UNIVERSIDADE DE SÃO PAULO
ESCOLA DE ENFERMAGEM DE RIBEIRÃO PRETO

IVONETE TERESINHA SCHÜLTER BUSS HEIDEMANN

**A Promoção da Saúde e a concepção dialógica de Freire: possibilidades de sua inserção e
limites no processo de trabalho das equipes de Saúde da Família**

RIBEIRÃO PRETO
2006

IVONETE TERESINHA SCHÜLTER BUSS HEIDEMANN

A Promoção da Saúde e a concepção dialógica de Freire: possibilidades de sua inserção e limites no processo de trabalho das equipes de Saúde da Família

Tese apresentada ao Programa de Pós-graduação de Enfermagem em Saúde Pública da Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto – Universidade de São Paulo para obtenção do título de Doutor em Enfermagem.

Linha de Pesquisa: Práticas, saberes e políticas de saúde.

Orientadora: Profa. Dr^a Maria Cecília Puntel de Almeida

RIBEIRÃO PRETO
2006

AUTORIZO A REPRODUÇÃO E DIVULGAÇÃO TOTAL OU PARCIAL DESTE TRABALHO, POR QUALQUER MEIO CONVENCIONAL OU ELETRÔNICO, PARA FINS DE ESTUDO E PESQUISA, DESDE QUE CITADA A FONTE.

FICHA CATALOGRÁFICA

Heidemann, Ivonete Teresinha Schulter Buss

A promoção da saúde e a concepção dialógica de Freire: possibilidades de sua inserção e limites no processo de trabalho das equipes de Saúde da Família. Ribeirão Preto, 2006.

296p. : il.; 30cm

Tese de Doutorado, apresentada à Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto/USP. Área de concentração: Enfermagem de Saúde Pública.

Orientadora: Maria Cecília Puntel de Almeida

1. promoção da saúde. 2. comunicação. 3. Saúde da Família.

FOLHA DE APROVAÇÃO

Ivonete Teresinha Schülter Buss Heidemann

A Promoção da Saúde e a concepção dialógica de Freire: possibilidades de sua inserção e limites no processo de trabalho das equipes de Saúde da Família

Tese apresentada ao Programa de Pós-graduação de Enfermagem em Saúde Pública da Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto – Universidade de São Paulo para obtenção do título de Doutor em Enfermagem.

Linha de Pesquisa: Práticas, saberes e políticas de saúde.

Aprovado em:

Banca Examinadora

Profa. Dra.: Maria Cecília Puntel de Almeida

Instituição: Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto Assinatura: _____

Profa. Dra.: Rosita Saupe

Instituição: Universidade do Vale do Itajaí - Assinatura: _____

Profa. Dra.: Márcia Faria Westphal

Instituição: Faculdade de Saúde Pública - Assinatura: _____

Prof. Dr.: Sérgio Resende Carvalho

Instituição: Universidade Estadual de Campinas - Assinatura: _____

Profa. Dra.: Maria José Bistafa Pereira

Instituição: Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto - Assinatura: _____

Aos meus pais, Anselmo e Deonila, exemplo de força e coragem que estimularam a importância de lutar por um mundo melhor, principalmente através do caminho do conhecimento.

Ao Luís Roberto, meu companheiro de escuta, de diálogo, que através de seu respeito e amor possibilitaram concretizar este trabalho.

Hans, anjo que ilumina a minha vida, sua alegria e presença me acalmam e dão força para continuar sempre aprendendo.

AGRADECIMENTOS

Em especial, agradeço à Profa. Dra Maria Cecília Puntel de Almeida, pela confiança que em mim depositou aceitando-me como orientanda, tive assim o privilégio de compartilhar um pouco do seu imenso conhecimento. Agradeço pela sua paciência, pela sua sabedoria e presença amiga e sincera em toda a trajetória desse estudo.

Aos profissionais da Unidade de Saúde da Família ‘Herbet de Souza’ e aos usuários e lideranças comunitárias do Complexo Ribeirão Verde que através do diálogo participaram dos Círculos de Cultura e possibilitaram a realização desta pesquisa.

Agradeço à professora Dra Silvana Martins Mishima pelas sugestões por ocasião do exame de qualificação.

Aos integrantes da banca examinadora da tese: Dra.: Rosita Saupe, Dra.: Márcia Faria Westphal, Dr.:Sérgio Resende Carvalho, Dra.: Maria José Bistafa Pereira por terem aceito meu convite e pelas valiosas contribuições.

A todos os professores do Curso de Doutorado de Enfermagem em Saúde Pública, que estimularam e ajudaram a ampliar a construção do conhecimento da promoção à saúde, saúde da família, concepção dialógica de Freire, ciência e tantos outros.

Aos integrantes do NEPEPS – Núcleo de Pesquisa e Extensão em Educação Popular e Saúde. Em especial, Astrid e Toni que pelos diálogos, falas e sugestões apoiaram e incentivaram a concretização deste estudo.

Ao Departamento de Enfermagem da Universidade Federal de Santa Catarina – UFSC que oportunizou a realização do curso de doutorado em outra instituição de ensino de Pós-Graduação.

À CAPES, pela concessão de bolsa do Plano de Qualificação Institucional – PQI e apoio financeiro para realização do curso e concretização dessa pesquisa.

À Adriana, auxiliar de pesquisa, que com tranquilidade, paciência e muita responsabilidade compartilhou comigo a digitação dos dados e a tese.

À Cristiane, pelo auxílio e ajuda nos diversos momentos de elaboração deste trabalho.

Aos meus irmãos Eliete, Hegen e Andréia, tios Célio e Dalila, Dona Inocência que me incentivaram, de múltiplas formas, a seguir meus estudos.

Aos amigos, pessoas queridas de Ribeirão Preto, em especial Margô, Cris, Mariângela, Dra Edna, irmãs do Colégio Vita et Pax e tanto outros que nos apoiaram e nos acolheram.

Aos meus colegas de doutorado, Eliza, luciana, Marilu, Roseni, Simone, Celmira e Mércia pelos diálogos, alegrias e carinho nesta trajetória.

Aos autores dos livros, periódicos, artigos pesquisados, referenciados ou não neste trabalho, meu especial agradecimento por me desafiar e ampliar a compreensão do conhecimento.

“É que ninguém caminha sem aprender a caminhar, sem aprender a fazer o caminho caminhando, sem aprender a refazer, a retocar o sonho por causa do qual a gente se pôs a caminhar”.

Paulo Freire, 1992.

RESUMO

HEIDEMANN, I.T.S.B. **A promoção da saúde e a concepção dialógica de Freire: possibilidades de sua inserção e limites no processo de trabalho das equipes de Saúde da Família.** 2006. 296f. Tese (doutorado) - Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo, Ribeirão Preto, 2006.

O estudo teve o objetivo de analisar a incorporação das ações de promoção da saúde no processo de trabalho das equipes de Saúde da Família, em uma Unidade Básica de Saúde. As ações referidas foram política pública saudável; criação de ambiente favorável; desenvolvimento de habilidades pessoais, reforço da ação comunitária e reorientação do sistema de saúde. Como fundamentação teórica buscou-se compreender a origem e as bases da nova promoção da saúde e sua aproximação com o pensamento e a obra de Paulo Freire. Como metodologia de trabalho, foi utilizado o itinerário de pesquisa do educador Paulo Freire (1968), que possui como pano de fundo uma proposta pedagógica libertadora e constitui uma referência internacional para abordagem de promoção à saúde. O trabalho de campo foi realizado através de Círculos de Cultura em diferentes eventos ocorridos com profissionais, usuários e lideranças comunitárias da unidade de estudo. Os dados empíricos foram coletados no período de abril a dezembro de 2005 e constou de 03 etapas: a entrada no campo com investigação dos temas geradores; codificação e decodificação dos temas; desvelamento crítico. Foram identificadas 29 temáticas significativas, agrupadas a seguir em 21 e priorizados em 09 temas mais relevantes: depressão na população; superpopulação na comunidade; necessidade de pronto atendimento 24 horas ou equipe de referência; resistência dos profissionais de saúde para trabalhar na lógica da Estratégia de Saúde da Família; dificuldade para atender e acolher as necessidades e os problemas da população; dificuldade para realizar acolhimento; necessidade de maior capacitação prática das equipes; resistência dos profissionais e população para o trabalho dos Agentes Comunitários de Saúde; falta de informação sobre o tema da promoção à saúde. Na fase do desvelamento crítico estes temas foram ainda priorizados pelos sujeitos como sendo 03 os mais significativos: superpopulação na comunidade; necessidade de pronto atendimento 24 horas e falta de informação sobre o tema da promoção da saúde. Considerou-se que dentre as temáticas investigadas estas foram as que mais interferiam nas condições de vida e saúde da Unidade e comunidade. Houve certa resistência em não discutir aqueles outros temas que diziam respeito diretamente ao modo de produzir a atenção em Saúde da Família como resistência dos profissionais em trabalhar na lógica da Estratégia de Saúde da Família. A interpretação dos dados revelou significados e compreensão atribuídos à importância de exercer um diálogo crítico entre os profissionais das equipes de Saúde da Família, usuários e lideranças comunitárias, e proporcionar ações focadas nos princípios e diretrizes da promoção da saúde e que possam intervir na melhoria da qualidade de vida e saúde dos cidadãos e comunidade. Apesar disso, percebe-se que ainda se mantém uma atenção de saúde de caráter curativo, individual e fragmentado e faz-se necessário estimular a participação do usuário, família e população, para que, em conjunto com os profissionais dos serviços de saúde, universidades, possam construir uma prática de saúde mais emancipatória, autônoma e dialógica sobre os determinantes do processo saúde e doença, e que interferem no seu adoecer e ser saudável.

Palavras chave: promoção da saúde, comunicação, saúde da família.

ABSTRACT

HEIDEMANN, I.T.S.B. **Health promotion and Freire's dialogical conception: possibilities of their insertion and limits on the work process of the care in the Health Family team.** 2006. 296f. Thesis (doctoral) - Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo, Ribeirão Preto, 2006.

This study had the goal of to analyze the incorporation of the actions of health promotion in the work process of the Health Family team in the Health Basic Unit. These actions were favorable public policy, creating supportive environments, strengthening community action, developing personal skills and reorientation health services. As theoretical ground, it tried to understand the origin and the bases of the health promotion that maintain the modern conception of health promotion and their approach with the Paulo Freire's thought and work. As methodology of work, Paulo Freire's (1968) research itinerary was used because which contains as backgrounds the liberating pedagogical proposal and constitutes an international reference to approach of health promotion. The fieldwork was developed through of culture circles in different events occurred with professionals, users and leaderships of the community of the study unit. The empirical data were collected from April to December of 2005 and had 03 stages: the entrance in the field with thematic investigation; codification and no codification of the theme and critical clarification. It was identified 29 significant thematic that were synthesized in 21 and prioritized in 09 the most important themes: population depression; super population in the community; necessity of 24-hour prompt attention or reference team; resistance of the health professionals to work according to the Health Family strategy; difficulty to attend the problem of the population and realize welcome; necessity of most practice capacity of the team; resistance of the Health Community Agent; lack of information about the health promotion thematic. On the stage of clarification, these themes were prioritized by the subjects as being 03 the most significant: super population in the community; necessity of 24-hour prompt attention and lack of information about the health promotion thematic. Among the investigated themes, these were the most which interfered in the conditions of life and health in the community and had resistance in don't discuss that other 06 thematic that said respect the form of to produce the Health Family attention as resistance of the professional in to work in the health family strategy logic. The interpretation of the data revealed meanings and comprehension attributed to the importance of practice a critical dialogue among professionals of the Family Health team, users and community leaderships, as well as provide focused actions on the principles and directives of the health promotion and that can interfere in the improvement of the quality of life and health of the citizens and community. However, it was observed that it still maintains a health attention with curative, individual and fragmented character and it is necessary to stimulate the participation of the user, the family and population together with the professionals of the university and services in order to create a health practice more emancipated, autonomous and dialogical about the determiners of the health and illness process that interfere in the act of sicken and be healthy.

Keywords: health promotion, communication, family health

RESUMEN

HEIDEMANN, I.T.S.B. **La promoción de salud y la concepción dialogada de freire: posibilidades de suyo inserción y límites en el proceso de trabajo de los equipos de Salud de la Familia.** 2006. 296 f. Tesis (doctorado) - Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo, Ribeirão Preto, 2006.

Este estudio tuvo el objetivo analizar a incorporación de las acciones de promoción en salud, en el proceso de trabajo de los equipos de Salud de la Familia en una Unidad Básica de Salud. Las acciones referidas son: políticas públicas favorables; creación de ambientes saludables; desenvolvimiento de habilidades personales; refuerzo de la acción comunitaria y reorientación de los sistemas de salud. Como fundamento teórico se buscó comprender el origen y las bases de la moderna promoción de salud y su aproximación con el pensamiento y la obra de Paulo Freire. Como metodología para este trabajo, fue utilizado un itinerario de pesquisa del educador Paulo Freire (1968), que tiene como fundamento una propuesta pedagógica libertadora y que constituye una referencia internacional para abordar la promoción en salud. El trabajo de campo fue revisado a través de círculos de cultura en los diferentes eventos ocurridos con los profesionales, usuarios y líder ansas comunitarias de la unidad de estudio. Los datos empíricos fueron recolectados en el periodo de abril a diciembre del 2005, y fue constituida por tres etapas: la entrada al campo con la investigación de temas generadores; codificación y descodificación de los temas y un desvelar crítico. Se identificaron 29 temas significativos que fueron sintetizadas en 21, se priorizaron en 9 temas relevantes: depresión en la población; súper población en la comunidad; necesidad de atención rápida de 24 horas o un equipo de referencia; resistencia de los profesionales de salud para trabajar con el modelo de Salud de la Familia; dificultad para atender y acoger las necesidades y los problemas de la población; dificultad para realizar acogimiento; necesidad de mayor capacitación práctica de los equipos; resistencia de los profesionales y de la población para el trabajo de los Agentes Comunitarios de Salud (ACS); falta de información sobre el tema de promoción en Salud. En la fase de desvelar éstos temas fueron priorizados por los sujetos 3 temas significativos: súper población en la comunidad; necesidad de atención rápida durante 24 horas y falta de información sobre el tema de promoción en Salud. Se consideraron que estos temas investigados, fueron los que más interferían en las condiciones de vida y salud de la comunidad, y hubo cierta resistencia en no discutir aquellos otros seis temas que eran directamente respecto al modo de producir la atención en salud de la familia como resistencia de los profesionales en trabajar en la lógica de salud de la familia. La interpretación de los datos reveló: significados y comprensiones atribuidos a la importancia de ejercer un diálogo crítico entre los profesionales y los equipos de Salud de la Familia, usuarios y líder ansas comunitarias, para proporcionar acciones enfocadas en los principios y directrices da promoción que puedan intervenir en la mejora de la calidad de vida de los ciudadanos y de la comunidad. A pesar de eso, se percebe que se mantiene una atención de salud de carácter curativo, individual y fragmentada que hacen necesario estimular la participación del usuario, familia y población, para que junto a los profesionales de la universidad y servicio se pueda construir una practica de salud emancipadora, autónoma y dialogada sobre los determinantes del proceso salud - enfermedad, que interfieren entre adolecer y ser saludable.

Palabras Clave:

Promoción de la salud, comunicación, salud de la familia.

LISTA DE FIGURAS

Figura I - Níveis de aplicação de medidas preventivas na história natural da doença	56
Figura II - Passos do Itinerário de Pesquisa, adaptado de SAUPE, 1999	92
Figura III - Mapa do Complexo Ribeirão Verde e Unidade de Saúde Herbet de Souza	125
Figura IV – Mapa do Complexo Ribeirão Verde	126

LISTA DE ORGANOGRAMAS

Organograma I – Investigação dos principais Temas Geradores	180
Organograma II – Codificação e Descodificação dos Temas Geradores	232

LISTA DE QUADROS

Quadro 1 – Tema Gerador: “Depressão na população”	182
Quadro 2 – Tema Gerador: “Superpopulação no Complexo Ribeirão Verde”	189
Quadro 3 – Tema Gerador: “Resistência dos profissionais em trabalhar na lógica da “Saúde da Família, trabalho voltado para especialidade”	196
Quadro 4 – Tema Gerador: “Dificuldade para atender e acolher os problemas e necessidades da população”	203
Quadro 5 – Tema Gerador: “Necessidade de maior capacitação prática das equipes”	207
Quadro 6 – Tema Gerador: “Pronto Atendimento 24 horas e/ou equipe de referência”	211
Quadro 7 – Tema Gerador: Dificuldade de realizar acolhimento na USFHS	217
Quadro 8 – Tema Gerador: Resistência dos profissionais e população para aceitar o trabalho dos Agentes Comunitários de Saúde – ACS	221
Quadro 9 – Tema Gerador: Falta de informação e compreensão sobre o tema da promoção à saúde	226

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

USF	Unidade de Saúde da Família
UBDS	Unidade Básica Distrital de Saúde
UBS	Unidade Básica de Saúde
SF	Saúde da Família
ABS	Atenção Básica de Saúde
USFHS	Unidade de Saúde da Família ‘Herbet de Souza’
ESF	Estratégia de Saúde da Família
PACS	Programa de Agente Comunitário de Saúde
ACS	Agente Comunitário de Saúde
MST	Movimento dos Sem Terra
MLST	Movimento de Libertação dos Sem Terra
CLS	Comissão Local de Saúde
AMCRV	Associação de Moradores do Complexo Ribeirão Verde
SMSRP	Secretaria Municipal de Saúde de Ribeirão Preto
FMRP	Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto
EERP	Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto
SIAB	Sistema de Informação da Atenção Básica
UNAERP	Universidade de Ribeirão Preto
SUS	Sistema Único de Saúde
PIC	Programa de Incentivo a Caminhada
QI GONG	Terapia Alternativa para Alívio de dores Coluna Vertebral
BM	Barão de Mauá
TRANSERP	Transporte Coletivo de Ribeirão Preto
USP	Universidade de São Paulo
SISNEP	Sistema Nacional de Informações sobre Ética em Pesquisa Envolvendo Seres Humanos
WHO	World Health Organization

SUMÁRIO

APRESENTAÇÃO	18
1 A CONSTRUÇÃO DO OBJETO DE INVESTIGAÇÃO. A INSERÇÃO DA PROMOÇÃO DA SAÚDE NAS AÇÕES DAS EQUIPES DE SAÚDE DA FAMÍLIA	27
1.1 Os espaços e as possibilidades da promoção da saúde	30
1.2 A Saúde da Família um dos espaços possível de promoção da saúde	40
1.3 Pressupostos e objetivo.	52
2 FUNDAMENTAÇÃO TEÓRICA – AS BASES E ORIGENS DA PROMOÇÃO DA SAÚDE E AS CONCEPÇÕES DO EDUCADOR PAULO FREIRE.	54
2.1 Promoção da Saúde	54
2.1.1 Promoção da Saúde – Contexto histórico	54
2.1.2 As cinco principais estratégias da nova promoção da saúde	63
2.2 Concepção dialógica de Freire	72
2.2.1 Um pouco da história	73
2.2.2 As principais concepções do pensamento freireano	75
2.2.3 O <i>empowerment</i> e a promoção da saúde	85
3 EM BUSCA DE UMA METODOLOGIA POSSÍVEL À INSERÇÃO DAS ESTRATÉGIAS DE PROMOÇÃO DA SAÚDE.	89
3.1 Círculos de Cultura	89
3.2 Itinerário de Pesquisa	93
3.3 Atividades de Círculo de Cultura	100
3.3.1 Aspectos Éticos do Estudo	107
3.4 Os momentos do Itinerário de Pesquisa	108
a) Primeiro momento – Entrada no campo com Investigação dos Temas Geradores	109
b) Segundo momento – Codificação e Decodificação dos Temas Geradores	113
c) Terceiro momento – Desvelamento Crítico	115

4 INVESTIGAR, DIALOGAR E REFLETIR. DESCORTINANDO A REALIDADE DE SAÚDE E A DESCOBERTA DO UNIVERSO DA PROMOÇÃO DA SAÚDE NAS AÇÕES DESENVOLVIDAS PELAS EQUIPES NA USFHS E COMUNIDADE

116

4.1 A rede pública de serviços de saúde do município de Ribeirão Preto – a atenção básica em saúde	116
4.2 A área adscrita onde foi realizada a pesquisa	124
4.2.1 A Unidade de Saúde da Família ‘Herbet de Souza’	130
4.3 Contando a história	138
4.3.1 A inserção na realidade	138
4.4 1º Momento – A entrada no campo com Investigação dos Temas Geradores	143
4.4.1 Círculos de Observação participante e visitas domiciliárias	143
4.4.2 Círculos de Quarteirão	145
4.4.3 Círculos de Comissão Local de Saúde – CLS	152
4.4.4 Círculos de Equipe e Grupo Gestor	160
4.4.5 Círculos de Artesanato	133
4.4.6 Círculos de Diálogos	163
4.4.7 Círculos de Movimento dos Sem Terra – MST	166
4.4.4.1 Temas Geradores	169
4.5 2º Momento – Codificação e Descodificação dos Temas Geradores	181
4.5.1 Depressão na população	182
4.5.2 Superpopulação no Complexo Ribeirão Verde	189
4.5.3 Resistência dos profissionais em trabalhar na lógica da Saúde da Família - trabalho voltado para especialidade	196
4.5.4 Dificuldade para atender e acolher os problemas e as necessidades da população	203
4.5.5 Necessidade de maior capacitação prática das equipes	207
4.5.6 Ausência de Pronto Atendimento 24 horas – Equipe de referência	211
4.5.7 Dificuldade de realizar acolhimento na USFHS	217
4.5.8 Resistência dos profissionais e população em aceitar o trabalho dos Agentes Comunitários de Saúde –ACS	221

4.5.9 Falta de informação e compreensão sobre o tema da promoção da saúde	226
4.6 3º Momento – Desvelamento Crítico	233
5 CONSIDERAÇÕES FINAIS: PROMOÇÃO DA SAÚDE, A NECESSIDADE DA CONSTANTE CONSTRUÇÃO	260
6 REFERÊNCIAS	277
APÊNDICES	289
ANEXOS	294

APRESENTAÇÃO

A nova promoção da saúde representa uma das estratégias promissora para lutar pelos múltiplos problemas de saúde que afetam a população. Envolve um conjunto de ações voltadas para o enfrentamento de problemas sociais e a melhoria da qualidade de vida e saúde dos cidadãos e comunidade.

