Trata-se de uma concepção pedagógica de educação e relação humana que prioriza a realização da participação social mediante a problematização do mundo concreto, suas contradições e complexidades. Atua na promoção da autonomia e empoderamento das pessoas, a partir da potencialização da capacidade delas de entender criticamente e atuar propositivamente sobre o mundo<sup>7</sup>. Além disso, a EP permite a criação de espaços de debate permeados por relações democráticas onde assuntos são discutidos sem que haja “um dono do saber”, mas sim “educador que ensina e aprende” e “educando que, ao aprender, ensina”<sup>7</sup>.

A criação da Política Nacional de Educação Popular em Saúde no SUS, em 2013, representa a recente valorização de práticas de EP na saúde e sua articulação com processos voltados à afirmação e ao fortalecimento dos princípios do SUS, por meio do desenvolvimento de ações de mobilização e qualificação da participação social nos processos de gestão, formulação e implementação das políticas públicas, ampliando o protagonismo popular e o controle social como eixos estratégicos para a manutenção da universalidade, equidade e integralidade do cuidado em saúde<sup>8</sup>.

O presente manuscrito irá abordar o processo de construção de uma experiência de elaboração de caminhos para a participação social na ESF, a qual teve como referencial a perspectiva da EP. A iniciativa do projeto “Calçada Amiga” foi protagonizada por residentes multiprofissionais em saúde da família, equipe da Unidade de Saúde da Família e líderes comunitários, os quais envidaram essa experiência por perceber

a necessidade do estabelecimento de um espaço permanente de diálogo - direto e coletivo – com os moradores do território a fim de fomentar a discussão de temas relevantes a saúde e a organização administrativa da própria unidade, esclarecendo, muitas vezes, sobre acesso e fluxo quanto a prestação de serviços no SUS.

A contribuição escrita enfoca, portanto, de maneira sistemática, os aspectos metodológicos, bem como ideias e reflexões oriundas no fazer cotidiano dessa experiência, centralmente analisando os caminhos de construção, as dificuldades e os desafios desse espaço de participação social na APS. Ademais, o artigo destaca propostas e alternativas para a potencialização desse espaço, de acordo com formulações dos sujeitos envolvidos.

## **METODOLOGIA**

Trata-se de um estudo qualitativo, de cunho exploratório e descritivo. A pesquisa qualitativa busca compreender a lógica dos grupos, instituições e atores, por meio de uma perspectiva analítica a fim de incorporar o significado e a intencionalidade como parte dos atos, relações e estruturas sociais<sup>9</sup>.

Para a realização da análise dos caminhos, desafios e dificuldades do espaço participativo criado pelo projeto “Calçada Amiga” utilizou-se duas etapas metodológicas: a) entrevistas semiestruturadas com profissionais da equipe Jardim Itabaiana II da USF Vila Saúde; b) e a consulta bibliográfica a um Trabalho de Conclusão de Residência (TCR), de uma residente multiprofissional egressa da equipe envolvida no projeto.

No que tange ao cenário de estudo, destaca-se que a USF Vila Saúde é uma unidade integrada, composta por quatro equipes de Saúde da Família (SF), localizada no bairro do Cristo Redentor, município de João Pessoa-PB-Brasil e caracterizada como Unidade-Escola, pois tem vínculos com instituições de graduação e residência em Saúde da Família, favorecendo a atuação e o aprendizado de estudantes graduandos, residentes e pesquisadores de diferentes instituições, seja pública ou privada.

Os pesquisadores mantêm relação cotidiana com a referida unidade através do Programa de Pesquisa e Extensão “Práticas Integradas de Promoção da Saúde e Nutrição na Atenção Básica” (PINAB), vinculado ao Departamento de Nutrição e ao Departamento de Promoção da Saúde da Universidade Federal da Paraíba (UFPB). Desenvolvido em parceria com a unidade há 14 anos, o PINAB apoia os profissionais de saúde locais na construção de ações formativas e de mobilização comunitária no território adscrito, bem como se dedica a promoção de pesquisas e estudos de maneira articulada as questões e temas emergentes das práticas extensionistas. Dessa maneira, o estudo em tela derivou de uma pesquisa de iniciação científica voltada ao estudo da participação social em saúde na APS, sob a orientação de um dos coordenadores do PINAB e com a atuação direta de estudantes da área de saúde que já tinham aproximação anterior com a equipe por meio da extensão.