Com a divulgação da carta de Ottawa em 1986 no Canadá, começou a ser trabalhada a compreensão da nova promoção da saúde. A partir desta, ficou caracterizado que promoção da saúde é o “processo que busca possibilitar que indivíduos e comunidades ampliem o controle sobre os determinantes da saúde e, por conseguinte, obtenham melhoria de sua saúde considerando que este processo passa a representar um conceito unificador para quem reconhece a necessidade básica de mudança, tanto nos modos quanto nas condições de vida, visando a promoção da saúde” (WHO, 1986 apud CARVALHO, 2005, p. 58).

No Brasil, o surgimento da Saúde Coletiva na década de 1970 é uma referência importante para o Sistema Único de Saúde – SUS, regulamentado a partir das leis 8080 e 8142 de 1990 trouxeram para dentro do setor saúde várias concepções e idéias como a promoção da saúde. A criação do SUS constituiu-se em uma proposta de mudança das práticas das políticas setoriais e do entendimento do que é saúde, vista como um direito do cidadão e dever do Estado. A saúde passou a ser compreendida a partir de um conceito amplo, como resultante das condições de vida e trabalho dos cidadãos, o que também foi considerado na carta de Ottawa, 1986 (BRASIL, 1988; WESTPHAL, 2003).

É, contudo, na Saúde da Família, uma das estratégias estruturante do setor saúde brasileiro, criada em 1993, que estão contemplados os princípios e diretrizes da nova promoção

da saúde. A Saúde da Família visa a reorganização das práticas e dos serviços de saúde na direção da consolidação do Sistema Único de Saúde – SUS, e a promoção passa a ser reforçada e considerada como um dos seus objetivos, por buscar a mudança do foco de atenção que passa a ser a saúde e não mais a doença, e a família, incluída aí o indivíduo e as questões coletivas. Pensar a saúde, não como a simples ausência da doença, mas como produto da qualidade de vida, socialmente determinada (SUCUPIRA, 2003).

Como estratégias de trabalho na atenção primária de saúde, a Saúde da Família busca a articulação e a interação com as famílias e comunidade, para o conhecimento de sua realidade e desenvolvimento de ações que visam tanto a cura e a reabilitação como a promoção da qualidade de vida. Entretanto, existem pontos críticos, que necessitam ser revistos para execução eficiente e eficaz da SF, dentre eles a formação profissional adequada para esta estratégia de reorientação da atenção básica e avaliação de suas ações.

A promoção da saúde, entendida de uma forma ampliada e não somente como um momento anterior à doença, deve ser vista como um modo de fazer saúde, em que as pessoas são vistas em sua autonomia, no seu contexto político e cultural, como sujeitos capazes de progredir da ação individual para a coletiva, ocorrendo transformações nas suas condições de vida. A concepção da nova promoção da saúde pode contribuir com a transformação das práticas de saúde, mas apresenta, ainda, ambigüidades e contradições internas importantes que necessitam ser revistas e analisadas.

A necessidade de entendimento destas questões é que me conduziram a enfrentar o desafio para desenvolver este estudo. Essas reflexões já marcaram o início de minha carreira profissional, em 1986, quando passei a vivenciar as diferentes concepções de saúde existentes entre os profissionais que atuam no setor.

Convivendo com a dinâmica do processo de adoecimento e de cura no meio popular, interagindo com os movimentos sociais locais e trabalhando como enfermeira em Unidades de Saúde, buscava no processo educativo ações que pudessem direcionar a prática de saúde.

Em minha atuação profissional em saúde coletiva, compreendia a educação como eixo central da assistência e – embora se encontrassem indicações de atividades chamadas educativas nos programas que deveriam ser cumpridos, implantados – não satisfazia a fragmentação que o processo educativo apresentava na prática. Havia certa dificuldade de viabilizar as técnicas educativas como eram propostas, pois essas deixavam a sensação de que não contribuíam para transformar as situações vivenciadas pela população. Igualmente, ao tentar desenvolver práticas com base nos modelos alternativos encontrados na literatura de educação em saúde, não se sentia um suporte seguro para dar continuidade a uma prática diferenciada. O maior problema era conciliar o papel institucional com uma prática vinculada às questões populares na qual se pretendia engajar-se.

Na tentativa de buscar algumas respostas para essas questões é que me distancio dos serviços básicos de saúde, em 1992 para realizar o Curso de Mestrado em Assistência de Enfermagem. A partir de então, comecei a refletir, entre outros aspectos, sobre a importância do processo pedagógico nas ações de saúde, a relação educador e educando. A contribuição para esse estudo, cujo resultado foi a dissertação intitulada “Participação Popular na busca de uma melhor qualidade de vida”, está sustentada no referencial teórico de Paulo Freire (1987) aplicado no campo da saúde (HEIDEMANN, 1994).

Em 1995, ingresso na área de ensino formal da enfermagem, desenvolvendo atividades na disciplina curricular em saúde da comunidade. Várias inquietações começam a surgir, principalmente na supervisão dos estágios em ambulatórios da rede pública para usuários portadores de doenças crônicas.

Nesse ínterim, nos contatos formais estabelecidos nas consultas individuais, visitas domiciliares e reuniões educativas, percebeu-se que muitos profissionais mantinham um discurso libertador – a de proporcionar o diálogo com a população. Contraditoriamente, o mecanismo calcado na transmissão de informação em saúde não proporcionava a ocorrência de mudanças de conduta em relação a essa área, obtendo-se como resultado uma prática de conteúdo verticalizado.

A partir de 1998 outra variável se acrescenta. A participação na Estratégia de Saúde da Família – ESF – como membro coordenador do Núcleo/1 da Universidade Federal de Santa Catarina – UFSC e da criação dos cursos de Especialização e Residência Multiprofissional em Saúde da Família – e as experiências vividas como enfermeira e como docente destacaram a preocupação, principalmente com a necessidade de mudança do foco de atenção à saúde.

Nesse processo de reflexão e reavaliação das práticas e saberes vivenciados no percurso da minha vivência profissional e, especialmente durante a realização do curso de doutorado, passei a compreender a importância da concepção nova promoção da saúde, surgindo novos questionamentos: porque não trazer a fundamentação teórica de Paulo Freire, articulando-a com a promoção da saúde como parte deste processo para o fortalecimento do SUS?

O pensamento e a obra de Paulo Freire (1921-1997) refletem, fundamentalmente, o contexto em que viveu na fase inicial de sua vida, ou seja, o nordeste brasileiro. No final da década de 50 e início dos anos 60, quando iniciou seu trabalho de alfabetização de adultos, metade da população era analfabeta, ou seja, viviam na cultura do silêncio. Sua obra reflete um verdadeiro exercício de transdisciplinariedade com outras ciências. Freire é um educador que se funda numa visão humanista-internacionalista, e sua obra não é um livro de receitas, mas decorre de uma unidade da aliança da teoria-prática (GADOTTI, 2001). Paulo Freire, com o golpe militar de 1964, foi preso e acabou se exilando no Chile no período de 1964 e 1969, sob o governo

democrata cristão de Eduardo Frei. Nesta fase, consolidou seu método de alfabetização e pensamento político pedagógico, incluindo sua obra fundamental, *Pedagogia do Oprimido*, publicada em 1970, que teve influência direta na formulação inglesa de *empowerment* (VASCONCELOS, 2003).

Tratando da promoção da saúde, Carvalho (2002) destaca que o educador Paulo Freire tem um papel importante, pois um dos núcleos filosóficos e uma das estratégias chave é o conceito de “*empowerment*”. Através deste conceito a idéia de promoção da saúde pretende capacitar, possibilitar, tornar viáveis indivíduos e coletivos a aprender, através da vida. Um dos autores que tem servido de inspiração para elaboração desta noção, no Canadá, é justamente a do educador Paulo Freire.

No Brasil, o pensamento de Freire tem contribuído com uma dimensão importante nas estratégias de promoção da saúde, que se concretizam atualmente em duas linhas fundamentais: a Estratégia de Saúde da Família – ESF e o Programa de Agentes Comunitários de Saúde – PACS (VASCONCELOS, 2003). Nesse contexto, as ações de saúde representam a busca dos valores preconizados por Freire, como a participação e o diálogo com a cultura, as representações sociais de saúde e doença, bem como o uso de estratégias de *empowerment*.

Desta forma, a concepção de promoção da saúde traz na sua essência muitos desafios. Esta deve estar alinhada a uma pedagogia dialógica, crítica, reflexiva e problematizadora, de acordo com os princípios da filosofia freireana. Na luta por saúde, a estratégia e concepção da Saúde da Família constituem-se em um terreno fértil que pode aglutinar estas ações de promoção num processo de construção da cidadania e saúde tendo como foco de articulação a defesa do Sistema Único de Saúde.

Por estas razões, para estudar a promoção da saúde, busquei uma aproximação teórico-conceitual com o pensamento e a obra de Freire, pois esta traz a preocupação com o verdadeiro

diálogo, a de propiciar a emancipação da sociedade, mais justa e igualitária. Esta pesquisa foi realizada no município de Ribeirão Preto, na Unidade de Saúde ‘Herbert de Souza’ – USFHS, com as três equipes de Saúde da Família implantadas, usuários e lideranças comunitárias da área adscrita (Complexo Ribeirão Verde). Foi concretizada mediante a realização de Círculos de Cultura, ocorridos em diversas atividades da Unidade de Saúde e comunidade do Complexo, que permitiram desvelar como vem ocorrendo a inserção da promoção da saúde nas ações desenvolvidas e quais são as potencialidades e dificuldades existentes entre os profissionais e população, para colocar no seu cotidiano de trabalho a promoção da saúde.

A partir destas reflexões e indagações, no presente estudo procurei **compreender e estimular a construção da promoção da saúde no processo de trabalho das equipes de Saúde da Família**. Além disso, reforcei a participação e o diálogo dos profissionais, usuários e lideranças comunitárias neste processo de ação, reflexão, ação e analisei como estão sendo contempladas as cinco estratégias de promoção: implementação de políticas públicas saudáveis; criação de ambientes favoráveis à saúde; reorientação dos serviços de saúde; reforço da ação comunitária e desenvolvimento de habilidade pessoal.

A partir desses Círculos de Cultura realizados, estimei a construção do conhecimento em torno deste tema, analisando os condicionantes sociais, políticos e econômicos que determinam as ações de promoção da saúde, mas também problematizando as situações existenciais que interferem na realidade do estudo.

O trabalho está apresentado em 05 itens, que são os resultados da vivência, dos diálogos e reflexões ocorridos durante as atividades dos Círculos de Cultura realizados na USFHS e Complexo Ribeirão Verde.

No item 1 - **A construção do objeto de investigação. A inserção da promoção da saúde nas ações das equipes de Saúde da Família**. Busco introduzir a construção do objeto de

pesquisa, a promoção da saúde no contexto das equipes de Saúde da Família, sustentada por um pensamento emancipatório de Paulo Freire e as abordagens de *empowerment* inseridas a partir da Carta de Ottawa de 1986. Neste capítulo, se fazem presentes os pressupostos, as justificativas e os objetivos. Descrevo, ainda a origem da Saúde da Família no contexto brasileiro, concebida como uma das estratégias que visa a reorientação do modelo assistencial a partir da atenção básica, que contém os princípios e diretrizes da promoção da saúde.

No item 2 – **Fundamentação teórica: Promoção da saúde e Concepção dialógica de Freire.** Neste capítulo, trago as bases que fundamentam esta tese, a promoção da saúde vista a partir de seu contexto histórico de origem e de seus antecedentes. Na concepção dialógica de Freire, apresento o pensamento e a obra de Paulo Freire, que através de sua visão político/filosófica, demonstra que a vida humana tem um sentido, enquanto razão de ser, e está além das relações de opressão presentes na sociedade. Propõe um compromisso ético de emancipação e libertação da sociedade e este pensamento pode contribuir com a compreensão e significado da promoção da saúde.

No item 3 – **Metodologia.** Neste focalizo a metodologia, que foi adotada para desenvolver a pesquisa no município de Ribeirão Preto, na Unidade de Saúde ‘Herbet de Souza’ e que tem equipes de Saúde da Família implantadas. Esta metodologia fundamenta-se nos Círculos de Cultura propostos por Paulo Freire, através do seu método de investigação denominado Itinerário de Pesquisa. Busquei articular o referencial teórico de Freire com a pesquisa qualitativa, porque ambas buscam o desvelamento da realidade social. A partir disto, este estudo se organizou em três momentos: 1) - **Entrada no campo com investigação dos temas geradores**, este momento se caracteriza pela sensibilização e organização dos Círculos de Cultura e problematização dos principais temas geradores; 2) - **Codificação e decodificação dos temas geradores**, quando são problematizados analisados os temas geradores identificados no

primeiro momento; 3) – **Desvelamento crítico**, que corresponde ao desvelamento dos temas geradores identificados, codificados e decodificados nas atividades de Círculos de Cultura. O processo de análise dos resultados foi realizado a partir das etapas do Itinerário de Pesquisa de Paulo Freire, e contou com a participação de todos os sujeitos envolvidos no estudo.

No item 4 – **Investigar, dialogar e refletir. Descortinando a realidade de saúde e a descoberta do universo da promoção da saúde nas ações desenvolvidas pelas equipes na USFHS e Complexo Ribeirão Verde**. Procuro apresentar a realidade social em que se situa o estudo, ou seja, a contextualização, características e histórico da Saúde da Família no município de Ribeirão Preto e Unidade de Saúde da Família ‘Herbet de Souza’. Busco contextualizar os aspectos relacionados a infraestrutura do Complexo Ribeirão Verde, como população, formação dos bairros. Trago os resultados da pesquisa, ou seja, os temas geradores, a codificação e decodificação dos temas e desvelamento crítico. Assim, inicialmente identificou-se 29 temáticas significativas que foram agrupadas em 21 e priorizadas em 09 temas mais relevantes: depressão na população (1); superpopulação na comunidade (2); pronto atendimento 24 horas, equipe de referência (3); resistência dos profissionais de saúde de trabalhar na lógica da Saúde da Família (4); dificuldade para atender e acolher os problemas e necessidades da população (5); dificuldade para realizar acolhimento (6); necessidade de maior capacitação prática das equipes (7) resistência da população e profissionais para aceitar o trabalho dos ACS (8); falta de informação sobre o tema da promoção da saúde (9). Estes temas priorizados foram colocados novamente em Círculos de Cultura para maior aprofundamento e desvelamento crítico.

No item 5 – **Promoção da saúde: A necessidade da constante construção**. Trago as considerações finais do estudo, destacando as questões e análises que emergiram acerca da nova promoção da saúde e sua aproximação com o pensamento e a obra de Paulo Freire, que podem ser importantes para instrumentalizar profissionais, equipe de Saúde da Família, e todas as

peessoas interessadas em melhorar a qualidade de vida e saúde da população. Apresento, também as principais contribuições do trabalho e limitações.

1 A CONSTRUÇÃO DO OBJETO DE INVESTIGAÇÃO. A INSERÇÃO DA PROMOÇÃO DA SAÚDE NAS EQUIPES DE SAÚDE DA FAMÍLIA.

A partir da realização da Iª Conferência Internacional sobre Promoção da Saúde, realizada na cidade de Ottawa, Canadá, em novembro de 1986, o conceito de saúde passa a ser incorporado de uma forma mais ampla e abrangente não se restringindo a um enfoque estritamente biológico. Por meio da Carta de Ottawa, a saúde passou a ser compreendida como produzida socialmente, tendo como requisitos fundamentais para o seu alcance: paz, habitação, educação, alimentação, renda, ecossistema estável, recursos sustentáveis, justiça social e equidade (WHO, 1986).

A Carta de Ottawa defende que as ações de promoção da saúde visam diminuir as diferenças nas condições de saúde da população, através de um desenvolvimento social mais equitativo (WHO, 1986). Para que isto ocorra, as ações de promoção devem buscar ações intersetoriais dos diversos segmentos da sociedade, instituições governamentais e não-governamentais-ONGS associações e outros, bem como envolver a participação da população para assegurar saúde para todos.

No Brasil, as idéias e concepções de promoção da saúde antecedem a Carta de Ottawa, sendo trabalhadas, principalmente na Saúde Coletiva na década de 1970, quando se insere as questões políticas e a determinação do social no processo saúde e doença no campo da saúde. Este movimento constituiu-se na Reforma Sanitária brasileira quando ocorreu grande e extensa mobilização de diversos setores da sociedade o que culminou com a 8ª Conferência Nacional de Saúde, a criação do SUS e toda a legislação constitucional e infraconstitucional da saúde.

Neste sentido, a implantação da Saúde da Família nos municípios brasileiros, surge como uma das possibilidades para implantar esses princípios da nova promoção da saúde,

principalmente, porque a Saúde da Família procura transformar as ações de saúde vigentes, focalizadas no recorte do corpo biológico, na doença e na cura. Porém,

não deve ser entendida como uma proposta marginal, mas, sim, como forma de substituição do modelo vigente, plenamente sintonizada com os princípios da universalidade e equidade da atenção e da integralidade das ações e, acima de tudo, voltada à permanente defesa da vida do cidadão. Está, assim, estruturada na lógica básica de atenção à saúde, gerando novas práticas setoriais e afirmando a indissociabilidade entre os trabalhos clínicos e a promoção da saúde (BRASIL, 2000a, p.08).

Na realidade o modelo de saúde vigente apresenta inúmeras limitações e necessita incorporar reformas nos serviços de saúde e expandir as ações sanitárias para prevenir, curar, reabilitar e promover a saúde individual e coletiva. Não há uma proposta única, mas existem algumas possibilidades, estratégias que poderiam em conjunto operar transformações e intervenções nos serviços de saúde, tais como: a Saúde da Família, a Vigilância à Saúde, a corrente Em Defesa da Vida e a Promoção da saúde.

A promoção da saúde representa um caminho, principalmente quando considera os fatores causais da saúde e da doença e amplia a concepção do processo saúde e doença. Mas apesar disso, apresenta ambigüidades e contradições internas relevantes que no dizer de Carvalho (2005, p.67) ocorre porque seus “documentos principais têm um discurso politicamente correto que costuma agradar a todos os interesses, facilitando, de passagem, a divulgação do seu ideário”. Por outro lado, é importante dialogar com a promoção, e rediscutir, também, processos de trabalho, fortalecer práticas co-gestoras para conquista e preservação dos direitos sociais. Atualmente as políticas de humanização, educação permanente, cursos de capacitações acolhimento tendem a incorporar a promoção da saúde, e podem ajudar a reorganizar o processo de trabalho.

A Saúde da Família – SF⁷, por sua vez, tem como objetivo principal “contribuir para a reorientação do modelo assistencial a partir da atenção básica, em conformidade com os princípios do Sistema Único de Saúde, imprimindo uma nova dinâmica de atuação nas unidades

⁷ Saúde da Família quando implantado em 1993 foi concebido como **programa**, sendo defendido posteriormente pelo Ministério da Saúde como **estratégia** de atenção primária. Neste trabalho, utilizarei a terminologia Saúde da Família significando uma estratégia que deverá sofrer adaptações segundo cada realidade social.

básicas de saúde, com definição de responsabilidades entre os serviços médicos e a população” (BRASIL, 1998).

A SF busca a mudança do modelo tradicional de “atenção médica”, que é curativo e individual, para trabalhar na perspectiva da integralidade incorporando também a promoção e a prevenção no universo familiar e comunitário em que vivem esses indivíduos. Porém, a Saúde da Família trabalha ainda de forma dicotômica, pois inúmeros são os obstáculos, entraves que impedem a sua operacionalização, como a dificuldade de superar o modelo flexneriano² hegemônico que dificultam, principalmente a inserção da promoção da saúde por suas equipes de saúde. Neste sentido, Campos (1997) comenta que qualquer projeto que pretendesse mudar os modos de atenção em saúde deve conciliar com a permanência de padrões intoleráveis de alienação dos trabalhadores de saúde e com a ineficácia da clínica, visto que há pouco tempo definiu-se modelo de atenção:

...como um conceito que estabelece intermediações entre o técnico e o político. Como uma dada concretização de diretrizes de política sanitária em diálogo com um certo saber técnico. Uma tradução para um projeto de atenção à saúde de princípios éticos, jurídicos, organizacionais, clínicos, socioculturais e da leitura de uma determinada conjuntura epidemiológica e de um certo desenho de aspirações e de desejos sobre o viver saudável. Modelo, portanto, seria esta coisa tensa, que nem é só política e tampouco só tecnologia (CAMPOS 1994 apud CAMPOS, 1997, p.266).

É neste contexto, que este trabalho busca investigar se a concepção de promoção da saúde vem permeando o processo de trabalho das equipes, principalmente quando o enfoque nos serviços de saúde está ainda voltado para a doença e não à saúde. As equipes de Saúde da Família devem ter como objetivo a transformação do seu processo de trabalho, para uma constante melhoria da qualidade das ações e dos serviços de saúde. Espera-se com isso uma melhor

² Mendes aborda que Flexner foi o educador americano que, em 1910, codificou a medicina científica hoje hegemônica, calcada nos seguintes elementos ideológicos: o mecanicismo, o biologismo, a atenção a indivíduos, a especialização, a exclusão de práticas alternativas, a tecnificação do ato médico e a ênfase na medicina curativa e reabilitadora (MENDES, 2002, p. 34)

vinculação do profissional com a população, além de propiciar conhecimento para planejar e transformar as práticas de saúde. É nesse contexto que a equipe de Saúde da Família - priorizando a questão da promoção da saúde e da intersetorialidade - irá desenhar a sua prática de trabalho.

Assim, propor uma investigação de promoção da saúde com as equipes de saúde, dando ênfase naquelas que desenvolvem a Saúde da Família, e analisar qual concepção de promoção vem sendo utilizada e se as ações de promoção estão presentes nas atividades do trabalho em saúde, é o caminho que busquei realizar durante o desenvolvimento desta pesquisa. Considero que esta é uma dimensão de fundamental importância na produção de cuidados de saúde, no processo de construção do Sistema Único de Saúde – SUS.

1.1 Os espaços e as possibilidades da promoção da saúde.

O tema da promoção da saúde tem na Saúde da Família uma possibilidade, uma vez que esta faz parte do SUS e está fundada nos princípios da integralidade da atenção à saúde e da participação comunitária (MENDES, 2002 apud LEFEVRE, 2004). Porém, esta é uma possibilidade em construção e não algo consolidado no processo de trabalho das equipes. Faz-se necessário ampliar a compreensão de saúde, ultrapassando a ação e concepção unicamente biológica, do processo saúde e doença.

Por outro lado, a Saúde da Família apresenta ainda, dificuldade de uma prática Clínica Ampliada pelos profissionais (médicos, enfermeiros, odontólogos). Seu foco, apesar da sua importância na atenção, continua “sendo a doença e o corpo, a despeito das demandas dos usuários, do trabalho em equipe, da presença dos agentes comunitários e das visitas domiciliares” (CAPOZZOLO, 2003 apud CUNHA, 2005, p.19).

É necessário reconhecer a importância da clínica enquanto uma responsabilidade muito maior do que tratar o doente e não a doença. Carvalho (2005, p.126) aponta que não se deve negar o “imenso aporte da clínica para prolongar e melhorar a qualidade de vida das pessoas ao aliviar a dor e sofrimento, ao curar e reabilitar. A clínica degradada, prática social historicamente determinada, não sintetiza todas as possibilidades de intervenção acumuladas pelo saber clínico”.

Na verdade, existem limites em relação à clínica tradicional e as armadilhas são evidentes. Mas, é importante e necessária a discussão e elaboração sobre a prática clínica de todos os profissionais que atuam na Saúde da Família, de forma a intervir na melhoria das condições de vida da população. Promover a saúde significa envolver profissionais e indivíduos ou comunidades, buscando ações que visam à melhoria da qualidade de vida³.

Westphal (2003, p. 20) aponta que vários grupos dentro do setor saúde brasileiro, ao apostarem na reestruturação do modelo de assistência à saúde, via Saúde da Família, vêm utilizando o tema da qualidade de vida, como objetivo final deste enfoque. Cita Minayo, Hartz e Buss (2000), que realizaram uma pesquisa na literatura sobre o conceito de qualidade de vida aonde esta concepção não consegue ser conceituada a não ser “como uma noção polissêmica”, “uma construção social, com a marca da relatividade”. Para estes autores “qualidade de vida abrange muitos significados, que refletem conhecimentos, experiências e valores de indivíduos e coletividades que a ele se reportam em variadas épocas, espaços e histórias diferentes”.

³ Ao ser utilizada a proposta de qualidade de vida, os indicadores de saúde, o Índice de Desenvolvimento Humano – IDH (Índice utilizado pelo PNUD – Programa das Nações Unidas para o Desenvolvimento que procura medir a qualidade de vida de uma população através de indicadores como educação, expectativa de vida, e rendimento per-capita), são considerados fundamentais. Qualidade de vida está relacionada ao grau de acesso aos bens de consumo materiais e espirituais para a satisfação das necessidades básicas: alimentação, habitação, vestimenta, bem como as necessidades ampliadas: educação, mobilização e organização dos grupos no espaço de consumo, utilização produtiva, complementar do tempo livre, recreação e saúde. Humanizar o trabalho, gerar ambiente saudável e protetor no nível urbano e rural, liberar a consciência e a subjetividade dos seres humanos são também condições para humanizar e elevar a qualidade de vida (CAMPAÑA, 1997).

A qualidade de vida como um objetivo a ser atingido pela Estratégia de Promoção da Saúde, tem na Saúde da Família, um caminho que pode ser desenvolvido e construído em conjunto com a população e as equipes. Westphal (2003) discute, ainda, que os pré-requisitos sintetizados na carta de Ottawa de 1986 sobre saúde e qualidade de vida somente serão atendidos, quando ações individuais, coletivas, com base na ética da solidariedade e que busquem a sustentabilidade e respeito nas relações do homem com a natureza, forem programadas e desenvolvidas.

Assim, entender saúde como expressão de qualidade de vida inclui pensar em uma nova perspectiva, que é a luta pela construção de melhores condições de vida para a população.

Para a saúde, a qualidade de vida tem especial importância, e isto depende também, da liberação das potencialidades humanas e nada melhor que o desenvolvimento da emancipação social (CAMPANÃ, 1997). Na perspectiva da promoção da saúde, a emancipação social é um processo que impulsiona a libertação e capacitação dos sujeitos envolvidos para a melhoria das suas condições de vida. Para trabalhar, pensar a emancipação⁴ dos sujeitos numa perspectiva libertadora, demanda uma abordagem crítica reflexiva de pesquisa. A pedagogia construtivista, baseada no pensamento e na obra de Paulo Freire (1970), pode ser considerada como uma das aproximações desta concepção da nova promoção da saúde (LABONTE, 1993).

Para Freire (2000, p. 43) trabalhar com a pedagogia construtivista, a pedagogia crítica radical libertadora é:

⁴ Para Freire e Horton (2002) um projeto emancipatório social é a construção de uma sociedade mais livre, e isto significa respeitar o conhecimento do povo através de uma atitude política consistente... a emancipação verdadeira requer a humildade dialógica enquanto possibilidade de recriar culturalmente, via cidadania democrática, a sociedade como um todo. Quanto mais as pessoas se tornarem elas mesmas, melhor será a democracia... Temos que ser livres, livres para acreditar na liberdade... Sem liberdade é difícil entender a liberdade... Lutamos pela liberdade até o ponto em que não temos liberdade, mas ao lutar pela liberdade descobrimos como a liberdade é linda e difícil de criar, mas temos que acreditar que é possível... a transformação da sociedade é histórica, não é mecânica... Implica uma decisão política, uma capacidade muito clara de utilizar o tempo para fazer mudanças.

trabalhar a legitimidade do sonho ético-político da superação da realidade injusta. É trabalhar a genuinidade, desta luta e a possibilidade de mudar, vale dizer, é trabalhar contra a força da ideologia fatalista dominante, que estimula a imobilidade dos oprimidos e sua acomodação à realidade injusta, necessária ao movimento dos dominadores. É defender uma prática docente em que o ensino rigoroso dos conteúdos jamais se faça de forma fria, mecânica e mentirosamente neutra.

Labonte, Feather e Hills (1999) discutem que já existem vários argumentos a favor da utilização de uma aproximação construtivista para o desenvolvimento do conhecimento da promoção da saúde, mas pouco tem sido articulado sobre que concepção deveria ser. Ressaltam que a concepção de promoção da saúde tem sido desafiada mais ideologicamente do que teoricamente.

Neste contexto é que o pensamento e a obra de Freire expressam sua importância, enquanto diálogo crítico para a transformação política da sociedade. Os trabalhos que se baseiam nos pressupostos freireanos aproximam-se mais de um modelo de mudança social, no qual as pessoas participam e buscam apreender a realidade criticamente. A riqueza de utilizar o diálogo crítico, proposto por Freire, é que promove a pessoa como sujeito do seu próprio aprendizado. Wallerstein e Shanchez-Merki (1994) sugerem que esta estrutura dialógica é importante, porque cada participante é co-autor para criar uma compreensão da realidade. Indivíduos devem ser envolvidos, não somente no esforço para identificar seus problemas, mas também para engajar no pensamento crítico para analisar o contexto societal de seus problemas. O objetivo do diálogo é a práxis, ação – reflexão – ação, no qual as pessoas promovem mudanças individuais e comunitárias.

Zitkoski (2000), ao estudar a relação do diálogo em Freire e Habermas, analisa que o grande esforço de Freire, em toda a sua vida, foi sua colaboração histórica na construção de uma **Pedagogia do Oprimido** enquanto elaboração de estratégias políticas e saberes válidos para a

luta de libertação. Tal pedagogia só é possível a partir dos próprios oprimidos que, ao assumirem-se enquanto construtores de uma nova sociedade, engajando-se na luta de humanização do mundo, vão libertando-se a si e aos opressores. O empoderamento dos oprimidos brota das vivências de união, solidariedade, debate, diálogo problematizador da realidade e das trocas intersubjetivas promove a humanização da sociedade e construção dos sujeitos autônomos e independentes.

Trazendo a discussão para o campo da saúde, Minayo (2001) em seu artigo “Estrutura e sujeito, determinismo e protagonismo histórico: uma reflexão sobre a práxis da saúde coletiva”, argumenta que a hegemonia do conhecimento médico e da saúde pública tem sido sistematicamente marcada pelo apagamento do **sujeito**. Em sua reflexão assinala que há resistências em aderir aos novos paradigmas e concepções no campo da saúde, sendo que a discussão está ainda muito centrada na doença, na enfermidade, nos problemas de saúde, e pouco tem sido enfatizado o papel dos indivíduos para a construção de uma sociedade saudável conforme reforçado e divulgado no documento chave da promoção da saúde da carta de Ottawa de 1986.

Diante destas reflexões, fica evidente, que uma das maiores dificuldades do setor saúde é o de ampliar o conceito de saúde, tendo a concepção de promoção como uma possibilidade na prática dos profissionais de saúde. É introduzir esta concepção na abrangência da Constituição Federal de 1988 e trazer as contribuições dos pressupostos de Freire para a construção dos sujeitos promovendo as transformações na vida social.

A contribuição de Freire nesta estratégia de promoção é justamente a de propiciar o verdadeiro diálogo entre os próprios profissionais e população. Pois, o profissional da saúde que tem o compromisso ético, libertador, progressista, na sua prática cotidiana, deve desafiar a

população “a pensar criticamente a realidade social, política e histórica em que é uma presença” (FREIRE, 2000, p. 44).

Nesta perspectiva, Canesqui (2001) debatendo o artigo de Minayo analisa que a estratégia de promoção da saúde transcende as ações setoriais para encontrar a intersetorialidade, a qualidade de vida e ampliar o atendimento às capacidades humanas, bem como proporcionar maior *empowerment*⁵ às capacidades individuais e coletivas.

A promoção da saúde, para o autor, não se restringe, somente a formulação de políticas saudáveis, paralelas à construção do Sistema Único de Saúde – SUS. Ela serve de referência para reforçar a saúde como bem público, e não para minimizá-lo. A promoção sob o âmbito das intervenções específicas da saúde requer ampliação e reformulação dos modelos de atenção-cuidado-prevenção-reabilitação, requer também o repensar dos modelos e os pressupostos das intervenções em saúde pública e tecnologias adequadas.

Atualmente, já se entende que a promoção da saúde é imprescindível na implementação de políticas públicas visando a melhoria da qualidade de vida da população. Mas, conforme evidenciado por Coutinho, Pereira e Vulczak (2005) em uma pesquisa realizada com secretários municipais, inseridos na 5ª Regional de Saúde do estado do Paraná, constatou-se que ainda prevalece um discurso que transita em meio as referenciais de prevenção de doença e de promoção da saúde. Identificou-se no discurso desses gestores, uma preocupação maior com o pronto atendimento, com as demandas de alta e média complexidade e com o oferecimento de

⁵ A palavra *Empowerment* constitui um termo da língua inglesa de difícil tradução direta em português. Vasconcelos analisa que alguns autores têm traduzido como empoderamento, outros como fortalecimento ou aumento da autonomia, considera estas traduções interessantes, mas limitadas quanto à riqueza do termo. Neste sentido, concordando com o autor utilizarei, também, o termo original em inglês, para manter a complexidade e o caráter multifacetário do conceito, propondo um sentido provisório de “aumento do poder e autonomia pessoal e coletiva de indivíduos e grupos sociais nas relações interpessoais e institucionais, principalmente daqueles submetidos a relações de opressão, dominação e discriminação social” (VASCONCELOS, 2003, p. 20).

medicamentos aos usuários, destacando-se as ações de promoção mais para os níveis de prevenção de doenças.

As propostas e oportunidades que vêm sendo colocadas no campo da saúde, com a introdução da concepção de Saúde da Família, que traz como ênfase a indissociabilidade entre os trabalhos clínicos e a promoção, constitui-se numa possibilidade para o desenvolvimento das ações de promoção da saúde e defesa do SUS. Pois, como aponta Almeida et al.(1996, p.143), o Sistema Único de Saúde:

É o modelo de referência constitucional legal, em âmbito nacional, pressupondo os princípios do direito universal à saúde; do papel do Estado na prestação de serviços de saúde; da equidade; integração dos níveis de promoção, prevenção, recuperação; descentralização e regionalização; participação e controle social, congregando a lógica ético-política inerente ao ideário da Reforma Sanitária.

Neste sentido, Merhy (2002) quando aponta três questões básicas essenciais na produção do melhor cuidado em saúde, que é o da cura, promoção e proteção da saúde individual e coletiva, destaca:

1. um dos pontos nevrálgicos dos sistemas de saúde localiza-se na micropolítica dos processos de trabalho, no terreno da conformação tecnológica da produção dos atos de saúde, no tipo de profissionais que os praticam, nos saberes que incorporam, e no modo como representam o processo saúde-doença;
2. a referência aos processos gerenciais necessários para operar o gerenciamento do cuidado e o modo como os interesses dos usuários, corporativos e organizacionais atuam no seu interior;
3. a composição da caixa de ferramentas necessárias para que os gestores dos serviços de saúde consigam atuar sobre este terreno tão singular, gerindo

estabelecimentos e sistemas de saúde com ferramentas governamentais complexas para atuar no terreno político, organizacional e produtivo.

Merhy (2002) assinala estas questões como sendo eixos importantes e desafiadores, e considera que os serviços de saúde têm demonstrado que, conforme os modelos de atenção que são adotados, nem sempre a produção do cuidado em saúde está comprometida com a cura e a promoção. É necessário mudar os sujeitos que se colocam como protagonistas do novo modelo de assistência, com a construção de novos valores, de uma nova cultura baseada na solidariedade, cidadania e humanização na assistência. Destaca Merhy (2003), que a produção do acolhimento, da responsabilização e do vínculo, enquanto diretrizes do modelo assistencial, que sendo tecnologias leves⁶ de produção do cuidado e da cura em saúde, contribuem para a construção de uma nova postura dos profissionais ante os usuários, re-centrando a finalidade de seus trabalhos, e **disparando** a constituição de novos processos coletivos de subjetivação no interior das equipes de saúde. É através das tecnologias leves que se dá o encontro entre profissional de saúde e usuário. Essa classificação de tecnologias em saúde permite compreender a micropolítica do trabalho em saúde trazendo a discussão do autogoverno do trabalhador e do trabalho vivo em ato.

Observa-se assim, que inúmeras são as dificuldades que interferem no processo de cuidado dos seres humanos nos serviços de saúde. Rocha e Almeida (2000, p.96) apontam que muitas das dificuldades estão relacionadas com as transformações que vêm ocorrendo na sociedade e também ocorrem no campo da saúde. O setor saúde tem que responder a uma

⁶ Merhy (2003, p. 23) parte da constatação de que as tecnologias de saúde que produzem o cuidado são configuradas a partir do arranjo entre dimensões materiais e não materiais do fazer em saúde. Estas dimensões são expressas em terrenos tecnológicos que denomina de leve, leve-duro e duro. Entende por tecnologia leve os modos relacionais de agir na produção dos atos de saúde, leve-dura como os saberes tecnológicos clínicos e epidemiológicos e duros como os equipamentos e máquinas. Imagina que um modelo cujo sentido é dado pelo mundo da necessidade dos usuários é centrado nas tecnologias leves e leve-duras, ao contrário do predominante hoje, cujo sentido é dado pelos interesses corporativos e financeiros, centrado nas tecnologias duras e leve-duras.

pluralidade de necessidades, tanto as de alta complexidade e especialidade que demandam intervenções tecnológicas que ocorrem no setor terciário, como nos espaços aonde as pessoas vivem no seu cotidiano, de modo a proporcionar uma vida saudável. Para as autoras, “só a intervenção e recuperação do corpo biológico não tem respondido de forma plena as necessidades de saúde, pois estas vão além e demandam por uma atenção que leve em conta a integralidade do ser humano, a qualidade de vida e a promoção da saúde”.