As entrevistas foram realizadas por um dos autores do presente estudo, o qual era estudante extensionista do PINAB e em processo de iniciação científica. Elas cursaram

com respostas livres e espontâneas dos entrevistados, onde esses puderam discorrer com tranquilidade e profundidade sobre o que lhe foi perguntado<sup>10</sup>. Para tanto, foi utilizado um roteiro a fim de que os participantes explanassem suas visões sobre como o projeto nasceu, os desafios no processo de construção, como se desenvolveram a realização das rodas de conversa e a adesão da comunidade desde o início do projeto até a conjuntura atual cujas reuniões não acontecem mais. As entrevistas ocorreram em fevereiro de 2019, de forma virtual, por um aplicativo de mensagens, com a participação de 3 profissionais da equipe de saúde diretamente envolvidos no projeto. A plataforma virtual foi escolhida por dificuldades de conciliar a agenda do pesquisador com a dos participantes, em especial considerando a sobrecarga de trabalho relatadas pelos mesmos, o que dificultava maior tranquilidade para a realização da entrevista na própria unidade. Em comum acordo com os entrevistados, optou-se por realização remota das entrevistas, como forma das respostas poderem ser formuladas pelos trabalhadores em momento e em ambiente que julgassem mais propícios e favoráveis.

Dois critérios de elegibilidade foram utilizados, a disponibilidade do profissional da equipe envolvida no projeto e a participação ativa desse profissional de saúde para o desenvolvimento do projeto na comunidade. A identificação dos participantes no corpo do texto cursou anonimamente da seguinte forma: P1, P2, P3. As entrevistas duraram em média 15 minutos, foram gravadas em áudio e posteriormente transcritas de forma literal.

No que tange a consulta bibliográfica,

a mesma foi adotada por se considerar a relevância de se valorizar os elementos apontados por estudo anteriormente feito no mesmo cenário e com objeto semelhante. Trata-se do trabalho intitulado “Calçada Amiga: Encontros Terapêuticos no âmbito da educação popular em saúde”, de autoria de Licia Marianne Pessoa Farias e colaboradores, no âmbito da Residência de Saúde da Família e Comunidade da Faculdade de Ciências Médicas da Paraíba e Secretaria Municipal de João Pessoa, em 2018.

No caso em questão, o TCR contemplava um relato descritivo da experiência analisada no presente estudo, de modo que considerá-lo tornou-se exigência fundamental para a realização dessa pesquisa. Para tanto, procedeu-se com a leitura do TCR tendo como roteiro de análise os seguintes focos: a) as dimensões organizativas do projeto; b) as dimensões de dificuldades narradas; c) as dimensões de desafios a serem superadas, conforme explicitadas no relato. Esse conjunto de dimensões foi sistematizado e organizado em um quadro, para melhor visualização do mesmo. Tal organização ensejou uma análise do TCR, levando-se em conta seus apontamentos principais em cada uma das dimensões supracitadas. Os aspectos relevantes suscitados pela análise foram destacados e serão apresentados nos resultados e na discussão, de maneira articulada com os achados emergentes da análise das entrevistas. Para efeito de destaque, as citações da referida fonte bibliográfica serão identificadas como TCR.

Por sua vez, a análise das entrevistas foi realizada por todos os autores dessa pesquisa e baseou-se no método de análise

de conteúdo<sup>11</sup>, considerando uma primeira leitura flutuante do conjunto do material empírico disponível. Posteriormente, foi realizada uma leitura dinâmica para apreender aspectos importantes iniciais das experiências relatadas e então promovida nova leitura para uma análise reflexiva e crítica, na qual ocorreu a concentração e o destaque de informações analisadas, confluindo para o apontamento das dimensões principais emergentes da leitura, sobretudo aquelas que apontam para os caminhos de construção, as dificuldades e os desafios para a promoção da participação social na APS à luz da experiência estudada.

É importante ressaltar que a presente pesquisa está condizente com os aspectos éticos da Resolução 466/2012 do Conselho Nacional de Saúde (CNS) e aprovado pelo o Comitê de Ética e Pesquisa do Centro de Ciências Médicas (CCM) da Universidade Federal da Paraíba, com o CAAE: 89208218.1.0000.8069. Os entrevistados foram orientados antes da coleta de dados, bem como foi submetido um Termo de Consentimento Livre e Esclarecido o qual foi lido e assinado individualmente por todos os sujeitos da pesquisa.

## RESULTADOS E DISCUSSÃO

O projeto “Calçada Amiga” foi idealizado por uma estudante do Programa de Residência Multiprofissional em Saúde da Família e Comunidade<sup>12</sup>, com abrangência na área do Distrito Sanitário II do município. A ideia inicial partiu da residente, mas houve o compartilhar de um interesse comum sobre a criação de um espaço de participação que

estreitasse vínculos com a população e a USF. Diante disso, um profissional da equipe relata:

O projeto surge pela inquietação dos trabalhadores de não haver nenhum espaço de diálogo e comunicação com a comunidade de forma direta e coletiva, mas também pelo anseio dos profissionais de elaborar um mecanismo de participação popular, articulação de conselho local em saúde, achavam que a população tinha que estar mais dentro da unidade, mas enquanto sujeito. Além disso, surge a angústia dos profissionais em demandas que não eram da governabilidade dos profissionais, coisas que a gestão tinha que responder, ou temas muito pontuais que precisavam vir à tona várias vezes. (P1)

Nesse sentido, a equipe de saúde da área de Jardim Itabaiana II cujo território de atuação está distribuído em sete microáreas elaborou um plano de reuniões periódicas na comunidade de acordo com o perfil de cada área e as necessidades de atuação, no período de outubro a dezembro do ano de 2017<sup>12</sup>.