O conceito de promoção da saúde, desde a década de 70, vem sendo sistematizado e disseminado em discussões internacionais que defendem ações intersetoriais e valorizam a saúde como qualidade de vida da população. As discussões em torno da concepção de promoção da saúde têm impulsionado importantes conferências no cenário internacional, tais como: A declaração de Alma Ata – URSS, 1978, a I Conferência Internacional de Promoção da Saúde em Ottawa, (Canadá, WHO, 1986); Declaração de Adelaide sobre Políticas Públicas Saudáveis (Austrália, WHO, 1988), Declaração de Sundsvall sobre Ambientes Favoráveis de Saúde (Suécia, WHO, 1991), Declaração de Jacarta sobre Promoção da Saúde no Século XXI (Jacarta, WHO, 1997), Declaração do México (México, WHO, 2000) e a VI Conferência Internacional de Promoção da Saúde em um Mundo Globalizado em Bangkok (Tailândia, WHO, 2005). Também nas Conferências regionais: Conferência Internacional sobre Promoção da Saúde na Região das Américas - Declaração de Santa-Fé de Bogotá (Colômbia, OPS, 1992), I Conferência de Promoção da Saúde do Caribe (Trinidad y Tobago, OPS, 1993) e no próprio Canadá, ao revisar o tema da promoção da saúde em “Action Statement for Health Promotion in Canadá (CPHA, 1996) e a Rede de Megapaíses para a promoção da saúde (Genebra, Suíça, OPS, 1998) (BUSS, 1998, 2003; CARVALHO, 2002)”.

No Brasil, Mello (2000) considera que apesar da concepção de promoção da saúde estar explicitada na Lei Orgânica Nacional de Saúde – CONASENS (Conselho Nacional de

Secretários Municipais de Saúde 1990, Lei N. 8.080 e Lei N. 8142) e venha tendo respaldo nas conferências de saúde, políticas e/ou ações não têm sido implementadas. Considera o autor, que as experiências com as ações de promoção da saúde tenham sido incipientes até o momento, quando algumas pesquisas são desenvolvidas com este tema, permanecem equívocos ideológicos no que se refere a sua concepção nos serviços de saúde, sendo freqüente o uso inadequado do termo pelos profissionais, que confundem com práticas de prevenção e/ou educação para a saúde. Apesar dos avanços nas políticas e ações no setor econômico brasileiro, permanece ainda, contradição profunda em termos de desigualdades sociais que compromete a imagem do país no cenário internacional.

Por outro lado, a inseparabilidade das ações de promoção, prevenção e cuidado nas ações de saúde no nível local, o intercâmbio entre o saber técnico e saber popular, a interdisciplinariedade da prática profissional, permitem também pensar a saúde⁷ na perspectiva da integralidade, princípio básico do Sistema Único de Saúde que tem hoje na Saúde da Família a uma das estratégias para reorientação do modelo assistencial a partir da atenção básica (SOPHIA, 2001).

Consolidar os princípios e diretrizes da promoção da saúde na SF, é uma tarefa difícil e em construção. Existem dificuldades que são resultantes do próprio contexto da sociedade, e principalmente na saúde, onde se valorizam muitas ações e procedimentos de alta densidade tecnológica, é como ressalta Vasconcelos (1999, p. 271) em sua tese de doutorado “Educação popular e a Atenção à Saúde da Família”:

⁷ O conceito de saúde é entendido neste trabalho como o defendido na VIIIª Conferência Nacional de Saúde de 1988 e que se amplia em relação ao conjunto das condições de vida da população: “Em sentido mais abrangente, a saúde é o resultante das condições de alimentação, habitação, educação, renda, meio ambiente, trabalho, transporte, emprego, lazer, liberdade, acesso e posse da terra e acesso aos serviços de saúde. É assim, antes de tudo, o resultado das formas de organização social da produção, as quais podem gerar grandes desigualdades por níveis de vida” (BRASIL, 1987).

O progresso da assistência à saúde tem estado identificado especialmente com inovações tecnológicas: novos medicamentos, ressonância magnética, cirurgia, laparoscopia, engenharia genética, transplantes, técnicas imunológicas de diagnóstico de alta sensibilidade e especificidade, etc. Mas tão importante quanto essa evolução tecnológica é o avanço na definição de modelos de atenção à saúde que sejam, ao mesmo tempo, compatíveis com a realidade política, econômica e cultural da sociedade e das instituições em que se inserem e, ainda, contribuam para ampliar as condições de saúde de todos os cidadãos de forma que respeite sua autonomia e dificuldade.

Assim, para compreender a estratégia de promoção da saúde na Saúde da Família, é importante que se reflita sobre o contexto político e econômico em que a mesma foi implantada, visto que a prática de promoção está intrinsecamente ligada ao processo de trabalho na área e vem influenciando este modelo de atenção.

1.2 A Saúde da Família um dos espaços possível de promoção da saúde.

Uma das características centrais do nosso tempo é a velocidade com que profundas transformações na área das ciências da vida vêm ocorrendo, em especial com o avanço da tecnologia, nas áreas da genética humana, clonagem e outros. Esse desenvolvimento tem impulsionado, principalmente no campo da saúde, o progresso de novos conhecimentos científicos. Entretanto, os avanços dessas tecnologias, nos países ditos emergentes, pouco conseguem justificar e resolver os problemas de saúde - pois a maioria está relacionada à falta de condições básicas de habitação, educação, saneamento, alimentação – não obstante, ainda vem contribuindo para o aumento das doenças infecciosas e parasitárias (ALMEIDA; VALLE, 2001).

Paralelamente, o modelo de saúde⁸ vigente busca, predominantemente, o enfrentamento do processo saúde/doença no nível do corpo biológico, centrado na figura do médico, isto é, os serviços hospitalares, os ambulatoriais e as campanhas de saúde pública interferem apenas pontualmente e ocasionalmente nessa dinâmica (VASCONCELOS, 1999).

Ao pensar nas transformações que vêm ocorrendo atualmente na sociedade, observa-se que no caso brasileiro, as duas últimas décadas foram marcadas por intensas transformações no sistema de saúde, intimamente relacionadas às mudanças ocorridas no âmbito político-institucional, decorrentes do processo de redemocratização. Paralelamente a esse processo, manifesta-se uma crise mais ampla no campo econômico, social e político e que veio a determinar, inclusive, mudanças na organização do serviço de saúde, mudanças essas decorrentes, em parte, do crescente custo da assistência médico-hospitalar.

As políticas públicas que conduziram o sistema público de saúde brasileiro, até um passado bem recente, influenciando-o até os dias atuais, transitaram do sanitarismo campanhista para o modelo médico-assistencial privatista vigente. Para Mendes (2002), o primeiro modelo caracterizou-se por políticas de intervenções sanitárias, para combater doenças transmissíveis, de caráter repressivo sobre os indivíduos. Este modelo respondia às necessidades da economia agroexportadora, como o café. O segundo modelo surge a partir da diversificação da base produtiva, o que impulsionou investimentos na medicina previdenciária para manter a reprodução da força de trabalho dos indivíduos com emprego formal. Para este autor, ainda, foi a crise política e econômica do início dos anos 80, atrelada ao processo de redemocratização, que se institui, com a Constituição de 1988, o Sistema Único de Saúde – SUS.

⁸ O modelo de atenção ou modelo assistencial "... é uma dada forma de combinar técnicas e tecnologias para resolver problemas e atender necessidades de saúde individuais e coletivas. É uma razão de ser, uma racionalidade, uma espécie de 'lógica' que orienta a ação" (PAIM, 2003 apud ALVES 2005, p.42).

Na Constituição Federal de 1988, a saúde foi concebida como um direito de todos e dever do Estado brasileiro, sendo estabelecida, para tanto, a criação do Sistema Único de Saúde (SUS), regulamentado através das Leis Orgânicas da Saúde/SUS 8080 e 8142, ambas de 1990. Tal legislação aponta como princípios e diretrizes de tal sistema a universalidade, a equidade, a integralidade, a regionalização, a hierarquização, a descentralização e a participação dos cidadãos. Atualmente, mais de 75% da população brasileira utiliza o SUS, havendo variações regionais, porém este sistema convive com a privatização da assistência médica, ou seja, com dois outros sistemas privados: o Sistema de Atenção Médica Supletiva, constituído pela Medicina de Grupo, Autogestão, Cooperativa Médica e Seguro Saúde e o Sistema de Desembolso Direto. Assim, convive-se com o Modelo Segmentado (MENDES, 2001).

Além das Leis Orgânicas de Saúde que vieram para regulamentar o SUS, são as Normas Operacionais Básicas (NOB) editadas em 1991, 1993, 1996, que efetivamente reordenam e revitalizam o processo de sua implantação. As duas principais propostas para garantir sua continuidade, são a descentralização, com a municipalização e a consolidação dos sistemas locais de saúde e a Saúde da Família (BRASIL, 1998).

Entretanto, o SUS desde o início de sua implantação vem apresentando vários problemas que tem dificultado a sua operacionalização, e acabam interferindo sobre a demanda e a oferta de saúde, constituindo-se a chamada crise da saúde. Mas, é no decorrer dos anos 90 que se intensifica o processo de Reforma Sanitária e a construção do SUS, mesmo que ainda lento e sem muita coerência com seus princípios e diretrizes, persiste e avança. Para Luz (2001) a década de 1990, trouxe ventos políticos que sopraram a favor do neoliberalismo, e intensificou o processo de desmonte de políticas públicas construídas já nas décadas anteriores.

Em contrapartida, os anos 90 caracterizam-se em vários países como a década das reformas dos sistemas nacionais de saúde, com um conteúdo diverso das políticas do Welfare

State⁹. A agenda da saúde incorpora três propostas centrais: 1) - os mecanismos de mercado com competição administrativa; 2) - a separação da provisão e financiamento das ações de saúde e a 3) - ênfase na efetividade clínica. Além disso, delineia-se uma outra proposta de reforma para o futuro não muito distante: mudanças na concepção de saúde e no papel dos usuários desses sistemas (VIANA; DAL POZ, 1998).

Muitos países iniciaram a década tentando implementar um ou outro ponto dessa agenda, por meio de processos diferentes, tendo em vista as diversas conjunturas nacionais e os processos de constituição e operação dos sistemas de saúde. É importante salientar, entretanto, que em nenhum deles houve uma eficiência dos sistemas de saúde, e isso ocorreu em parte devido à crise do financiamento, determinada, tanto pelos custos da atenção médica, como pela irracionalidade na alocação dos recursos, decorrente, principalmente, da força política e ideológica do modelo médico hegemônico (MENDES, 1999).

Por outro lado, os anos 90 trouxeram para o setor saúde uma revalorização do tema da família. As experiências nacionais e internacionais com modelos assistenciais de medicina familiar - como na Roma Antiga, nos Sistemas de Saúde na Inglaterra, em 1948, nos E.U.A., em 1969, no Quebec-Canadá, no México, na Suécia e, em especial, com a consolidação em Cuba, no final da década de 80 – levaram à ampla reformulação do modelo de atenção primária à saúde baseado no médico de família, constituindo em experiências importantes para repensar as relações entre o conhecimento médico especializado e as atividades de prevenção e promoção da saúde (BRASIL, 1999).

⁹ O Welfare State tem sua era dourada no pós-guerra (anos 45 a 70). Significou o incremento nas políticas sociais, abandono da ortodoxia do mercado, extensão da segurança e do emprego, articulação de programas de proteção social, construção da democracia liberal. Idéias/Valores: justiça social, solidariedade e universalismo. Tipologia: liberal, conservador, social democrata (OFFE, 1983).

Além disso, Vasconcellos (1999) evidencia que, internacionalmente, os serviços de atenção primária à saúde constituíram-se como estratégia fundamental de reorganização desse setor. Para o autor, o marco político dessa tendência foi a Conferência da Unicef e da OMS sobre Atenção Primária à Saúde, realizada em Alma-Ata, URSS, no ano de 1978.

Nesse contexto, como forma de agilizar a reforma do sistema de saúde¹⁰ no Brasil, o governo propôs, em 1991, o Programa de Agentes Comunitários de Saúde - PACS e, em 1993, o Programa de Saúde da Família - PSF.

O Programa de Agentes Comunitários de Saúde – PACS teve seu início em 1991, na região Nordeste do Brasil. Em uma segunda fase, abrangeu parte da região Norte. É considerado o antecessor do PSF e tinha como objetivo a ligação entre a comunidade e serviços locais de saúde, através dos agentes comunitários, visava também a melhoria das condições de saúde (SILVA; DALMASO, 2002).

O Programa de Saúde da Família foi idealizado em 1993 e oficializado em 1994, mas a sua expansão nacional efetiva ocorreu a partir de 1994 (VIANA; DAL POZ, 1998). Como objetivo este programa visava inicialmente:

contribuir para a reorientação do modelo assistencial a partir da atenção básica, em conformidade com os princípios do Sistema Único de Saúde, imprimindo uma nova dinâmica de atuação nas unidades básicas de saúde, com definição de responsabilidades entre os serviços e a população (BRASIL, 1998, p. 10).

Atualmente, o PSF se propõe a trabalhar com o princípio da vigilância à saúde, apresentando uma característica de atuação multiprofissional, fundamentada na interdisciplinaridade resolver cerca de 85% dos problemas de saúde da população, ampliando

¹⁰ Para France (1998), citado por Viana e Dal Poz (1998), algumas mudanças significativas no processo de Reforma do sistema de Saúde já vêm ocorrendo e podem ser caracterizadas em dois tipos: Big-Bang e Incremental. A reforma Big-Bang impulsionou o modelo de assistência de saúde em 1988 com a criação do Sistema Único de Saúde-SUS, em uma conjuntura neoliberal. A reforma incremental, ao contrário da anterior, mostra-se como estratégia de ajuste do sistema, e é com a Norma Operacional de 1993 e de 1996 que, efetivamente, reordena-se e revitaliza-se o processo de implantação do SUS.

dessa forma a atual resolutividade da atenção primária, incorporando ações programáticas de uma forma mais abrangente por meio de ações intersetoriais e na responsabilidade integral sobre a saúde da população que reside na área de abrangência das unidades de saúde. As Unidades Básicas de Saúde, transformadas em Unidades de Saúde da Família, deverão estar preparadas para trabalhar com os princípios do SUS, incluindo educação, saneamento, habitação, e intervir nos fatores de risco. Além dessas características, a atual Saúde da Família deve também garantir um fluxo adequado dos usuários de um nível ao outro do sistema, efetivando tanto o sistema de referência e contra-referência como uma assistência integral às pessoas (BRASIL, 2000a).

Entretanto, é importante considerar as ponderações de Merhy (1995 apud CARVALHO, 2005, p.117) quando aponta que a vigilância à saúde tende a “desconsiderar a importância do conhecimento clínico acumulado ao longo da História”. Em decorrência desta análise subsidia a formulação de um modelo teórico que repete a contraposição entre um modelo centrado na saúde pública e outro na medicina, “o que tem sido profundamente limitado para efetivamente criar modos alternativos mais impactantes no cerne das práticas de saúde”.

Em relação a interdisciplinaridade, Cutolo (2001), ressalta que esta palavra vem sendo objeto de discussão das ciências da saúde. Embora já tenha recebido tratamento sistemático, pouco se tem categorizado com o que se pretende dizer sobre ela. Denomina o tema da interdisciplinaridade como uma relação articulada entre as diferentes profissões da saúde.

Aborda, ainda, que numa perspectiva interdisciplinar, uma necessidade de saúde e/ou situação de saúde e doença, a abordagem do problema seria vista conjuntamente, bem como a busca de soluções criativas para resolvê-lo. Por outro lado, aponta que existem dificuldades para execução de práticas interdisciplinares no cotidiano das equipes de saúde relacionadas com a formação que os profissionais receberam na universidade.

Interdisciplinaridade na Saúde da Família, também é definida por Júnior, Andrade, Barreto (2003) quando colocam que para que esta estratégia tenha sucesso, cada profissional membro da equipe, deve utilizar-se do cabedal de conhecimentos e ferramentas de sua profissão, mas deve necessariamente estar disposto a construir um novo campo de conhecimento, este comum a todas as profissões atuantes na ESF, já que possui um mesmo objeto de conhecimento: a população a ser atendida. Este campo, interdisciplinar, está em construção e será tanto mais enriquecido e aprofundado, quanto mais tempo empregarmos para construí-lo e entendê-lo.

Além disso, na Saúde da Família elege-se como “ponto central, o estabelecimento de vínculos e a criação de laços de compromisso e de responsabilidade entre os profissionais de saúde e a população adscrita” (BRASIL, 1998). A família passa a ser o objeto precípua de atenção, entendida a partir do ambiente onde vive, pois é neste espaço que se constroem relações intra e extrafamiliares e onde se desenvolve a luta pela melhoria das condições de vida.

Para Rocha e Almeida (2000) apresenta-se um novo modelo assistencial, tendo por foco de atenção a família, considerando o meio ambiente, o estilo de vida e a promoção à saúde. A família passa a ser vista como importante unidade de cuidado de seus membros, entendendo como resultado de três vínculos: os de descendência, os de consangüinidade e os de afinidade. A família pode modificar suas relações internas de acordo com as necessidades históricas, mas sempre respondendo às necessidades humanas básicas de comunicação, rompendo o confinamento dos laços estritos de “sangue”. Neste sentido, assistir as famílias por meio das ações de promoção compreende um compromisso das equipes de Saúde da Família.

É importante salientar que a Saúde da Família vem expandindo-se rapidamente em todo território nacional, tendo implantado desde seu lançamento, em 1993, até 2005 o total de 24.600 equipes de trabalho, com uma cobertura populacional de 44,4% o que corresponde a cerca de 78.6 milhões de pessoas, na maior parte dos municípios brasileiros. A equipe mínima de Saúde

da Família é constituída de 1 médico generalista, 1 enfermeiro, 1 odontólogo, 1 auxiliar de enfermagem, 6 agentes comunitários de saúde, que se responsabilizam por uma área geográfica onde habita entre 600 a 1000 famílias com, no máximo, 4.500 habitantes (BRASIL, 2006).

Embora rotulado inicialmente como programa, vem sendo concebido no Ministério da Saúde como um enfoque diferente da intervenção vertical e paralela às atividades dos serviços de saúde. Na prática esta lógica ainda persiste nos serviços de saúde, tanto naqueles que adotaram a concepção de Saúde da Família como nos serviços tradicionais. Esta concepção vem sendo defendida pelo Ministério da Saúde como uma estratégia de atenção primária, pois irá possibilitar a integração e promoção das atividades em um território definido, com o propósito de enfrentamento e resolução dos problemas vividos pela comunidade.

A concepção de Saúde da Família é vista como uma proposta de reorganização da atenção básica¹¹, e tem como objetivo trabalhar a saúde do indivíduo, da família e da coletividade. Entretanto autores como Franco e Merhy (2003) referem que o PSF se coloca como programa, dado o alto grau de normatividade em sua implementação: Formato das equipes, funções de cada profissional, o cadastro das famílias, o levantamento dos problemas de saúde existentes no território e os modos de realizar o programa. Age como linha auxiliar do modelo médico hegemônico (curativo, biológico), corporativismo médico, burocratização da assistência, principalmente as urgências, confusão do trabalho em saúde, diagnóstico e intervenção,

¹¹ No Brasil, o primeiro nível de atenção à saúde no Sistema Único de Saúde – SUS é denominado de Atenção Básica e tem como princípios a integralidade, qualidade, equidade e participação social. A Estratégia de Saúde da Família e Programa de Agentes Comunitários elementos essenciais para a reorientação do modelo de atenção, tem possibilitado a identificação de um conjunto de questões relativas às bases conceituais e operacionais do que se tem denominado "Atenção Básica à Saúde" no Brasil, e de suas relações com os demais níveis do sistema (BRASIL, 2006). Neste trabalho utilizei o sinônimo de Atenção Básica ao invés de atenção primária, pois como esclarece Mendes (2002) existe três interpretações principais da Atenção Primária à Saúde. A atenção primária à saúde vista como atenção primária seletiva, a atenção primária à saúde como o nível primário do sistema de serviços de saúde e a atenção primária à saúde como estratégia de organização do sistema de serviços de Saúde. Nesta última definição insere-se a Estratégia da Saúde da Família – ESF.

difficuldade de integração da rede de saúde e de organização da demanda espontânea, custo da assistência é alto, definição dos locais de assistência.

Diante destes questionamentos, percebe-se a existência de diversos pontos conflitantes que dificultam a operacionalização e implantação da proposta de Saúde da Família. Dentre estes pontos destacam-se, principalmente, a política de formação e atualização de recursos humanos, a inserção da Saúde da Família na organização do sistema e a incorporação tecnológica no modelo, surgindo como desafios à implantação e reorganização do modelo de saúde vigente.

Para estimular e orientar as mudanças no modelo de formação dos recursos humanos, o Ministério da Saúde criou em 1996 os Pólos de Capacitação, Formação e Educação Permanente de Saúde da Família, financiados pelo projeto Reforço à Reorientação do Sistema Único de Saúde (REFORSUS). O Ministério da Saúde assume como responsabilidade nos Pólos de Capacitação promover a articulação entre as instituições de serviço e ensino para a capacitação, formação e educação permanente dos recursos humanos necessários ao modelo de Saúde da Família (BRASIL, 2000b). Para Souza (2000) os Pólos de Capacitação foram criados com objetivo de trabalhar com os profissionais que já estão no mercado de trabalho, oportunizando um preparo introdutório para fazer a reorientação do modelo de saúde vigente. Esses Pólos tinham o compromisso de capacitar médicos, enfermeiros, auxiliares de enfermagem, agentes comunitários de saúde e, mais recentemente, odontólogos. Além disso, esses pólos passaram a interferir na formação dos profissionais em nível de graduação e pós-graduação, via cursos de especialização e residência em Saúde da Família e também no incentivo a reformas curriculares do ensino de 3º Grau e profissionalizantes, visando à mudança das práticas de saúde.

Entretanto, estas iniciativas eram desenvolvidas de forma desarticulada ou fragmentada, com limitada capacidade de produzir impacto sobre as instituições formadoras, no sentido de alimentar os processos de mudança e promover as alterações nas práticas dominantes no sistema

de saúde, já que se manteve a lógica programática das ações ou das profissões. Além disso, não desafiaram os distintos atores para assumir uma postura de mudança e de problematização de suas próprias práticas e do trabalho em equipe (BRASIL, 2004).

Nesta perspectiva, o Departamento de Gestão da Educação na Saúde (DEGES) da Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde (SGTES), do Ministério da Saúde (MS) decidiu pela adoção de uma política de educação permanente no SUS, assumindo o compromisso de recomposição das práticas de formação, atenção, gestão, formulação de políticas e controle social no setor da saúde. Os Pólos de Capacitação criados em 1996 passam então por reformulações, e em setembro de 2003 o DEGES encaminhou o processo de constituição de mudanças, propondo a criação de Pólos de Educação Permanente em Saúde. Estes Pólos seriam as instâncias de articulação entre instituições formadoras, gestores do SUS, serviços e as instâncias do controle social, tendo como funções:

- promover a formulação e a integração de ações de formação dos distintos atores locais tais como usuários, coordenadores de serviços, gestores públicos, docentes, estudantes, trabalhadores de saúde e outros;
- induzir processos de transformação das práticas de saúde e de educação na saúde;
- formular políticas de formação e de desenvolvimento em bases geopolíticas territorializadas;
- estabelecer relações cooperativas com os demais Pólos de Educação Permanente em Saúde, tendo em vista a necessidade de compartilhar iniciativas e de possibilitar o acesso aos saberes e práticas de outros locais (Rede de Pólos de Educação Permanente em Saúde, Estaduais e Nacional) (BRASIL, 2004).

Assim, a Saúde da Família, para ser de fato uma alternativa de mudança de modelo de atenção e de compromisso com a promoção da saúde, deve investir na formação dos profissionais da saúde. Pois, como aponta Oliveira et al. (2004, p. 100) “o maior desafio que o PSF encontra, hoje, para a sua expansão e consolidação, é o encontro no mercado de trabalho, de profissionais com perfil adequado a este novo modelo”.

Já para Feuerwerker et al. (2000) algumas iniciativas inovadoras têm sido desenvolvidas na formação dos profissionais de saúde, constituindo-se uma diversidade de cenários entre os serviços e a população. Pode-se destacar a experiência dos Sistemas Locais de Saúde (Silos), o próprio Programa de Saúde da Família, Vigilância à Saúde, oferta de cursos de pós-graduação, as experiências de integração docente assistencial e o ingresso, nas universidades, de pessoas favoráveis à mudança do modelo de assistência à saúde.

Em relação à incorporação tecnológica no modelo, Muller (1999) aponta que a Saúde da Família difere dos modelos de organização do sistema e da formação dos recursos humanos, já que exige um maior grau de conhecimento do profissional que será incorporado à equipe. Para o autor, este fato se traduz num problema, pois à medida que o profissional tem mais conhecimento, descobre novos problemas, não conseguindo resolvê-los e encaminha para o sistema de referência. Porém, não há articulação com o sistema de referência, tornando-se um desafio, uma vez que o modelo de atenção básica, Saúde da Família, ainda é bastante limitado na organização da referência.

Em relação à questão da inserção da Saúde da Família na organização do sistema, quer seja municipal ou estadual, vem ocorrendo em parte, porque persistem ainda os programas verticais. Ou seja, esses programas induzem a adoção de práticas tradicionais pela equipe de SF, dificultando as tentativas de integração e horizontalização e extensão de novas práticas de cuidado às famílias e à coletividade, é preciso incorporar o clínico na atenção. Por outro lado, a

SF não deve negar todos os aspectos dos programas tradicionais, porque eles têm conteúdos clínicos importantes e é preciso incorporar o cuidado, o vínculo, o acolhimento, a intersetorialidade e articulação com os outros setores, a escuta, a emancipação e autonomia dos sujeitos.

Autores como Mendes (2002) reforçam ainda que a continuidade desta estratégia depende da ampliação do número das equipes e a melhoria da sua qualidade enquanto modelo de atenção primária à saúde. Enumera uma série de obstáculos à implantação desta estratégia, que necessitam ser identificados e superados sistematizados em três questões: as políticas, as ideológicas e as cognitivas tecnológicas.

Como obstáculo político, destaca que a inserção da ESF modifica a correlação de forças existentes entre diversos atores sociais no campo da saúde; o obstáculo de natureza ideológica origina-se a partir da mudança cultural que a Saúde da Família introduz ao romper com o paradigma flexneriano, para um sistema de serviço de saúde baseado no paradigma da produção social da saúde; e o obstáculo cognitivo-tecnológico é decorrente dos novos conhecimentos tecnológicos que esta estratégia passa a utilizar.

Por outro lado, a Saúde da Família tem o enorme compromisso com a implantação da nova promoção da saúde, principalmente porque trabalha ao nível local (comunidades, bairros, unidades de saúde, escolas, associações e outros). Porém, isto requer novas parcerias entre os diversos setores da sociedade, envolvendo profissionais, atores locais, lideranças comunitárias, que em conjunto possam articular uma infraestrutura necessária e adequada para a melhoria das condições de vida da população.

Essa infraestrutura requer ainda o alcance de novas estratégias articuladas ao nível local, nacional e mundial. Para a sua obtenção é necessária a criação de redes novas e diversificadas,

principalmente para intervir, promover e prestar assistência em realidades complexas como as que o SUS tem que dar conta.

Desta forma, procurei trabalhar com os cinco campos principais da promoção preconizados na Carta de Ottawa de 1986: políticas públicas saudáveis, criação de ambientes saudáveis, reforço da ação comunitária, desenvolvimento de habilidades pessoais e reorientação do sistema de saúde.

Para analisar o significado, as possibilidades das cinco estratégias de promoção da saúde na prática sanitária das equipes de Saúde da Família, considerei como indicadores a relevância de cada enfoque apontado nestas estratégias. A partir disto identifiquei como prioridades e que servem de indicadores para este trabalho os temas da equidade, intersetorialidade, *empowerment*, integralidade, saúde e como estes podem ser operacionalizados nos espaços da Unidade de Saúde.

Busquei assim compreender como se dinamizam as ações de saúde no nível local de saúde. Isto é, como o profissional de Saúde da Família vem operacionalizando as ações das cinco estratégias de promoção da saúde, preconizado pela Carta de Ottawa de 1986. Procurei, assim, analisar se este profissional, no nível local, busca uma articulação com a família e em conjunto vem planejando e operacionalizando o enfrentamento dos determinantes do processo saúde e doença. Além disso, refleti com a equipe de Saúde da Família, usuários e lideranças como vem sendo construído o processo de trabalho no cuidado à saúde, voltado para as ações de promoção da saúde.

1.3. Pressupostos e objetivo

Na escolha do objeto de pesquisa assumi, como pressupostos: que a nova promoção da saúde pode favorecer uma práxis libertadora, transformadora, no processo de trabalho das

equipes de Saúde da Família; a promoção da saúde pode ser compreendida na sua amplitude pelos profissionais da saúde, usuários e lideranças comunitárias; é possível introduzir na prática cotidiana das equipes de Saúde da Família as ações de promoção da saúde e estabelecer parcerias e articulações entre os diversos segmentos sociais e operacionalizar os campos de ação da promoção da saúde; o diálogo crítico pode levar a emancipação dos sujeitos e assegurar saúde com qualidade de vida; é possível construir o empowerment das equipes de Saúde da Família e dos usuários, para que em conjunto possam melhorar as condições de vida e saúde em que estão inseridos.

Estes pressupostos me conduziram a elaboração do objetivo da pesquisa que foi o de analisar a incorporação das ações de promoção da saúde no processo de trabalho das equipes de Saúde da Família, em uma Unidade Básica de Saúde. As ações referidas são: política pública; criação de ambiente saudável, reforço da ação comunitária, desenvolvimento de habilidades pessoais e reorientação do sistema de saúde.

Assim, no próximo item trago a fundamentação teórica da tese resgatando os princípios e as bases que sustentam a nova promoção da saúde e a concepção dialógica de Paulo Freire, que por meio desta compreensão, oferece uma nova visão, abre novos caminhos, novas possibilidades para reorganização da estratégia estruturante do setor saúde brasileiro, a Saúde da Família.

2 FUNDAMENTAÇÃO TEÓRICA – AS BASES E ORIGENS DA PROMOÇÃO DA SAÚDE E AS CONCEPÇÕES DO EDUCADOR PAULO FREIRE.

Neste capítulo apresento as bases que fundamentam esta tese: promoção da saúde e concepção dialógica de Freire. Esta fundamentação busca compreender a origem e as bases que sustentam a nova promoção da saúde, e sua aproximação com o pensamento e a obra de Paulo Freire. A articulação da nova promoção com o pensamento de Freire se justifica principalmente, pela sua concepção dialógica, que através de sua visão político/filosófica, demonstra a necessidade de um compromisso ético de emancipação e libertação da sociedade para melhoria da qualidade de vida. Além disso, os princípios da nova promoção da saúde e concepção dialógica de Freire podem ampliar as fronteiras de atuação da Saúde da Família, com maior resolubilidade das ações de saúde e melhor impacto dos indicadores de saúde e de qualidade de vida da população assistida.

2.1 Promoção da Saúde

2.1.1 Promoção da Saúde – Contexto Histórico.

Se consultarmos a literatura, numa perspectiva histórica, veremos que muito já foi produzido sobre as concepções de Promoção à Saúde, principalmente, nos trabalhos de Buss (1998, 2003); Macdonald (1998); Robertson (1998); Carvalho (2002); Brasil (2002). Porém, com o intuito de compreender a Promoção da Saúde no contexto atual, considereei pertinente realizar uma síntese das principais concepções, apontando seus enfoques, momentos históricos e a partir

de sua trajetória, buscar possibilidades, fundamentos que poderão estar contribuindo para a reorientação de uma das estratégias de atenção à saúde, a **“Saúde da Família”**.

A revalorização da promoção da saúde em uma visão retrospectiva coloca-se na tradição sanitária, do pensamento médico social do século XIX, expresso na obra de autores como Allison, na Escócia, Chadwick e Snow, na Inglaterra; Villermée, Leuscher, na França; Virchow, na Alemanha; e Grotjahn, na Bélgica. Estes afirmaram haver uma relação entre saúde e condições de vida (MERHY, 1985; DA ROS, 2000; CARVALHO, 2002; CZERESNIA, 2003).

Da Ros (2000), em seu estudo sobre “estilos de pensamento em saúde pública”, aborda que as bases de muitos estilos que persistem até hoje estão localizadas em momentos históricos remotos. Neste sentido, destaca o período de 1857 a 1860 quando da realização de congressos americanos de higiene, que defendiam um asseio interno, voltado para os indivíduos e um externo, basicamente tratando de regras de quarentena. Reflete que apesar de não ser ainda uma especialidade, já se encontrava em processo de fragmentação, ou de bases para estilos de pensamentos diferentes, que seriam caracterizados como medicina preventiva individual versus prevenção primária, ou promoção da saúde.

Considerando o panorama histórico mais geral, percebe-se que apesar da concepção de promoção da saúde não constituir uma especialidade até meados do século XX, estava implícito na preocupação de vários autores, que se dedicavam ao estudo da chamada medicina social e então apontavam para este enfoque.

Para Buss (2000, 2003) a concepção de promoção da saúde, é um movimento ideológico, que surge em resposta a acentuada medicalização da saúde no interior da sociedade e do sistema de saúde. Inicialmente usado por Winslow (1920) na sua definição de saúde pública nos anos 20, e Sigerist (1946) quando definiu as quatro tarefas essenciais da medicina: a promoção da saúde, a prevenção das doenças, a recuperação dos enfermos e a reabilitação. Para este autor ainda, a

concepção de promoção vem evoluindo no tempo e representa atualmente, um enfoque político e técnico em torno do processo saúde-doença-cuidado, não sendo mais vista como um nível de atenção.

O conceito de promoção da saúde tradicional, foi definido inicialmente, a partir do modelo de Leavell & Clark na década de 40, no esquema da História Natural da doença, como um dos elementos do nível primário de atenção em medicina preventiva (BUSS, 2003; CZERESNIA, 2003). Este conceito evoluiu nos últimos 25 anos, surgindo novas correntes de promoção, principalmente no Canadá, EUA e países da Europa Ocidental.

Este modelo básico do conceito de promoção da saúde, formalizado por Leavell & Clark (1978), comporta três fases de prevenção (ver figura I), e cinco níveis distintos, nos quais se podem aplicar medidas preventivas, dependendo do grau de conhecimento da história natural. Estas não são vistas como fases estáticas ou isoladas de prevenção, mas formam um continuum correspondente à história natural de qualquer doença.

Promoção da Saúde	Proteção Específica	Diagnóstico e Tratamento Precoce	Limitação da Invalidez	Reabilitação
Prevenção Primária		Prevenção Secundária		Prevenção Terciária

Fonte: Leavell & Clark (1978)

Figura I – Níveis de aplicação de medidas preventivas na história natural da doença.

A promoção da saúde, para Leavell & Clark (1978), não se destina à adoção de medidas para determinada doença ou desordem, mas serve para aumentar a saúde e o bem-estar geral. Como parte do primeiro nível de prevenção, a ser desenvolvido no período pré-patogênese, a educação e a motivação sanitária são importantes para realização destes objetivos. A medida de

promoção da saúde inclui bom padrão de nutrição, ajustada as várias fases do desenvolvimento humano: o atendimento das necessidades para o desenvolvimento da personalidade, individualmente ou em grupo, família; estímulo à participação comunitária; moradia adequada; recreação e condições agradáveis no lar e no trabalho; educação sexual e aconselhamento pré-nupcial. Também recomendam exames de saúde periódicos e aconselhamento médico antes de adoecer, para os indivíduos e sua extensão para as famílias quando necessário.

Embora esses autores considerem importantes as contribuições do social¹² para a concepção de promoção da saúde, constroem e incorporam na prática a sua negação enquanto totalidade contraditória, estruturada a partir das relações dos homens entre si, e destes com a natureza...(MERHY, 1985). Desta forma, os conceitos de Leavell & Clark tornam-se inadequados para as doenças crônicas não transmissíveis. Tentam reduzir o social ou o biologizam...torna-se uma dimensão a mais do indivíduo humano, sem estabelecer uma hierarquia entre processos sociais e biológicos (GUTIERREZ; OBERDIEK, 2001).

A concepção de promoção da saúde desponta como “nova concepção de saúde” em debates internacionais, a partir de meados dos anos 70. Esse fato está diretamente ligado ao amplo debate realizado em várias partes do mundo, na década de 60, sobre a determinação social e econômica da saúde e a busca de uma nova concepção que não estivesse centrada somente na doença. Nesse sentido, são apontados dois acontecimentos importantes: a abertura da China Nacionalista ao mundo exterior, com a expedição de duas missões de observação de especialistas ocidentais promovidas pela Organização Mundial de Saúde (OMS), sob a liderança de Halfdan Mahler (1973-1974), e o movimento canadense desenvolvido a partir do Relatório Lalonde –

¹² No modelo original de Leavell & Clark, o social participa simultaneamente como fator causal, ligado ao hospedeiro e ao meio ambiente, funcionando em ambos com um conjunto de caracteres ligados aos indivíduos, como status econômico e social, atitudes em relação ao sexo, etc..., e instituições e estruturas sociais bem características de determinados agrupamentos, como família, comunidade ...(AROUCA, 1976).

Uma Nova Perspectiva na Saúde dos Canadenses (1974), posteriormente reforçado com o Relatório EPP – **Alcançando Saúde para Todos (1986)** (FERREIRA; BUSS, 2002).

Com o envio da missão à China em 1973 e 1974, observou-se que os povos chineses desenvolviam cuidados de saúde, não convencional à abordagem médica, principalmente no ambiente rural¹³. Estas atividades, aparentemente bem sucedidas, tinham como pano de fundo a atenção primária de saúde, sendo suas idéias posteriormente utilizadas e formalizadas na Declaração de Alma Ata (1978).

Mas, além dessas observações realizadas no cenário da saúde chinesa, que já apontava na direção da promoção da saúde, o Relatório Lalonde, veio reforçar esta concepção caracterizando que o tradicional modelo médico pouco estava conseguindo interferir na melhoria das condições de saúde. Porém, diversos fatores contribuíram para mudar este pensamento na saúde: o aumento das doenças crônico degenerativas (doenças do coração, cânceres) e diminuição das doenças infecto-contagiosas exceto as provocadas pelo HIV. Labonte (1993) descreve que a partir desta constatação, as doenças crônicas passaram a ser resultantes de diversos fatores, incluindo os riscos associados aos fatores comportamentais (estilos de vida).

Desta forma, a inclusão dos fatores de riscos comportamentais, ao lado dos biológicos, aumentou o nível de complexidade no qual “saúde” e “determinantes de saúde”, passaram a ser compreendidos. Formalizou-se a partir desta visão a corrente behaviorista de promoção da saúde.

¹³ Esses cuidados eram desenvolvidos pelos Comitês Comunais, envolvendo auto-confiança dos diversos segmentos da população que recebiam orientação dos profissionais – os chamados “Médicos descalços” (barefoot doctors). Porém, quando a OMS solicitou a divulgação de um material sobre estas experiências não tradicional da abordagem médica, as autoridades chinesas, consideraram que a experiência não era suficientemente madura para poder ser divulgada, mas apesar do material não ter sido divulgado na íntegra, serviu de inspirações, de relatos e de publicações das idéias que puderam contribuir com enfoque da Atenção Primária de Alma Ata e subsequentemente com a realização da I Conferência Internacional de Promoção da Saúde (1986), e a promulgação da Carta de Ottawa, e posteriormente de conferências e declarações internacionais que vieram reforçar a concepção de promoção da saúde moderna.(FERREIRA; BUSS, 2002).

O moderno movimento de promoção da saúde surge no Canadá em maio de 1974, com a divulgação do conhecido “Informe Lalonde” de autoria do então ministro da saúde, Marc Lalonde. Este relatório, que teve também motivação política, técnica e econômica para enfrentar os aumentos do custo da saúde, foi o primeiro documento oficial a receber a denominação de promoção da saúde e colocar este conceito no campo do pensamento estratégico. Os fundamentos deste informe se centraram no conceito de “campo da saúde” e introduz os chamados “determinantes de saúde”. Este conceito contempla a decomposição do campo da saúde em quatro amplos componentes da saúde: a biologia humana (genética e função humana); o ambiente (natural e social), o estilo de vida (comportamento individual que afeta a saúde) e a organização dos serviços de saúde (MACDONALD, 1998; ROBERTSON, 1998; CARVALHO, 2002; BUSS, 2003).

Apesar dessa evolução, esta abordagem tinha o enfoque voltado para a mudança dos estilos de vida, com ênfase na ação individual, adotando-se uma perspectiva comportamental, preventivista. Robertson (1998) evidencia que houveram inúmeras críticas com relação a esta abordagem, principalmente por negligenciarem o contexto político, econômico e social no qual os comportamentos de saúde dos indivíduos são formados e ocorrem, passando pelo fenômeno de **“culpabilização das vítimas”**, aonde determinados grupos populacionais são responsabilizados por problemas de saúde cujas causas encontram-se fora de sua governabilidade.