Apesar da “Calçada Amiga” ser um projeto inovador no município de João Pessoa, experiências semelhantes já vinham sendo implementadas em outras cidades do Nordeste brasileiro. Como exemplo, cita-se a criação do projeto por profissionais de uma equipe de saúde da família de Natal-RN, no bairro de Cidade Nova. A ideia surgiu no intuito de acolher demandas de saúde existentes pelos usuários do serviço local, adaptando-se, então, ao Programa de Educação Sanitária e Ambiental (PESA) que tem como objetivo a educação ambiental relacionada ao contexto de saúde local. Para isso, utiliza-se de

mobilização popular para o enfrentamento dos problemas ambientais comunitários<sup>12</sup>. Foi, portanto, também a partir do êxito dessas experiências que foi inspirada a criação e implementação da Calçada Amiga pela equipe de saúde Jardim Itabaiana II.

A “Calçada Amiga” é fruto de um interesse compartilhado que só foi possível pela adesão dos Agentes Comunitários de Saúde (ACS), profissionais de significativa importância no processo de construção das bases de implementação e mediação entre comunidade e USF<sup>12</sup>. Isso se dá pela característica estratégica de seu trabalho, o ACS ao mesmo tempo que integra a equipe de saúde, ele também reside e está imerso na comunidade, à medida que se alimenta dos saberes técnico-científicos, também está envolto na cultura local e saberes populares<sup>13</sup>. Desta forma, eles estiveram na comunicação direta com os usuários no momento do convite para as atividades educativas no projeto.

A calçada amiga nasceu mediante a avaliação da equipe do Jardim Itabaiana II juntamente com as residentes multiprofissionais, de ver a necessidade de termos uma forma de estarmos dialogando mais próximos dos usuários, tanto em relação a organização da unidade também como temas de educação em saúde que a população pudesse se fortalecer nos conhecimentos pra ta sendo multiplicadores. (P2)

Os encontros eram desenvolvidos nas calçadas das residências de usuários previamente contatados pelo ACS responsável pela microárea e de acordo com a identificação desse profissional sobre as necessidades de promoção e prevenção dos riscos e agravos

mais comuns daquele território, segundo suas particularidades.

A adesão da equipe multiprofissional foi imprescindível para os caminhos de construção da Calçada Amiga. Além disso, o planejamento a partir da concepção dos profissionais de saúde, responsáveis pelas respectivas microáreas, fez-se importante para os estudos das necessidades locais, incluindo a escolha do ambiente para o exercício do diálogo e respeito à cultura local, bem como, articulação de parceiros para a promoção das reuniões do projeto. Para isso, foi pensado, inicialmente, a constituição de um cronograma de atividades no intuito de definição das microáreas contempladas, as datas, os horários, temas de abordagem para cada encontro e a metodologia para aplicação das atividades educativas.

Dentre as metodologias possíveis para o desenvolvimento das atividades junto com a comunidade, a roda de conversa foi escolhida. A roda de conversa foi priorizada por ser uma metodologia para se trabalhar em ambientes coletivos com abordagem dialógica, a fim de produzir conhecimentos de forma contextualizada a partir de experiências individuais e coletivas dispostas na roda, promovendo a autonomia dos sujeitos<sup>14</sup>. O nome “Calçada Amiga” já faz referência ao modo culturalmente estabelecido, em muitos contextos populares, de compartilhamento dos problemas cotidianos, remetendo ao “jogar conversa fora” com os vizinhos nas calçadas no fim de tarde<sup>12</sup>. Um dos profissionais entrevistados relata:

A gente falava com o usuário para saber se poderia fazer aquele encontro ali naquela calçada. Íamos falando com

as pessoas naquela rua também sobre aquele dia, o que ia ser e pedindo para a própria população chamar os usuários. Ai a gente ia e se reunia na calçada, a própria comunidade ia chegando, trazendo sua cadeira, eles próprios se articulavam a trazer um café, um biscoito. (P2)