Por outro lado, o Informe Lalonde influenciou as políticas sanitárias de outros países, estando presente em documentos como o “Prevention and Health: Everybody’s Bussiness” “Prevenção e Saúde: interesse para todos”, publicado em 1976 na DHSS-Grã-Bretanha, e “População Saudável/Healthy People: The surgeon general’s report on health promotion and disease prevention” publicado em 1979 nos USA (CARVALHO, 2002; BUSS, 2003).

Na visão ainda de vários autores, como Labonte (1993; TERRIS 1996; BUSS 2000 apud CARVALHO 2002, p.56-57), a corrente de Promoção da Saúde behaviorista procura:

romper com o modelo biomédico e sugerir uma perspectiva mais holística sobre a saúde. Move-se um pouco além do enfoque do modelo da história natural da doença ao enfatizar o papel das ações de promoção e a necessidade de se atuar visando alterar comportamentos não-saudáveis.

O Relatório Lalonde estabeleceu também as bases para impulsionar o desenvolvimento de um novo paradigma formalizado na Conferência Internacional de Cuidados Primários de Saúde de Alma Ata, em 1978 na URSS, com a proposta de Saúde para Todos no ano 2000 e a Estratégia de Atenção Primária de Saúde. Esta estratégia teve papel igualmente importante na conformação da Nova Promoção da Saúde afirmando, também a “necessidade de que a comunidade internacional, os governantes e os trabalhadores se mobilizem com o objetivo de garantir a proteção da saúde e de toda a humanidade” (CARVALHO, 2005, p. 55).

O conceito de Atenção Primária à Saúde (APS), sistematizado pela conferência de Alma Ata (1978) e difundido para os países em desenvolvimento, reafirma que:

A saúde é um direito humano fundamental, e que a consecução do mais alto nível possível de saúde é a mais importante meta social mundial, cuja realização requer a ação de muitos outros setores sociais e econômicos, além do setor saúde (...) a promoção e proteção da saúde dos povos é essencial para o contínuo desenvolvimento econômico e social e contribui para a melhor qualidade de vida e para a paz mundial, sendo direito e dever dos povos participar individual e coletivamente no planejamento e na execução de seus cuidados de saúde (DECLARAÇÃO DE ALMA-ATA, 1978).

Segundo Buss (2003) a Conferência de Alma Ata (1978) representou um dos eventos mais significativos para a saúde pública em termos mundiais, ocorrido na segunda metade do século XX, pelo alcance que teve em quase todos os sistemas de saúde do mundo. Franco & Merhy (2003) afirmam, também, que a partir desta conferência se passa a reconhecer a enorme desigualdade existente entre os países pobres e ricos.

Assim, as conclusões e recomendações de Alma Ata trouxeram um importante reforço para os defensores da estratégia da promoção da saúde. Para Carvalho (2005, p.56) esta Declaração privilegia a reorganização do sistema de atenção, através da Atenção Primária para organização dos serviços, e a promoção da saúde prioriza ações externas ao aparato assistencial. Esta diferença para o autor acima referido, pode ser explicada, em parte:

pelo fato de que a Promoção da Saúde procurou responder, no seu início, às demandas sanitárias dos países periféricos, contavam com uma estrutura de serviços assistenciais de razoável qualidade o que permitia, naquele momento, a busca de alternativa que não tinha como prioridade a estruturação de uma rede mínima de serviços.

Em 1984, a OMS/Europa produziu um documento preliminar contendo os elementos chave da nova promoção da saúde e nesta época reforça a noção da determinação social da saúde (ROBERTSON, 1998; CARVALHO, 2002). Neste ano é realizada, ainda na cidade de Toronto, no Canadá, a conferência “Beyond Health Care” que divulga as bases do movimento das cidades saudáveis (CARVALHO, 2002; BUSS, 2003). Em 1985, a OMS/Europa divulga 38 metas para a saúde na região europeia (BUSS, 1998; CARVALHO, 2002) e 1986 torna público o documento “Health City Movement”, sendo que este discurso encontrará expressão no Canadá, com a divulgação do “EPP Report” neste mesmo ano (ROBERTSON, 1998; BUSS, 1998, 2003; FERREIRA; BUSS, 2002; CARVALHO, 2002).

O “EPP Report” foi um documento canadense intitulado “Alcançando Saúde para Todos: um marco de referência para a promoção à saúde/Achieving Health for All: a framework for health promotion” – elaborado pelo então Ministro da Saúde Jack Epp, e divulgado na I^a Conferência Internacional de Promoção à Saúde. Foi, junto com a Carta de Ottawa, o arcabouço de referência para as ações de promoção da saúde no Canadá até meados da década de 1990 (Health and Welfare – Canadá, 1986) (ROBERTSON, 1998; BUSS, 1998, 2003;

MACDONALD, 1998; CARVALHO, 2002, 2005). A partir disto, são propostas medidas de revigoramento do ideário da promoção, e apontado como desafios à redução das iniquidades, o incremento das ações preventivas, e a ampliação do fortalecimento e capacidade dos indivíduos para lidar com limitações advindas de doenças crônico-degenerativas e o estímulo ao autocuidado e a mecanismos de auto-ajuda (MACDONALD, 1998; BUSS, 1998, 2003; CARVALHO, 2005).

Com esta motivação foi planejada a primeira Conferência Internacional¹⁴ sobre Promoção da Saúde, realizada em Ottawa, em novembro de 1986. Esta conferência contou com a participação de 212 participantes e trinta e cinco países e teve como principal produto a Carta de Ottawa, que a partir de então passou a ser referência básica e fundamental no desenvolvimento das idéias de promoção da saúde em todo o mundo (CARVALHO, 2002; FERREIRA; BUSS, 2002).

A partir disto saúde passou a ser reconhecida como resultante da determinação social, como: pobreza, desemprego, habitação precária e outras desigualdades econômicas e sociais. Como estratégias principais, recomenda: o fortalecimento dos serviços comunitários, políticas públicas saudáveis e o favorecimento da participação popular. Emprega os conceitos de desenvolvimento comunitário e *empowerment* como elementos chave para alcançar saúde (ROBERTSON, 1998).

A definição de promoção da saúde apresentava uma variedade de teorias, conceitos e estratégias de intervenção, até a divulgação da Carta de Ottawa 1986. A partir desta, passou a ser definida como “o processo que capacita as pessoas para atuar na melhoria da sua qualidade de vida e saúde, incluindo uma maior participação no controle deste processo” (WHO, 1986). Está associada a um conjunto de valores: vida, saúde, solidariedade, equidade, democracia, cidadania,

¹⁴ Esta Conferência contou com o patrocínio da “Organização Mundial de Saúde-OMS, da Canadian Public Health Association (CPHA), e do Ministério da Saúde e do Bem-Estar do Canadá” (Buss, 2003, p. 24).

desenvolvimento, participação e ação conjunta, entre outros. Refere-se também a uma combinação de estratégias: políticas públicas saudáveis; criação de ambientes saudáveis; reforço da ação comunitária; desenvolvimento de habilidades pessoais; reorientação do sistema de saúde (WHO, 1986).

Assim, a Nova Promoção da Saúde compreende cinco campos de ação e o enfoque dessas estratégias em conjunto é mais eficaz do que cada uma delas individualmente. Descrevo a seguir a conceitualização das mesmas.

2.1.2 As cinco principais Estratégias da Nova Promoção da Saúde

Implementação de Políticas Públicas Saudáveis

A promoção da saúde vai além dos cuidados de saúde. Muitos determinantes de saúde são resultantes de outros fatores, como: renda, proteção ambiental, trabalho, agricultura. A saúde deve estar na agenda de prioridades dos políticos e dirigentes em todos os níveis e setores, que devem tomar consciência de suas decisões e responsabilidades (WHO, 1986; LABONTE, 1993). A carta de Ottawa sugere a combinação enfoques diversos, se bem que complementares, nos quais figuram a legislação, as medidas fiscais, o sistema tributário e as mudanças organizacionais que contribuam para a diminuição das desigualdades sociais e a melhoria da qualidade de vida da população. Sugere, também, a adoção de uma postura de natureza intersetorial como um dos objetivos da nova promoção da saúde para a formulação de políticas públicas e sua ação sobre o setor saúde.

A implementação de políticas públicas saudáveis impõe uma agenda de gestão que implica ações intersetoriais. A concepção ampliada de saúde exige que profissionais e

instituições, com campo de ação ou de interesses ligados à saúde, assumam a responsabilidade de atuar como mediadores entre estes diversos interesses que atravessam a produção da saúde. Assim, a intersectorialidade surge como proposta de uma nova forma de trabalhar, de governar e de construir políticas públicas voltadas para a promoção da saúde e melhoria da qualidade de vida.

A política de promoção da saúde requer a identificação e a remoção de obstáculos para a adoção de políticas públicas saudáveis nos setores que não estão diretamente ligados à saúde. O objetivo maior deve ser indicar aos dirigentes e políticos que as escolhas saudáveis são as mais fáceis (WHO, 1986).

Criação de ambientes favoráveis à saúde.

A promoção da saúde propõe a criação de ambientes favoráveis à saúde, com estabelecimento de laços entre os seres humanos e o ambiente (CARVALHO, 1998). Propõe, também, a necessidade de encorajar o desenvolvimento sustentável de modo a beneficiar o meio ambiente e a conservação dos recursos naturais como parte da estratégia de promoção da saúde. Mas, para que isto ocorra, sugere a adoção de ações que visem o monitoramento de mudanças tecnológicas, do trabalho, da produção de energia e do processo de urbanização que afeta o meio ambiente e a saúde da população (WHO, 1986).

As sociedades são complexas e inter-relacionadas. As ligações entre população e seu meio-ambiente constituem a base para uma abordagem socioecológica da saúde. A conservação dos recursos naturais do mundo deveria ser enfatizada como uma responsabilidade global. Mudar os modos de vida, de trabalho e de lazer tem um significativo impacto sobre a saúde. A promoção

da saúde pode gerar condições de vida e trabalho seguras, estimulantes, satisfatórias e agradáveis (WHO, 1986).

A proteção do meio ambiente e conservação dos recursos naturais devem fazer parte de qualquer estratégia de promoção da saúde. Desta forma, à criação de ambientes favoráveis a saúde como os espaços das escolas, dos locais de trabalho, das praças, das cidades pode propiciar ambientes de apoio e propiciar uma sociedade mais saudável.

Reorientação dos Serviços de Saúde

A carta de Ottawa sugere que o sucesso da reorientação dos serviços de saúde, a partir da promoção da saúde, depende de uma ação compartilhada entre os diversos segmentos da sociedade: indivíduos, comunidades, grupos, profissionais da saúde, instituições prestadoras de serviços de saúde e governos. Os serviços de saúde devem trabalhar, no sentido da promoção da saúde, adotando uma postura coerente e que respeita as diversidades culturais existentes na sociedade.

Recomenda assim que, a reorientação dos serviços de saúde deve voltar-se na direção de um enfoque na saúde e não na doença, que aponte para a integralidade das ações de saúde. Propõe, para isto, mudanças na formação dos profissionais e nas atitudes das organizações dos serviços de saúde (WHO, 1986). Sugere que os serviços de saúde devam ocorrer a partir da ampliação dos enfoques curativo e clínico e do fortalecimento de ações voltadas para a promoção.

A reorientação dos serviços de saúde também requer um esforço maior de pesquisa em saúde, com mudanças na educação e no ensino dos profissionais da área da saúde. Há

necessidade de mudança de atitude e organização dos serviços de saúde para que focalizem as necessidades globais do indivíduo (WHO, 1986).

Reforçando a ação comunitária

A carta de Ottawa enfatiza a necessidade de que as ações em saúde busquem fortalecer a atuação de indivíduos e grupos. Para isso, a promoção da saúde deve implementar estratégias que dêem suporte social às comunidades e aumentem a habilidade dos grupos e indivíduos para organizar suas vidas. Sugere a implementação de ações e recursos existentes na comunidade e que possam intensificar a auto-ajuda e o apoio social necessários ao desenvolvimento da participação popular nos assuntos de saúde, *empowerment* comunitário (WHO, 1986).

Resgata, também nesta estratégia a idéia de *empowerment*, no plano individual, para adquirir consciência de saúde. Isto requer um total e contínuo acesso à informação, às oportunidades de aprendizado para os assuntos de saúde, e ajuda financeira (WHO, 1986).

Desenvolvimento de habilidades pessoais

Capacitar pessoas para “aprender através da vida” e “preparar elas mesmas para todos os estágios” (LABONTE, 1993) é uma das estratégias prioritárias da nova promoção da saúde. Apóia, também, o desenvolvimento pessoal e social através da divulgação de informação, educação para a saúde e intensificação das habilidades vitais. Estimula a criação de ambientes favoráveis para que indivíduos e coletivos possam aprender e estarem preparadas para as diversas fases da vida (WHO, 1986).

É essencial proporcionar os meios para que as pessoas possam ser capacitadas e possam aprender durante toda a vida, preparando-as para realizar escolhas saudáveis. Esta tarefa pode ser realizada nas escolas, nos lares, nos lugares de trabalho e no ambiente comunitário, no sentido de que exista uma participação ativa por parte das organizações profissionais, comerciais e voluntárias, bem como pelas instituições governamentais.

Estas estratégias foram divulgadas na carta de Ottawa, sendo o principal marco de referência da promoção da saúde em todo o mundo, e reforçadas nas outras conferências internacionais de promoção: 1988, 1991, 1997, 2000 e 2005; as conferências regionais: 1992, 1993, incluindo-se também nesta relação a corrente de “saúde populacional” de 1996 e a Rede de Megapaíses de 1998 que trouxeram contribuições importantes para a corrente moderna da promoção à saúde.

Assim, para concluir este item, considerei importante, através de uma síntese, analisar ainda quais foram os principais pontos, concepções apontados nas conferências e declarações Internacionais e Regionais após a carta de Ottawa.

A partir da promulgação da carta de Ottawa (1986), vários documentos, declarações e cartas foram produzidos e sintetizarão as conclusões e recomendações de outras conferências internacionais e regionais dos últimos 20 anos. O conceito de promoção da saúde, como um processo de capacitação dos indivíduos e coletivos para reconhecer os determinantes da saúde e se organizar para enfrentá-los e melhorar suas condições de vida e saúde, defendido e discutido nestes eventos, passou a ser referido como resultado de diversas estratégias, que combinadas poderiam melhorar a qualidade de vida e saúde das populações. A realização de uma série de eventos/conferências se justificou pela necessidade de divulgação, ampliação e aprofundamento do documento de Ottawa, conceito de saúde no qual se baseou contrário ao hegemonicamente e

trouxo também possibilidade da participação de um maior número de representantes de outros países e adesão dos mesmos à promoção da saúde.

Através da realização da I Conferência Internacional de Promoção da Saúde, muitas mudanças foram propostas nas ações de saúde, ampliando-as para além do setor saúde em diversos países e regiões do mundo representando avanços e progressos. Com a elaboração de documentos sobre a filosofia, os conceitos básicos e metodologia de promoção da saúde, um maior número de profissionais da área passou a discutir sobre este tema e pode participar e contribuir para o enriquecimento de uma série de declarações internacionais e regionais periodicamente formuladas nas conferências realizadas sobre o tema que sucederam a carta de Ottawa. Além disso, no cenário da saúde era necessário fortalecer a discussão, na direção da produção social da saúde e incorporar as transformações que vinham ocorrendo na sociedade como as questões ligadas ao desemprego, deteriorização do meio ambiente, aumento da população, aumento das iniquidades e outros.

Assim adotar os princípios das estratégias de promoção da saúde é um caminho difícil e depois de 20 anos ainda em construção. Implica a articulação dos diversos segmentos da sociedade cujo objetivo maior é o desenvolvimento humano e a melhoria da qualidade de vida orientasse os programas e projetos de saúde, as propostas de promoção da saúde mais amplas e positivas. O delineamento de novos princípios de ação e novas estratégias que pudessem dar conta dos novos desafios do processo de globalização e seus efeitos para a saúde das populações foram temas tratadas nesta conferência.

Na evolução do conceito de promoção da saúde, a carta de Ottawa tem sido o principal marco de referência em todo o mundo. Esta carta retoma o conceito de promoção d saúde em sua dimensão social e tem como pontos centrais de ação: políticas públicas saudáveis, ambientes favoráveis à saúde, ação comunitária, habilidades pessoais e reorientação do sistema de saúde. As

conferências seguintes procuram aprofundar as bases conceituais e políticas destas estratégias, sendo que muitas das suas conclusões e recomendações serviram de base para orientação prática e filosófica dos futuros eventos e ações da promoção à saúde.

Assim, a Declaração de Adelaide (BRASIL, 2002) ao enfatizar o tema de “políticas públicas saudáveis”, chama a atenção para a importância da ação comunitária para o desenvolvimento da saúde da população. Ressalta também o compromisso com a equidade e já aponta na direção da intersetorialidade para o desenvolvimento de ambientes e opções de vida saudáveis. A Declaração de Sundsvall (BRASIL, 1996) ao expressar o tema de “ambientes saudáveis à saúde”, aborda que uma das estratégias fundamentais para alcançar saúde é a ação sobre o ambiente através da ação da comunidade. Aponta também na busca da equidade para diminuir as enormes desigualdades sociais entre países pobres e ricos.

A Declaração de Jacarta (BRASIL, 2002) reconhece que a promoção da saúde efetua-se pelo e com o povo, e não sobre e para o povo. Esta declaração foi à única a reconhecer a importância da participação do setor privado no apoio e promoção da saúde e tem como principal destaque o “reforço da ação comunitária”. A Declaração do México (BRASIL, 2002) analisa que a concepção de promoção da saúde tem sido adotada em diversas partes do mundo, mas deve ser um componente fundamental das políticas e programas públicos, pois permanece ainda como uma atividade marginal no sistema de saúde.

Em relação às conferências regionais estas buscaram discutir, principalmente, a problemática específica dos países latino-americanos, mas sempre incorporando as tendências e experiências internacionais da promoção da saúde de outros países do mundo. A Declaração de Santa Fé de Bogotá (BRASIL, 2002) aponta para as situações de iniquidades que vivem os países da América latina e reconhece a necessidade da criação de condições adequadas para o

desenvolvimento de condições dignas de vida. Reforça, também a ação comunitária como importante mecanismo para fortalecer a capacidade da população.

A Carta do Caribe (BUSS, 1998) para promoção da saúde reafirma a importância das ações intersetoriais para resolução dos múltiplos e diversos determinantes de saúde. Enfatiza a capacidade dos indivíduos e comunidade para o controle, implementação e manutenção do bem estar e saúde.

Já o documento de promoção da saúde da população do Canadá (ROBERTSON, 1998) vem criticar o projeto behaviorista de promoção, e reafirma a importância do social na determinação do processo saúde doença, com a integração das cinco estratégias propostas na Carta de Ottawa. A reunião da rede de Megapaíses (BRASIL, 2002) reconhece a necessidade urgente da formação de alianças entre os países mais populosos do mundo. Reforça a importância da articulação entre os diversos segmentos da sociedade, principalmente entre os países, cujo objetivo é assegurar uma política de promoção da saúde com impactos positivos na saúde mundial.

A Carta de Bangkok (WHO, 2005) reforça as mudanças na saúde global e as rápidas transformações que vem ocorrendo no mundo. Identifica alguns efeitos negativos para a saúde frente à globalização como o aumento das iniquidades, rápida urbanização e degradação do meio ambiente e enfatiza os aspectos positivos da revolução da tecnologia de comunicação e seu potencial para influir no redirecionamento dos determinantes de saúde.

Assim ao finalizar esta síntese observa-se, que já foram realizadas em 20 anos oito iniciativas multinacionais, seis de caráter internacional/global e outras duas de caráter sub-regional, bem como duas de caráter específicos: a da Saúde da População e da Rede de Megapaíses, que procuram reforçar a importância do tema da promoção à saúde. A partir da análise, reflexão destas conferências, se evidenciou uma clara inter-relação com as cinco

estratégias defendidas na primeira conferência internacional de promoção da saúde e elaboração do documento da carta de Ottawa de 1986, no Canadá. As iniciativas que sucederam este evento vieram reforçar a importância destas estratégias bem como a adoção das práticas de promoção nas políticas de saúde dos diversos países do mundo.

Na segunda parte desta fundamentação teórica trago a contribuição de Paulo Freire, pois seu pensamento pode contribuir para emancipação dos sujeitos na sociedade. Ou seja, através de uma relação dialógica entre profissionais e usuários do sistema de saúde pode ocorrer um desvelamento mais crítico da realidade e a sua transformação.