Esse modo de conversar pode ser interpretado, na esfera da saúde, como um encontro terapêutico onde compartilhar de suas aflições e anseios pode servir como canal de compartilhamento de saberes e experiências populares, como também de constituição de espaços locais para apoio social, para desabafos e para a escuta solidária. Nesse cenário, dimensões como o acolhimento foram exercitadas, na medida em que a equipe utilizou de momentos de descontração para compartilhar de saberes populares sobre diferentes temas, valorizando o olhar popular e sua cultura sobre os recursos terapêuticos presentes no território. Nessa direção, um dos temas presentes consistiu na fitoterapia, especialmente pelo uso de ervas medicinais, chás e xaropes caseiros pela comunidade. Além disso, foram debatidos temas relevantes à saúde da mulher, como a prevenção do câncer de mama, como também assuntos como o cuidado no contexto da convivência com o Diabetes Mellitus<sup>12</sup>.

Esse espaço oportunizou assim momentos de Construção Compartilhada do Conhecimento, um dos princípios da EPS, permitindo a interação de sujeitos possuidores de saberes distintos, considerando a experiência cotidiana dos atores envolvidos, estimulando a aquisição pelos indivíduos e grupos populares, de maior capacidade

de intervenção nas relações sociais que influenciam a qualidade de suas vidas <sup>15</sup>.

O primeiro encontro do projeto contou com a participação de nove usuários e o tema abordado foi câncer de mama. Dentre os usuários, oito mulheres e um homem. Foram discutidos alguns aspectos da patologia como definição, fatores de risco, prevenção, tratamento e o fluxo de serviços dentro da Rede de Atenção municipal e estadual. A conversa foi construída a partir da explanação dos participantes sobre seus entendimentos prévios, dúvidas sobre a patologia em tema, anseios, inquietações e experiências de aproximação com a questão abordada. Como apontado pelo TCR, durante a experiência, houve momentos emocionantes oriundos da participação dos moradores e de suas falas acerca de situações de vida e de sofrimento, despertando sentimentos de empatia em relação às angústias e dores expressadas<sup>12</sup>. Além disso, foi observado o exercício de dois princípios da PNEPS-SUS, o diálogo e a construção compartilhada do conhecimento, os quais foram reconhecidos na oportunidade da escuta sensível e atenta do diálogo crítico e afetivo, com base na realidade explicitada pelos próprios participantes.

Na segunda reunião, houve a participação de seis mulheres e um homem, onde a faixa etária dos participantes estava entre 35 e 60 anos e o tema discutido foi o mesmo da primeira roda de conversa, câncer de mama, uma vez que o foco da discussão se baseou no “Outubro Rosa”, mesmo período da realização das reuniões. Os assuntos foram os mesmos da calçada anterior, porém utilizou-se outra técnica para execução da atividade, qual seja o envolvimento dos moradores em

uma simulação com explicações sobre o procedimento do autoexame da mama<sup>12</sup>. A dinâmica contribuiu para a descontração na abordagem do assunto, além de servir como manutenção da segurança e respeito das mulheres presentes, a fim de deixá-las mais relaxadas e seguras quanto à exposição dos seus medos em relação ao enfoque principal da reunião, os exames mamográficos.

Por sua vez, a terceira reunião do projeto aconteceu no mesmo mês de outubro, com a participação de dez mulheres, dentre as participantes havia uma pessoa que havia feito mastectomia, a qual relatou a sua experiência desde a descoberta do câncer até o tratamento com desfecho de cura. Dessa forma, foi possível abordar aspectos mais específicos que os já trabalhados nos dois encontros anteriores sobre câncer de mama. Foi gerado um momento de partilha, onde outra participante também se sentiu motivada a contar sua experiência na temática. Essa metodologia rompeu com a abordagem dominante de menosprezo do saber do povo e sua cultura, na medida em que se incentivou que duas pessoas com vivências sobre uma condição de saúde semelhante e compartilhassem suas diferentes perspectivas, apresentando suas elaborações e aprendizados com todos presentes<sup>12</sup>.

Ante ao exposto, mesmo com a manutenção da temática durante os três encontros, houve o cuidado de abordá-lo com dinâmicas diferentes. Durante as experiências, atentou-se para a inexistência da “conversa pronta” quanto à abordagem dos assuntos. A necessidade e a curiosidade de cada grupo de participação foram norteadoras da conversa, a



qual se estruturou e se diversificou conforme cada cenário: “a linguagem, os aspectos relevantes a cada temática são moldados na construção compartilhada do saber, por meio de como os participantes vivem, sua cultura e sua maneira de viver e se enxergar em sociedade” (TCR)<sup>12</sup>. Assim, de acordo com as pessoas entrevistadas, a Calçada Amiga é considerada uma das principais conquistas construídas a partir dos espaços de participação na USF em seu decorrer histórico, desde sua fundação em 2007 até os dias atuais. Segundo um dos trabalhadores entrevistados, “a calçada amiga é onde a comunidade participa” (P2)

A experiência apontou para situações de tensão e de ansiedade no decorrer do processo, muitas vezes proporcionadas pelo desejo de alguns profissionais da saúde em cumprir objetivamente as agendas e metas da equipe, o que, em algumas circunstâncias, levava a dificuldades para uma harmonização e concordância da equipe no que tange a uma condução do processo que levasse em conta tempos da comunidade, os quais são reflexo de sua cultura e suas lógicas de vida, as quais muitas vezes não se encontram com as metas de gestão e o modo de operar na lógica administrativa do SUS. Assim, houve situações de tentativas de sobreposição das vontades de um profissional sobre um tema que não condizia com as reais necessidades da população. Para enfrentar essa situação, portanto, no processo das escolhas do tema de cada reunião, com data, local e horário, foi importante ter como princípio a pactuação coletiva do profissional de saúde com os usuários, além do acolhimento de metas oriundas das demandas levadas pela própria

participação das pessoas, como dúvidas sobre os fluxos da prestação de serviços municipal e estadual. Assim, por exemplo, foi esclarecido o que conferia responsabilidade da Atenção Primária, secundária e terciária em um sistema de referência e contrarreferência. Tais assuntos não são só de interesse populacional, mas também dos próprios profissionais da USF, que muitas vezes se encontravam com dificuldades de esclarecimento frente aos procedimentos e fluxos de gestão do seu próprio serviço.<sup>12</sup>

Foi possível perceber que, no início do processo de construção do espaço de participação nas calçadas da comunidade, houve receio e insegurança da equipe de saúde quanto a sustentabilidade desse espaço, na medida em que, em oportunidades anteriores, ocorreram reuniões com os moradores e gestores da USF, mas que não conseguiram se sustentar por muito tempo. Segundo os relatos, o insucesso das reuniões decorreu da não resolutividade dos problemas demandados pela comunidade, fazendo com que a própria população abandonasse o projeto iniciado pela gestão da unidade.

Já aconteciam reuniões entre comunidade e gestão da USF uma vez por mês, porém a gestão não conseguiu lidar com as questões apresentadas pela comunidade. O que era para ser canal de resolução, tornou-se terapia de desabafo, sem mais desfechos. (P3)

Apesar da residência multiprofissional ser ator institucional chave no processo de abertura desse projeto, diante dessa experiência negativa supracitada, as partes envolvidas nas tentativas de

aproximação anteriores tiveram receio sobre a sustentabilidade do projeto pela equipe de saúde. Dessa forma, foi fundamental a adesão de uma das lideranças comunitárias do bairro, como mobilizadora e educadora popular, trazendo maior segurança diante dessa instabilidade inicial do desenvolvimento prático do projeto. Assim, é possível identificar a importância do líder comunitário no processo frente não apenas a presença nas reuniões, mas como parceiros na própria mediação dos espaços de participação da saúde.

A experiência demonstrou que a ESF oferece oportunidades de trabalho coletivo das equipes no sentido de elaborar espaços sociais e comunitários para qualificar a comunicação entre usuários e USF. “Trata-se de romper com paradigmas históricos de organização e materialização dos cuidados à saúde centralizados em gestores e profissionais, superar práticas medicalizantes, normativas, fragmentadas e punitivas” (TCR)<sup>12</sup>. Como exemplo, em uma das rodas de conversa em que a pauta foram os fitoterápicos, o compartilhamento de saberes se deu enquanto os participantes tomavam chá, nesse processo se tentava descobrir de qual planta ele era, para que servia, o que os usuários tomavam na sua rotina, para qual fim tomavam e suas formas de preparo:

“Discussão sobre medicalização, fitoterápicos. Troca de saberes. Tomando chá e descobrindo de qual planta era, para que servia. O que os usuários tomavam e pra que tomavam, como preparavam os chás.” (P1).

Dessa forma, as rodas de conversa são momentos de encontro entre usuários e equipe

não apenas mediados ou motivados pela doença, mas pela busca de procedimentos, saberes e práticas direcionados à qualidade de vida e ao bem viver: “durante as rodas de conversa foi possível resgatar o vínculo com a comunidade, além de compartilhar saberes e experiências, e principalmente proporcionar o cuidado em saúde da população.” (TCR)<sup>12</sup> Com experiências de participação social como essa, revela-se a potência dos serviços de APS, trabalhando com relações horizontais no interior dos serviços de saúde e estabelecendo uma pauta que não só inclui, mas que transborda, a dimensão biomédica e, que ainda, enfatiza que o acesso à saúde com qualidade é um direito de todas as pessoas e que as mesmas podem e devem exercitar um olhar crítico e propositivo em relação aos modos de organização e de operacionalização dos serviços em seus territórios<sup>16</sup>.