2.2 Concepção dialógica de Freire.

A educação tem sentido porque mulheres e homens aprenderam que é aprendendo que se fazem e se refazem, porque mulheres e homens se puderam assumir como seres capazes de saber, de saber que sabem, de saber que não sabem. De saber melhor o que já sabem, de saber o que ainda não sabem. A educação tem sentido porque, para serem, mulheres e homens precisam estar sendo. Se mulheres e homens simplesmente fossem não haveria porque falar em educação (Freire, 2000, p. 40).

As obras de Paulo Freire têm como pano de fundo, uma proposta pedagógica libertadora. Pedagógica porque estabelece a “educação” como o processo possível ao partilhamento do conhecimento vivenciado com o mundo e do mundo entre os homens, não só pela troca objetiva de conhecer o cognoscível, mas também pela transcendência que este conhecer permite. Libertadora porque conhecer o cognoscível implica também em consciência crítica deste. Na medida em que os homens criticizam libertam-se na transformação e construção de si mesmos e do mundo.

A concepção dialógica de Freire, através de sua visão político/filosófica, demonstra que a vida humana tem um sentido, enquanto razão de ser, e está além das relações de opressão presentes na sociedade. Propõe em sua obra um compromisso ético de emancipação e libertação da sociedade e este pensamento pode contribuir com a compreensão do significado da promoção da saúde.

2.2.1 Um pouco da História...

Com intuito de se compreender a importância da obra e o pensamento de Paulo Freire e suas possibilidades de conexão com a nova promoção da saúde, busquei introduzir um breve histórico da vida deste autor.

Paulo Reglus Neves Freire, conhecido no Brasil e no exterior apenas como Paulo Freire, nasceu no dia 19 de setembro de 1921, em Recife e faleceu no dia 02 de maio de 1997 em São Paulo. Filho de Joaquim Temístoles Freire, sargento do exército e de Edeltrudes Neves Freire, dona de casa, bordadeira (FREIRE, 2001).

Paulo Freire foi alfabetizado na sombra de uma mangueira, do quintal da casa em que nasceu. Seus pais utilizavam as palavras próprias do seu cotidiano, palavras de sua infância, de sua experiência. Nesse processo de alfabetização, os gravetos da mangueira serviam como giz e o chão, de quadro negro. Era um aprendizado livre e despretensioso, preparando-o para o período escolar formal (FREIRE, 2001).

Entrou para a Faculdade de Direito no Recife, com mais de vinte anos, época em que conheceu Elza, sua primeira mulher, que estimulou muito sua carreira docente. Abandonou o Direito logo após sua primeira causa e dedicou-se inteiramente ao trabalho educativo, incentivado por Elza.

As primeiras experiências de alfabetização iniciaram-se em vários locais de Pernambuco e Paraíba, mas foi o programa mais sistemático implantado em Angicos (RN) em 1963 que ganhou maior reconhecimento, sendo convidado pelo então governo João Goulart a expandir a experiência para todo o Brasil. Com o golpe militar de 1964 essa experiência foi interrompida, sendo preso por 75 dias. A partir disto, afastou-se para o exílio, asilando-se inicialmente na Bolívia, e posteriormente no Chile permanecendo, de novembro de 1964 até abril de 1969, sob o

governo democrata cristão de Eduardo Freire, período em que consolidou seu método de alfabetização (método Paulo Freire) e pensamento político pedagógico, concluindo sua obra mais importante, *Pedagogia do Oprimido*, publicada em 1970, que teve influência direta nas formulações inglesas de *empowerment* (VASCONCELOS, 2003).

Paulo Freire neste período foi convidado para lecionar em Harvard, onde permaneceu por 01 ano. Em seguida mudou-se para Genebra para atuar como Consultor Especial do Departamento de Educação do Conselho Mundial de Igrejas. A partir daí, passou a visitar e assessorar diversos países africanos, recém-libertados do colonialismo europeu, ajudando-os a libertar-se da opressão a que estavam submetidos. Retorna para o Brasil definitivamente em 1980, após anistia, e já em período de franca atividade dos novos movimentos sociais populares e de lançamento do Partido dos Trabalhadores. Com seu retorno, repensou sua vida, suas obras, reiniciou sua atividade universitária, atuando como professor da PUC/SP, UNICAMP e assumiu também, o cargo de Secretário Municipal de Educação do município de São Paulo (FREIRE, 2001; VASCONCELOS, 2003).

Sua esposa Elza faleceu e após um tempo solitário, casou-se novamente, com Ana Maria. Esta, por sua vez, também teve uma grande participação em sua vida. Sua preocupação maior era proporcionar à população, principalmente aos mais pobres, a possibilidade de desvelar a realidade e buscar melhores condições de vida, mais cidadania, de forma crítica e voltada para todos (SAUPE; BRITO; GIORGI, 1998).

Paulo Freire foi um verdadeiro educador do seu tempo. Suas obras foram publicadas em inglês, francês, espanhol e grande parte também em alemão e italiano. Recebeu várias homenagens internacionais e nacionais, prêmios, inclusive indicação para o Nobel da Paz e cidadão honorário de várias cidades, “Doutor Honoris Causa”, Professor Emérito, Educador da Paz pela UNESCO e seu nome foi adotado por vários estabelecimentos educacionais, tanto no

Brasil como no exterior. Freire (2001) aborda que Paulo Freire tinha uma maneira própria de pensar, mas recebeu influência do marxismo, do existencialismo, do personalismo ou da fenomenologia. Autores que marcaram sua obra foram: Marx, Lukacs, Sartre e Mounier, Albert Memmi, Erich Fromm, Frantz Fanon, Merleau-Ponty, Antonio Gramsci, Karel Kosik, Marcuse, Agnes Heller, Simone Weill e Almicar Cabral.

No próximo item passo apresentar quais são os principais conceitos e características do pensamento freireano. Como a proposta metodológica deste trabalho é o Itinerário de Pesquisa de Paulo Freire, é importante compreender o seu núcleo teórico, pois este fundamentará os **Círculos de Cultura** que vão procurar desvelar se o processo de trabalho das equipes de Saúde da Família selecionadas, estão sendo permeado pela concepção da nova promoção da saúde. Mediante um processo de ação–reflexão–ação que se espera construir buscaremos contribuir para a introdução ou implementação das estratégias de promoção da saúde nas equipes de saúde da família e comunidade, que fazem parte do presente estudo.

2.2.2 As principais concepções do pensamento Freireano.

Embora Paulo Freire não explicita seu pensamento mediante estruturas conceituais formais, deixa implícita sua visão de mundo na complexidade de suas obras, principalmente, em “Educação como Prática de Liberdade” (1967), “Pedagogia do Oprimido” (1968), “Educação e Comunicação: extensionismo rural” (1968), “Educação e Mudança” (1979), “Pedagogia da Esperança” (1992), “Professora sim, tia não” (1997), “Pedagogia da Autonomia” (1997) “Pedagogia da Indignação” (2000).

Para Saupe, Brito e Giorgi (1998) a obra de Freire não se apresenta como uma proposta teórica acabada, traz conceitos, formulações que indicam a reflexão crítica sobre a prática como

estratégia de ação. Tem como pano de fundo uma proposta pedagógica libertadora e problematizadora, ultrapassando os limites da educação enquanto disciplina social e passa a ser entendida também, como uma forma de ler o mundo, refletir sobre esta leitura e recontá-lo, transformando-o pela ação consciente.

Paulo Freire, em sua obra e pensamento trabalha, principalmente, com os conceitos de homem, diálogo, cultura, conscientização, transformação, práxis, opressor-oprimido, educação bancária-libertadora, emancipação, círculo de cultura. Como método de trabalho utiliza o conhecido Itinerário de Pesquisa (HEIDEMANN, 1994).

Neste sentido é que busquei apresentar, neste capítulo, a síntese dos principais conceitos, que constituem o seu processo pedagógico libertador. A utilização do referencial teórico de Freire é importante para a prática de promoção da saúde, principalmente quando se trata da idéia de que são inúmeros os fatores que interferem sobre as condições de vida da população. Este referencial pode contribuir na construção prática de relações mais emancipatórias, autônomas e dialógicas entre profissionais de saúde e usuários. As atividades de promoção devem estar, direcionadas para o coletivo de indivíduos e ambiente, através de políticas públicas que proporcionem o desenvolvimento da saúde e reforço da capacidade do ser humano e da comunidade, ou seja, *empowerment* (BUSS, 2000).

Com a noção de *empowerment*, as pessoas são encorajadas a tomar decisões sobre temas que possam contribuir para suas vidas, e então solicitar a participação dos profissionais para interferir neste processo. A partir desta concepção, as idéias de Paulo Freire passam a ter grande influência sobre a nova promoção da saúde, pois ele defende a emancipação dos indivíduos como um instrumento necessário e importante para a transformação da sociedade, dizendo que “o que importa ao ajudar os homens e mulheres é ajudá-los a ajudar-se... fazê-lo agente de sua própria

recuperação... pô-lo numa postura conscientemente crítica diante de seus problemas” (FREIRE, 1996, p. 66).

Reforça, ainda que:

quanto mais crítico um grupo humano, tanto mais democrático e permeável em regra. Tanto mais ligado às condições de suas circunstâncias. Tanto menos experiências democráticas que exigem dele o conhecimento crítico de sua realidade, pela participação nela, pela sua intimidade com ela, quanto mais superposto a essa realidade e inclinado a formas ingênuas de encara-la... Quanto menos criticidade em nós, tanto mais ingenuamente tratamos os problemas e discutimos superficialmente os assuntos (FREIRE, 1996, p. 103).

Para Gadotti (2001) a obra e o pensamento de Paulo Freire têm como pano de fundo o processo pedagógico libertador. Propõe uma nova concepção da relação pedagógica. Não é uma educação fundamentada na transmissão de conteúdos, mas no diálogo, pois aquele que educa também está aprendendo. Toda educação é ao mesmo tempo ato político, ato de conhecimento e ato criador. Todo pensamento tem uma relação direta com a realidade, busca a crítica. A tese central da sua obra é a liberdade-libertação. A finalidade da educação é libertar-se da realidade opressiva e da injustiça, que não existe somente nos países “terceiro-mundistas”, mas existe em todo mundo. A libertação leva à transformação radical da realidade, para melhorá-la, para torná-la mais humana, para permitir que os homens e as mulheres sejam reconhecidos como sujeitos da sua história e não como objetos.

Para que ocorra a emancipação de homens e mulheres há dois elementos que são fundamentais na sua filosofia educacional: a **conscientização** e o **diálogo**.

Para Freire (1997a), a existência humana não pode ser muda, silenciosa, nem ser nutrida de falsas palavras, mas de palavras verdadeiras com que os homens transformam o mundo.

...“Não é no silêncio que os homens se fazem, mas na palavra, no trabalho, na ação-reflexão”¹⁵. Assim, dizer a palavra não é dizer sozinho, ou dizer para os outros...Mas é o **diálogo** ... o encontro dos homens, mediatizados pelo mundo...o diálogo é uma exigência existencial, é o encontro em que se solidarizam o refletir e o agir de seus sujeitos endereçados ao mundo a ser transformado.

Não há diálogo, se não há um profundo **amor** ao mundo e aos homens. Não há diálogo, se não há **humildade**, não pode ser um ato arrogante. Não há diálogo se não há uma intensa **fé** nos homens, de fazer e refazer, criar e recriar. O diálogo nutre-se também de **esperança** e **confiança**. O diálogo deve ser verdadeiro, um pensar sincero, crítico. Afirma que: “ninguém educa ninguém, ninguém educa a si mesmo, os homens se educam entre si, mediatizados pelo mundo” (Freire, 1987, p.68).

Por **conscientização**, não reduz à “tomada de consciência”, mas como a ação sobre a realidade, pois esta se realiza na prática e não na teoria. A consciência articulada com a práxis, desafiadora através da análise crítica, do desvelamento de uma situação irá constituir-se em ação transformadora da realidade (GADOTTI, 2001).

Freire (1992, p.103) ao explicar sua concepção de conscientização coloca que:

se não há conscientização sem desvelamento da realidade objetiva, enquanto objeto de conhecimento dos sujeitos envolvidos em seu processo, tal desvelamento, mesmo que dele decorra uma nova percepção da realidade desnudando-se, não basta ainda para autenticar a conscientização. Assim, como o ciclo gnosiológico não termina na etapa da aquisição do conhecimento, a conscientização não pode parar na etapa do desvelamento da realidade. A sua autenticidade se dá quando a prática do desvelamento da realidade constitui uma unidade dinâmica e dialética com a prática da transformação da realidade.

¹⁵ A verdadeira palavra contempla ação /reflexão=práxis. Não há palavra verdadeira que não seja práxis. A palavra verdadeira transforma o mundo. O sacrifício (da ação)=palavreria, verbalismo, blábláblá, o sacrifício (de reflexão)=ativismo (FREIRE, 1987).

Com relação à “práxis”, embora não explícita formalmente, é entendida como resultado da ação e reflexão dos homens sobre a realidade, para a criação de um novo mundo, ou seja, ação voltada para o ato de criar e recriar o mundo, transformando a realidade. É através da ação-reflexão-ação, práxis autêntica, que implica a dialética entre seres humanos que acontecerá a transformação da realidade.

Paulo Freire compreende a condição humana como inacabamento, incompletude. Para ele, não é possível fazer uma reflexão sobre o que é a educação sem refletir sobre o próprio homem. Estamos em permanente busca de “ser mais”. Os homens devem ser vistos como seres que estão a caminho, em busca, enquanto ser cultural, histórico. No processo de fazer a história, como sujeitos e objetos, mulheres e homens devem buscar o sonho também como um motor da história. Não há mudança sem sonho, como não há sonho sem esperança. O homem é um ser de relações (FREIRE, 1992, 1996, 1997a).

Ao colocar o homem como ser inconcluso que, através do trabalho, transforma a realidade, Paulo Freire nos remete a outro conceito importante que é o da cultura. Cultura é tudo o que é recriado pelo homem, é a visão que o homem tem ou está tendo de sua própria cultura, da realidade. É através da cultura que mulheres e homens expressam seu mundo e transformam a realidade, o mundo da cultura se alonga no mundo da história (FREIRE, 1996).

Para Freire (1987) a ação cultural, ou está a serviço da libertação dos homens, ou está a serviço da dominação. Ambas encontram-se em oposição, dialeticamente antagônica, na e sobre a estrutura social. Na superação das contradições antagônicas é que resultará a libertação dos homens¹⁶.

¹⁶ Sobre este tema ver Schwendler que realiza uma análise da obra de Freire e discute que ação cultural para a libertação e a revolução cultural são momentos articulados, mas distintos do processo revolucionário. A ação cultural para a libertação encontra-se em oposição às classes dominantes, enquanto a segunda realiza-se após a revolução social e política (SCHWENDLER, 2001).

Discutindo a concepção de educação e o processo de humanização, Freire as caracteriza duas concepções opostas de educação: a **concepção bancária** e a **concepção problematizadora**.

Na **concepção bancária**, o educador é o que sabe e o educando, o que não sabe, é objeto passivo, receptáculo vazio, carente de saber. O educador é o que diz a palavra, sabe, pensa, disciplina, informa. O educador é o sujeito do processo, enquanto os educandos são meros objetos, mantêm a divisão entre os que sabem e os que não sabem (FREIRE, 1987, 1997a).

Na **concepção problematizadora**, os homens são seres históricos, que caminham para frente, buscam a sua libertação. Nesta concepção, educador e educando aprendem juntos, numa relação dialógico-dialética, visa a transformação da realidade, enquanto ação política (FREIRE, 1987, 1997a, b).

Para Freire (1996) a educação problematizadora deve proporcionar aos homens e mulheres meios de superar suas atitudes, mágicas ou ingênuas, diante da realidade. Para ele, somente o diálogo que propicie a comunicação e a intercomunicação entre os sujeitos (educandos e educadores), numa relação de “simpatia” e que se nutre pelo amor, humildade, esperança, fé, confiança, criticidade, é que estará ocorrendo o diálogo crítico em torno da realidade.

Nesta sociedade de diferenças, Freire (1992, p.97) evidencia então os que oprimem e os que são oprimidos,

enquanto a violência dos opressores faz dos oprimidos homens proibidos de ser, a resposta destes à violência daqueles se encontra infundida do anseio de busca do direito de ser. Os opressores, violentando e proibindo que os outros sejam, não podem igualmente ser; os oprimidos, lutando por ser, ao retirar-lhes o poder de oprimir e esmagar, lhes restauram a humanidade perdida no uso da opressão...somente os oprimidos, libertando-se, podem libertar os opressores...

Assim, estar comprometido com o processo de transformação da sociedade, por meio da problematização, da práxis, do diálogo, que leve a emancipação das mulheres e homens, é um caminho viável, principalmente para a implantação da estratégia de promoção à saúde. Através da realização de **Círculo de Cultura**,¹⁷ proposto no Método Paulo Freire é possível levantar, problematizar e desvelar os temas que tanto podem ser situações conflitantes ou positivas para a consolidação da promoção à saúde pelas equipes de Saúde da Família.

No Círculo de Cultura é necessário que o (a) educador (a) saiba que o seu “aqui” e seu “agora” são quase sempre o “lá” do educando. O sonho do (a) educador (a) pode não somente tornar o seu “aqui - agora”, o seu saber, acessível ao educando, mas ir além de seu “aqui – agora”. Para que o educando ultrapasse o seu “aqui”, o educador tem que partir do “aqui” do educando e não do seu. O educador (a) não pode desconhecer, subestimar ou negar os “saberes de experiência feitos” com que os educandos falam, nos Círculos de Cultura (FREIRE, 1992).

A ação e reflexão entre educandos e educadores em torno de situações existenciais, abordando temas importantes como saúde, educação, cidadania, qualidade de vida e outros, têm levado ao desenvolvimento de inúmeros trabalhos com Círculo de Cultura, na área da saúde, principalmente na Enfermagem. Saupe, Brito e Giorgi (1998) em um relato de interpretações e vivências, sobre a utilização do referencial de Paulo Freire, encontraram que em um estudo sobre as dissertações produzidas no Curso de Mestrado em Enfermagem da Universidade Federal de Santa Catarina (UFSC) por Althoff et al. (1996), foi identificado que este referencial vem sendo utilizado, de modo acentuado nos últimos anos. Destacam, estas autoras que no ano de 1994 a 1997 houve a identificação de um movimento intenso com a utilização das concepções e método

¹⁷ O círculo de cultura no método Paulo Freire, re-vive a vida em profundidade crítica. A consciência emerge do mundo vivido, objetiva-o, problematiza-o, compreende-o, como projeto humano... Todos juntos, em círculo, e em colaboração, re-elaboram o mundo e, ao reconstruir-lo, apercebem-se de que, embora construído também por eles, esse mundo não os humaniza. As mãos que o fazem, não são a que o dominam. Destinado a liberá-los como sujeitos, escraviza-os como objetos (FREIRE, 1987).

de Freire, que esteve acompanhado de interesse, tanto por parte dos componentes das diversas bancas examinadoras, que participaram da análise destes estudos, como das platéias que assistiram às apresentações e defesas e dos leitores que consultaram a produção dos autores citados.

Saupe, Brito e Giorgi (1998) interpretam algumas das experiências que têm utilizado o Círculo de Cultura proposto por Freire, onde o profissional enfermeiro, aluno de mestrado, coloca-se como animador. As situações existenciais de aproximação das pessoas têm sido as mais variadas, citando os estudos de Wosny (1994), Heidemann (1994) e Gonzaga (1994) que trabalharam com uma comunidade periférica, buscando a melhoria de suas condições de vida, através da ação organizativa e participativa. Alonso (1994) e Madureira (1994) também trabalharam com grupos comunitários e mulheres gestantes; Dall'Agnoll (1994) e Souza (1994) trabalharam com os profissionais da enfermagem; Martins (1995) reuniu pessoas ostomizadas; Brito (1996) alunos de enfermagem sobre o processo de ensino e aprendizagem; Diniz (1996) trabalhou com famílias de alcoolistas; Giorgi (1996) com docentes de enfermagem de um curso de graduação; Meurer (1996) com trabalhadores de enfermagem que trabalham com recém-nascido; Schmitt (1996) com trabalhadores de uma empresa frigorífica; Zago (1996) alunos do curso de auxiliar de enfermagem, procurando desvelar a sua formação.