Faz-se necessário, partir das sugestões dos usuários, favorecer o acesso deles à administração pública e promover a democracia participativa no SUS. Portanto, é possível realizar uma avaliação da condução dos processos de gestão do SUS e ainda assim possibilitar a resposta ao usuário, fornecendo a informação que ele busca ou reorganizando serviços que não atendam às necessidades reais da população<sup>17</sup>.

A mudança de gestão da USF foi apontada, durante as entrevistas, como desafio para a continuidade do projeto e das reuniões, pois as frequentes mudanças na gestão local implicaram também em modificações na política de organização da agenda da equipe e, conseqüentemente, houve situações em que decorreu um distanciamento grande dos intervalos de realização dos encontros

nas calçadas das comunidades, impedindo que as reuniões entre a equipe e usuários continuassem de forma regular e sistemática, conferindo, dessa maneira, um dos obstáculos enfrentados no processo de sustentabilidade do espaço fora da USF: “As outras equipes foram aderindo também, e terminou que ficou um pouco disperso depois que mudou de gerente. Acabamos perdendo esse espaço reservado, mas com a nova mudança estamos tentando retomar esse espaço!” (P2)

A descontinuidade das reuniões do projeto Calçada Amiga trouxe déficits no estreitamento de vínculos com o território, uma vez que o projeto contribuía para aproximação dos comunitários da USF e incentivava a participação destes nas ações desenvolvidas. Um dos entrevistados afirmou que a unidade tem poucos espaços participativos e que o projeto era o principal instrumento de acolhimento das necessidades populacionais na saúde.

Antes a gente tinha a calçada amiga, que era um espaço legal, a gente discutia exatamente isso, que era um momento deles passarem para a gente as necessidades da população em termos de saúde, mas não tem nenhum outro, a gente usa um pouco os grupos que é uma forma que a gente integra equipe e população, mas que não é a função primordial dela. (P3)

Outro obstáculo sentido na ação do projeto foi o espaço físico. Para o profissional P3: “(...) espaço físico que não tem, a gente estava fazendo em casas de usuários e ficavam trocando para que usuários diferentes frequentassem (...)”. Para mais, destacou-se nesse sentido a resistência de alguns

profissionais de saúde quanto a ter que se deslocar da USF para algumas ruas do território, bem como quanto a necessidade de articular com os usuários da comunidade os espaços da calçada de suas residências para a realização das reuniões. Como diz P3: “(...) um outro problema é que a equipe de saúde acaba sendo um pouco resistente, talvez um pouco de preguiça de ter esse momento que acabava demandando”.

Dentre os desafios atuais para a participação social na APS, Cruz e Brutscher destacam esses elementos, enfatizando como parte dos profissionais da APS enxergam a USF como espaço de “pronto atendimento” e julgam uma atividade de imersão no território como algo “alheio” a realidade do serviço local<sup>18</sup>. Para os referidos autores, esse entendimento se distancia da concepção da APS, bem como das diretrizes da ESF, e revela lacunas na formação profissional em saúde e nas iniciativas necessárias de educação permanente da equipe, especialmente de modo que se trabalhe com a equipe saberes, práticas e posturas que confluem para as perspectivas da participação social em saúde:

Se compreendermos que participação popular vai para muito além de criar espaços de escuta da comunidade – mas implica mergulhar profunda e cotidianamente na realidade social comunitária, conhecer as ruas, os serviços sociais vários, os pontos de referências, as realizações comerciais, o emprego e a renda, os espaços de lazer, dentre outros-, iremos por meio da participação, também observando, vivenciando e sentindo de maneira mais precisa, detalhada e concreta, a realidade, seus desafios, especificidades e problemas. O que

deverá corroborar mais facilmente para uma construção do serviço que reconheça as principais questões de exclusão e de desigualdade e, então, oriente suas ações para seu enfrentamento e seu cuidado obstinado<sup>4</sup>.

Outro desafio a ser superado reside em uma melhor organização dos planejamentos dos encontros, na sistematização dos temas a serem abordados e na contribuição da equipe para a mobilização da frequência e da assiduidade dos usuários, uma vez que influenciou negativamente na adesão de comunidade e equipe de saúde. Para o entrevistado P3, há uma “(...) questão de organização de agenda, às vezes querem fazer uma coisa, mas é em cima da hora, não estava planejado qual seria a ação em si e outra é a frequência dos usuários”.

Cabe destacar também que se identificou a sobrecarga de demandas dos trabalhadores de saúde da USF como outro fator de dificuldade: “a gente tem uma calçada amiga, o ano passado poucas vezes a gente fez isso porque são muitas demandas para a gente” (P1). As jornadas de trabalho extenuantes comprometem atividades de promoção de saúde da equipe na comunidade. Nesse sentido, o número insuficiente de trabalhadores de saúde na unidade afeta a disponibilidade da equipe para organizar ações educativas e visitas domiciliares, as quais são oportunidades de aproximação e fortalecimento do vínculo entre equipe de saúde e comunidade<sup>19</sup>.

O desgaste na crença do cidadão em relação ao sistema público afasta a confiabilidade dos usuários no serviço de

saúde e sua efetiva utilidade na resolução de problemas, deixando-os, muitas vezes, agressivos com a situação: “eles não estão acreditando mais, ou na gente ou no sistema” (P2). Nesse contexto, os profissionais de saúde, frequentemente, não conseguem lidar com a agressividade do usuário, de forma a criar desgastes de comunicação e, conseqüentemente, o vínculo USF-usuário. Apesar da existência de momentos com comunicação truncada e de alguma medida de retroalimentação dos estigmas da comunidade quanto a funcionalidade do serviço em saúde, as rodas de conversa contribuem para o enfrentamento dessas questões e para destravar alguns dos impasses: “muitos usuários enxergam o serviço como mais um meio de violência do Estado, o embate entre o usuário e profissional acontece, porém não é real. As reuniões serviram de destrave para essas questões.” (P1).

(...) por meio da participação social na perspectiva da educação popular, a possibilidade de uma APS que seja resultado de um diálogo fraterno e solidário, porém, tenso e conflituoso. Mas, sobretudo, fundamentalmente construtivo entre diferentes sujeitos, saberes e prioridades, constituindo um serviço feito na diversidade, coerente com o caráter multifacetado do território de atuação (...)<sup>4</sup>.

Nesse sentido, a experiência em tela aponta que se deve construir um modelo de atuação da equipe junto à comunidade em que a dialogicidade e ação transformadora seja pautada. Tendo a Educação Popular em saúde como estratégia para romper com a educação tradicional e individualista,

buscando a transformação das relações de subordinação em favor da autonomia, da participação social e da interlocução de saberes e práticas. Repensando a educação em saúde sob a ótica da participação social; como caminho para a constituição de sujeitos ativos, que se movem em direção a um projeto de vida libertador.

## CONCLUSÕES

Importante salientar as limitações da pesquisa as quais estão relacionadas com a descontinuação das rodas de conversa do projeto estudado, reduzindo a observação das potencialidades dessa estratégia na comunidade e impossibilitando o reconhecimento da real amplitude da Calçada Amiga a partir de uma vivência direta.

A partir das reflexões norteadas pelo presente estudo, foi possível elencar os principais desafios, obstáculos e descaminhos do processo de implementação de um espaço participativo a partir das bases da Educação Popular. A “Calçada Amiga”, portanto, é uma estratégia que incentiva a cidadania ativa dos usuários no desenvolvimento de políticas públicas locais que priorizam a realidade e as necessidades do território. Isso é proveniente das rodas de conversa nas calçadas dos próprios usuários, com discussões relevantes e educativas sobre fluxo, educação em saúde e demandas espontâneas acolhidas em cada encontro entre equipe e comunidade.

Diante dos caminhos de construção

do projeto, foi observada a potencialidade mobilizadora dos ACS junto à comunidade, favorecendo o vínculo entre usuário e USF, de forma a alicerçar as bases da Calçada Amiga dentro da comunidade. O olhar mais próximo dos ACS tornou possível a discussão de temas conforme a necessidade de cada território, aproximando medidas de prevenção e promoção em saúde com as vulnerabilidades locais.

No entanto, durante a implementação do espaço participativo houve embates de percurso que desaceleraram a continuidade das rodas de conversa. Uma delas foi a adesão parcial da comunidade nos encontros educativos, além do próprio abandono de parte da equipe, ao longo do tempo, decorrente das demandas de trabalho vivenciadas na USF. Somado a esse cenário, a mudança de gestão na unidade comprimiu os horários de atuação da equipe no território, impedindo a continuidade do projeto.

Em que pese tais aspectos, depreende-se que a experiência demonstra a potencialidade de uma ESF que se abre a oportunidades de espaços comunitários de Educação Popular, de forma a descentralizar o cuidado em saúde e quebrar paradigmas e abordagens tradicionais de centralização em práticas medicalizantes, favorecendo a construção compartilhada da saúde com os grupos e os sujeitos populares, especialmente no que se refere ao desenvolvimento do autocuidado e o cuidado coletivo no território.

## REFERÊNCIAS

1. Valla VV. Sobre participação popular: uma questão de perspectiva. *Cad. de Saúde Pública*. 1998; 14(2):7-18.
2. Hoppe AS, Magedanz MC, Weigelt LD, Alves LMS, Rezende MS, Fischborn AF, et al. Participação popular no Sistema Único de Saúde: olhar de usuários de serviços de saúde Popular. *Rev Cinergis*. 2017; (18):335–343.
3. Kleba ME, Zampirom K, Comerlato D. Processo decisório e impacto na gestão de políticas públicas: Desafios de um Conselho Municipal de Saúde. *Rev Saúde e Sociedade*. 2015; (24):556–567.
4. Brutscher VJ, Cruz PJSC. Participação social na perspectiva da educação popular: suas especificidades e potencialidades na Atenção Primária à Saúde. *Cadernos CIMEAC*. 2020; 10(1).
5. Busana JA, Heidemann, ITSB, Wendhausen ALP. Participação popular em um conselho local de saúde: Limites e potencialidades. *Rev Texto e Contexto Enfermagem*. 2015; 14(2): 442–449.
6. Oliveira DM, Deus NCP, Caçador BSC, Silva EA, Garcia PPC, Jesus MCP, et al. Nurses' knowledge and practice on social participation in health. *Rev bras enfer*. 2016; 69(3): 421–427.
7. Raimondi GA, Paulino DB, Mendes Neto JP, Diniz LF, Rosa GFC, Limirio Junior V, et al. Intersetorialidade e Educação Popular em Saúde: no SUS com as Escolas e nas Escolas com o SUS. *Rev Bras de Educação Médica*. 2018;73–78.
8. Ministério da Saúde (Brasil). Portaria nº 2.761, de 19 de novembro de 2013. Institui a Política Nacional de Educação Popular em Saúde no âmbito do Sistema Único de Saúde (PNEPS-SUS). *Diário Oficial da República Federativa do Brasil* 19 de nov 2013.
9. Minayo MCS. O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde. 13. ed. São Paulo: Hucitec, CS; 2013.
10. Lima MADS, Almeida MCP. A utilização da observação participante e da entrevista semi-estruturada. *Rev Gaúcha de Enfermagem*. 1999; 20:130-142.
11. Bardin L. Análise de conteúdo (L. de A. Rego & A. Pinheiro, Trans.). 70. ed. Lisboa; 2006.
12. Vinagre LMF, Targino NM, Santos ML, Amaral JLS, Braga LAV, et al. Calçada Amiga: Encontros Terapêuticos no âmbito da educação popular em saúde. [Trabalho de Conclusão de Residência]. João Pessoa: Faculdade de Ciências Médicas da Paraíba e Secretaria Municipal de João Pessoa; 2018; 14p.
13. Gomes AP, Gonçalves LL, Souza CR, Siqueira BR. Estratégia Saúde da Família e bioética: grupos focais sobre trabalho e formação. *Rev Bioética*. 2016; 24(3):488-494.
14. Sampaio J, Santos GC, Agostini M, Salvador AS. Limites e potencialidades das rodas de conversa no cuidado em saúde: Uma experiência com jovens no sertão pernambucano. *Rev Interface: Communication, Health, Education*. 2014; 18:1299–1312.
15. Carvalho MAP, Acioli S, Stotz EN. O processo de construção compartilhada do conhecimento: uma experiência de investigação científica do ponto de vista popular. In: Vasconcelos EM (Org.). *A saúde nas palavras e nos gestos: reflexões da rede de educação popular e saúde*. São Paulo: Hucitec; 2001. p.101-114.
16. Lima FA, Galimberti PA. Sentidos da participação social na saúde para lideranças comunitárias e profissionais da Estratégia Saúde da Família do território de Vila União, em Sobral-CE. *Rev Physis*. 2016;157–175.
17. Silva RP, Jesus EA, Ricardi LM, Sousa MF, Mendonça AVM. O pensamento dos gestores municipais sobre a ouvidoria como um potencial instrumento de gestão participativa do SUS. *Rev Saúde em Debate*. 2016; 81–94.
18. Cruz PJSC, Brutscher VJ. Participação Popular e Atenção Primária à Saúde no Brasil: fundamentos, desafios e caminhos de construção. In: Mendonça MHM, Matta GC, Gondim R, Giovanella L. (Org.). *Atenção Primária à Saúde no Brasil: conceitos, práticas e pesquisas*. 1 ed. Rio de Janeiro: Ed Fiocruz, 2019, (1): p. 123-167.
19. Heidemann ITSB, Wosny AM, Boehs AE. Promoção da saúde na atenção básica: Estudo baseado no método de Paulo Freire. *Rev Ciência e Saúde Coletiva*. 2014; 19(8): 3553-3559.

## CORRESPONDÊNCIA

Pedro José Santos Carneiro Cruz  
 Rua Cassimiro de Abreu, 56, ap 1102  
 Brisamar, João Pessoa, PB. CEP: 5803330  
 E-mail: pedrojosecruzpb@yahoo.com.br.