Observa-se, através destas experiências, que tem sido significativa e variada a possibilidade de trabalho com o referencial de Paulo Freire, em diversas situações, que tanto podem partir da coletividade como dos indivíduos. Já no nível internacional, autores importantes que vêm se dedicando ao estudo da promoção à saúde, reforçam e descrevem experiências de trabalho com o referencial teórico de Freire, como Labonte (1993); Wallerstein e Sanchez-Merki (1994); Wallerstein e Bernstein (1998); Labonte, Feather e Hills (1999).

Labonte (1993) sugere a utilização da pedagogia crítica de Freire, e vários modelos de desenvolvimento comunitário e *empowerment* como ferramentas importantes na conceitualização da nova promoção à saúde. Wallerstein e Sanchez-Merki (1994), propõem um trabalho com o referencial de Freire colocando que, através do diálogo e práxis, pode ocorrer integração com uma teoria de mudança cognitiva e do comportamento para desenvolver uma compreensão do programa de educação e saúde, direcionados para mudanças individuais e comunitárias.

Já Wallerstein e Bernstein (1998) sugerem as idéias de Freire e sua adaptação com o *empowerment education*, na área da saúde, num estudo que focalizou o uso abusivo do álcool, em um Programa da Universidade do Novo México. Reforçou que a ênfase das idéias deste autor está direcionada para a noção do *empowerment* e sua contribuição com as estratégias de prevenção e políticas de saúde voltadas para a concepção moderna de promoção à saúde.

Labonte, Feathe e Hills (1999) descrevem um breve diálogo como um método importante para ser utilizado no conhecimento da promoção à saúde. Este “método de breve diálogo” tem suas origens na pedagogia crítica, construtivista, feminista e de Paulo Freire. Os autores descrevem que a metodologia tradicional da ciência não tem sido suficiente para analisar os efeitos e evolução da promoção à saúde e propõem este método para interpretar a realidade de saúde. As pessoas, os pesquisadores falam, contam suas histórias e experiências de vida que, através de um processo de ação-reflexão-ação em grupo, vai sendo construído o processo de empoderamento dos diferentes atores.

A partir destas experiências mencionadas, e antes de apresentarmos o método de Paulo Freire, considere importante indicar ainda as principais direções de avaliação crítica do pensamento de Freire¹⁸:

¹⁸ Estas críticas foram apresentadas em Gadotti (2001), e foram sintetizadas no trabalho de Vasconcelos (2003), a qual utilizo neste trabalho.

- A principal matriz de críticas a Freire é sem dúvida alguma o pensamento marxista, a partir do qual ele vem sendo identificado principalmente como não-rigoroso do ponto de vista teórico-acadêmico, eclético, humanista ingênuo, utopista, subjetivista, idealista e reformista, características que possibilitariam a apropriação de suas propostas para fora do sistema educacional formal das sociedades capitalistas existentes e até mesmo por parte de forças sociais conservadoras. Essas deficiências dão-se principalmente na análise sociológica imprecisa dos processos de opressão...a prática pedagógica dos educadores no contexto dos processos de trabalho, que pudessem estabelecer parâmetros mais precisos para uma educação alternativa...Sua proposta de uma pedagogia horizontalizada e dialógica,...espontaneísta, seria também incompatível com as exigências mais diretivas e de consolidação ideológica de períodos revolucionários...Freire insistiu que não ignorou esse tipo de crítica, chamando a atenção para a contextualização histórica de suas obras, particularmente de **A educação como prática da liberdade** (1965) e **Pedagogia do oprimido** (1970);
 - Outra linha tem um viés político-anropológico, e foi desenvolvida a partir da avaliação de seu trabalho na África, com a população rural em Guiné-Bissau. Freire teria pensado que seu método teria validade universal e poderia ser apropriado linearmente em qualquer sociedade do Terceiro Mundo...
 - Uma terceira linha de críticas partiu de intelectuais identificados com o chamado “pós-modernismo”. O diálogo educador-educando e o sistema de tradução necessário para o trabalho pedagógico acaba utilizando o mesmo sistema de signos e códigos semióticos privilegiados e sancionados pelas formações materiais, históricas, étnicas, lingüísticas, de gênero, hegemônicos na cultura ocidental, capitalista, racionalista, branca e patriarcal.
-

Freire teria ignorado a problemática em seus trabalhos, principalmente quando essa questão já tinha sido levantada pelos pedagogos pós-modernos;

- A última questão é em relação à formação fortemente influenciada pelo existencialismo e marxismo de Freire, sua ênfase foi colocada exclusivamente no plano da consciência e da práxis.

Entretanto, Vasconcelos (2003) considera que, apesar desses pontos polêmicos, a perspectiva Freireana constitui uma referência internacional fundamental para o pensamento emancipatório durante as últimas décadas do século XX, como também no novo milênio, particularmente para as abordagens de *empowerment*.

2.2.3 O Empowerment e a Promoção da Saúde

Na concepção da nova promoção da saúde um importante elemento de trabalho é justamente o *empowerment*, sendo que as raízes deste conceito encontram-se nos trabalhos de educador Paulo Freire.

A abordagem de *empowerment* pode ser entendida como o fortalecimento das populações para que coletividades e indivíduos possam atuar de forma positiva nos determinantes do processo saúde e doença.

Wallerstein e Laverack (2001) definem *empowerment* como um processo contínuo que oferece maior percepção na maneira pelo qual as pessoas são capacitadas, gradualmente maximiza seu potencial de progredir da ação individual para coletiva, promovendo mudanças sociais e políticas.

Na nova promoção à saúde, o *empowerment* assume diferentes sentidos e pode ser entendido através de duas abordagens: psicológica e comunitária. Segundo Carvalho (2002) o *empowerment*

psicológico privilegia a ação no indivíduo e o *empowerment* comunitário, enfatiza a ação sobre os coletivos. Estas diferenças têm implicações importantes para as práticas de promoção da saúde. Mas, destaca que o importante é considerar a natureza de ambos, individual e coletiva e pensar as práticas de saúde numa perspectiva integral.

Entretanto, para compreender a noção de *empowerment* é essencial definir o conceito de poder que segundo Bobbio et al., (1993, p.933) “é a capacidade ou a possibilidade de agir, de produzir efeitos. Tanto pode ser referida a indivíduos e a grupos humanos como a objetos ou a fenômenos naturais”.

A noção de *empowerment*, ao inspirar-se numa perspectiva libertadora, baseada no referencial de Freire, procura romper com os modelos tradicionais centrados no exercício do “poder-sobre” o outro e pela valorização de espaços em que seja possível o exercício do poder na interação entre sujeitos e coletivos, ou seja, o “poder-com”. Nesta perspectiva o *empowerment* tem como objetivo contribuir para a emancipação humana, o desenvolvimento crítico, a superação das estruturas institucionais ideológicas de opressão.

Percebe-se, assim que o *empowerment* é crucial na promoção da saúde porque proporciona o engajamento comunitário, levando a mudanças sociais e políticas. Quando os indivíduos têm engajamento voluntário com seus vizinhos, eles aprendem a se emancipar e lutar por um melhor nível de saúde. O desenvolvimento interpessoal leva à uma ação coletiva.

Na evolução do conceito de promoção da saúde, a carta de Ottawa trabalha com o conceito de *empowerment* como o cerne desta estratégia. Conceitua promoção da saúde como a capacitação da comunidade para atuar na melhoria de sua qualidade de vida e saúde, incluindo a participação no controle deste processo (WHO, 1986).

A declaração de Adelaide (1988), ao enfatizar o tema de políticas públicas saudáveis, também identifica que a ação comunitária é um ponto central na promoção de políticas públicas

saudáveis, pelas quais as comunidades buscam a posse e o controle dos seus próprios esforços e destino. A declaração de Sundsvall (1991), ao enfatizar o tema ambientes saudáveis à saúde, também identifica como uma das estratégias fundamentais o reforço e criação de ambiente saudável e evidencia que aumentar o poder de decisão das pessoas e a participação comunitária são fatores essenciais num processo democrático de promoção da saúde (BRASIL, 1996).

A Declaração de Jacarta reconhece que a promoção da saúde efetua-se pelo e com o povo, e não sobre e para o povo. Para melhorar a capacidade das comunidades e promover a saúde, é preciso que às pessoas tenham direito de voz e acesso consistente ao processo de tomada de decisão e às habilidades e conhecimentos essenciais para efetuar mudanças (DECLARAÇÃO DE JACARTA, 1997).

Deste modo, a prática de *empowerment* na promoção da saúde como um processo comunitário que leva a capacitação da comunidade (organização, mobilização, educação), é necessária para a melhoria da qualidade de vida e saúde da população. Porém, isto requer a participação conjunta de múltiplos atores sociais: profissionais de saúde, população, rede de movimentos sociais, sociedade civil, Estado, organizações governamentais e não-governamentais, instituições privadas e públicas e outras que em conjunto possam pensar e compreender o processo saúde e doença e criar ambientes favoráveis à vida.

Para pensar o *empowerment* numa perspectiva libertadora que impulse a emancipação dos sujeitos envolvidos no processo, demanda uma diferente epistemologia e metodologia de pesquisa. A epistemologia construtivista é a que mais se aproxima da nova promoção da saúde, difere da epistemologia convencional, positivista que reduz a realidade a ser estudada, explicação mecanicista de causalidade e pressupõem que verdades universais podem ser encontradas.

O referencial teórico libertador proposto por Freire é o que mais se aproxima desta epistemologia construtivista. O seu método de trabalho consiste de aproximações, encontros,

diálogo com os sujeitos envolvidos no processo, que através de sua proposta pedagógica, de natureza política, busca a transformação da realidade. Esta proposta emancipatória propõe autonomia dos sujeitos e diálogo permanente em torno das situações concretas de existência, não exclui o poder ou diferenças de experiências e conhecimentos, mas valoriza as contradições, procurando superá-las.

Assim, de maneira esquemática pode-se dizer que o “Método Paulo Freire” consiste de três momentos dialética e interdisciplinarmente entrelaçados. Também conhecido como “Itinerário de Pesquisa”, propõe uma seqüência de passos, que vão se inter-relacionando, num movimento de construção, que avança e retroage, conforme sinaliza a situação existencial vivida no Círculo de Cultura. No próximo capítulo procurarei descrever estes passos que se constituem em: **investigação temática e levantamento dos temas geradores, codificação e decodificação (ou descodificação) e problematização ou desvelamento crítico (redução temática).**

3 EM BUSCA DE UMA METODOLOGIA POSSÍVEL À INSERÇÃO DAS ESTRATÉGIAS DE PROMOÇÃO DA SAÚDE.

3.1 Círculo de Cultura.

Com a pretensão de compreender e estimular a construção da promoção da saúde no processo de trabalho dos profissionais, e como os usuários e lideranças comunitárias freqüentadores da USF 'Herbet de Souza' poderiam participar deste ato, considerou-se que o processo investigativo mais adequado para este estudo seria o Itinerário de Pesquisa do educador Paulo Freire, que possui como pano de fundo uma proposta pedagógica libertadora.

Esta proposta pode ser delineada como uma pesquisa qualitativa, cujo compromisso é o de transformação política da realidade, em que os sujeitos envolvidos participam conscientemente do processo de produção do conhecimento.

A contribuição desta metodologia pode ser vista como instrumento que ajudará na construção da nova promoção da saúde. Trata-se de uma metodologia de produção de conhecimento sobre a inter-relação entre os atores e saberes envolvidos em uma prática social, em que se prioriza os interesses e as falas dos diversos personagens.

A partir das situações sociais, os participantes buscam uma forma coletiva de melhorar a compreensão da realidade e transformá-la. Seria uma forma de ajudar a modificar os costumes de indivíduos e populações para melhorar suas vidas e transformar a sociedade.

A abordagem qualitativa é apropriada para o estudo, porque procura aprofundar a investigação e responde a questões muito específicas e particulares, com um nível de realidade que não pode ser quantificado. Ou seja, ela trabalha com o universo de significados, motivos, aspirações, crenças, valores e atitudes, o que corresponde a um espaço mais

profundo das relações, dos processos e dos fenômenos que não podem ser reduzidos à operacionalização de variáveis (MINAYO, 2002).

Autores como Víctora, Knauth e Agra Hassen (2000) abordam que a pesquisa qualitativa está sempre aberta à discussão, à possibilidade de agregar novos elementos científicos. Empenha-se, como uma pesquisa de qualidade, em revelar mais do que a atitude e o comportamento dos indivíduos frente a uma situação concreta, mas a buscar entender as causas, os discursos e origem destas ações. Apreende o que está oculto, o que não é percebido, perscruta as profundezas do jogo social, o não manifesto, o subjacente.

A pesquisa qualitativa articula-se com o pensamento Freireano, quando ambos se preocupam com o desvelamento da realidade social. O sentido da razão dialógica de Freire como na pesquisa qualitativa, é justamente o de revelar o que está oculto, permitindo que a imaginação e a criatividade dos seus participantes desvendem novas propostas de ação sobre a realidade. Ambas realizam uma aproximação fundamental e de intimidade entre sujeito e objeto, envolvendo empatia e motivação, aos projetos dos participantes, aos quais as ações se tornam concretas.

Através desta metodologia se pretende caracterizar os conflitos, contradições, diversidades ou positivities que representam a situação existencial da promoção da saúde, que são vivenciadas pelas equipes de Saúde da Família e população. Por meio de uma relação dialógica, mediatizada em Círculo de Cultura, busquei desvelar como vem ocorrendo determinada problemática, no caso, a inserção da promoção da saúde nas ações de saúde e estimulei a sua inserção no trabalho das equipes para que, em conjunto com a população usuária do serviço, pudessem estar repensando as ações dos programas.

Mediante estes Círculos de Cultura, compostos pelas equipes de Saúde da Família ‘Herbet de Souza’, usuários e lideranças comunitárias do Complexo Ribeirão Verde, analisei como estavam sendo contempladas as cinco estratégias de promoção da saúde:

implementação de políticas públicas saudáveis, criação de ambientes favoráveis à saúde, reorientação dos serviços de saúde, reforço da ação comunitária e desenvolvimento de habilidade pessoal.

Assim, para obter os dados e as informações necessárias ao desenvolvimento desta pesquisa concomitante à participação dos sujeitos, utilizei o Itinerário de Pesquisa proposto pelo método Paulo Freire, cujas etapas de trabalho consistem de: investigação temática, codificação, decodificação e desvelamento crítico. O método Paulo Freire contempla os procedimentos técnicos de coleta e análise dos dados e consiste esquematicamente dos seguintes passos:

Passos do Itinerário de Pesquisa

Figura II – Esquema do Itinerário de Pesquisa, adaptado de SAUPE, 1999.

Estas etapas foram trabalhadas em Círculos de Cultura, desenvolvidos nas atividades de grupo realizadas tanto com os profissionais, como com os usuários e lideranças comunitárias, onde os participantes problematizaram os temas geradores vivenciados por eles, como, por exemplo, “promoção da saúde e a Saúde da Família” e a seguir a pesquisa de palavras significativas que estavam contidas na temática, como no caso, saúde, *empowerment*, intersectorialidade, equidade, interdisciplinaridade e integralidade.

3.2 Itinerário de Pesquisa.

Paulo Freire iniciou suas experiências com o itinerário em Santiago do Chile, em meados de 1968. Em conjunto com uma equipe de educadores desenvolveu a proposta com a denominação de “Investigação Temática”. Na sua constituição este método fundamentou-se na metodologia das ciências sociais e sua teoria da codificação e decodificação das palavras e temas geradores (interdisciplinaridade) caminhou passo a passo com a “pesquisa participante” (HEIDEMANN, 1994; GADOTTI, 2001).

O método Paulo Freire parte sempre das fontes culturais e históricas dos indivíduos. O profissional deve sempre ser um inventor e reinventor constante em que os “participantes” e profissionais são mediatizados pelo objeto a ser desvelado. Deve ter uma atitude crítica em torno do objeto e não um discurso profissional sobre ele.

Na etapa da **Investigação Temática**, busca-se o universo dos temas vividos pelo educandos na sociedade, no seu meio cultural. A investigação dos principais temas, questões, assuntos da realidade vão constituir os “temas geradores” a serem problematizados (FREIRE, 1996).

A investigação dos temas geradores, contidos no “universo temático mínimo”, ocorre através de uma metodologia conscientizadora, que nos possibilita apreensão, inserção a partir dos homens numa forma crítica de pensamento sobre seu mundo. Na captação do todo para a compreensão dos homens, a sua busca se realiza através da abstração. Não significa a redução do concreto ao abstrato, o que seria negar a sua dialeticidade, mas tê-los como opostos que se dialetizam no ato de pensar.

Investigar o tema gerador é investigar o pensar dos homens referido à realidade, é investigar seu atuar sobre a realidade, que é sua práxis. Quanto mais assumam os homens uma postura ativa na investigação de sua temática, tanto mais aprofundam a sua tomada de consciência em torno da realidade, explicitar sua temática significativa, se apropriam dela.

É através dos homens que se expressa à temática significativa e, ao expressar-se, num certo momento, pode não ser exatamente o que expressou, tendo mudado em outro momento. É preciso entender os homens na sua realidade, e a investigação temática se faz, assim, num esforço comum de consciência da realidade e de autoconsciência, que a inscreve como ponto de partida do processo educativo, ou da ação cultural de caráter libertador (FREIRE, 1987).

Os **temas geradores** são amplos e constituem a realidade do universo dos educandos, problematizada pelo diálogo entre educador e educando. Esta problematização vai ocorrendo na medida que os problemas são levantados através do diálogo, no qual os educandos participantes começam a falar sobre as contradições, as situações concretas e reais em que estão vivendo o seu aqui e agora ¹⁹.

¹⁹ Freire (1992) considera que o(a) educador(a) saiba que o seu “aqui” e o seu “agora” são quase sempre o “lá” do educando. Mesmo que o sonho do(a) educador(a) seja não somente tornar o seu “aqui-agora”, o seu saber, acessível ao educando, mas ir mais além de seu “aqui-agora” com ele ou compreender, feliz, que o educando ultrapasse o seu “aqui” do educando e não do seu. No mínimo, tem de levar em consideração a existência do “aqui” do educando e respeitá-lo.

A investigação das situações limite²⁰ é de fundamental importância e deve ser priorizada pelo grupo no Círculo de Cultura. A partir da identificação dos temas geradores irá se constituir a problematização que determinará a ação.

Paulo Freire (1987, p. 90) utiliza a análise do Prof. Álvaro Vieira Pinto, para conceituar as “situações-limites”, considerada como não sendo “o contorno infranqueável onde terminam as possibilidades, mas a margem real onde começam todas as possibilidades”, não é “a fronteira entre o ser e o nada, mas a fronteira entre o ser e o ser mais” (mais ser).

A investigação dos temas geradores se dá no domínio do humano e não das coisas, não pode reduzir-se a um ato mecânico. Ela se fará tão mais pedagógica quanto mais crítica e tão mais crítica quanto deixe de perder-se nos esquemas estreitos das visões parciais da realidade, das visões focalistas da realidade, para se fixar na compreensão da totalidade (FREIRE, 1987).

O que se pretende investigar, não são os homens, mas o seu pensamento-linguagem referido à realidade, a sua visão do mundo, em que se encontram envolvidos seus “temas geradores”. A constatação do tema gerador é algo a que chegamos através, não só da própria experiência existencial, mas também de uma reflexão crítica sobre as relações homens-mundo e homens-homens.

Os temas não são percebidos como deveriam, envolvidos e envolvendo as “situações limites”, as tarefas referidas a eles. Estas “situações limites” muitas vezes se apresentam aos homens e mulheres como se fossem determinantes históricas, esmagadoras, e não cabe outra alternativa senão adaptar-se. Os homens e mulheres não chegam a transcender as “situações

²⁰ Vasconcelos e Brito (2006, p. 179) em seu trabalho sobre os principais “conceitos de educação em Paulo Freire” reconheceram o conceito de “situações-limites como barreiras que o ser humano encontra em sua caminhada, diante das quais pode assumir várias atitudes, como se submeter a elas ou, então, vê-las como obstáculos que devem ser vencidos. Diante dessas barreiras, pode unir a esperança com a prática e agir para que a situação se modifique ou simplesmente se deixar levar pela desesperança. Para enfrentar as situações-limites são necessários os chamados “atos-limites”, termo usado por Paulo Freire para designar as atitudes assumidas a fim de se romper com as situações-limites. Estes atos-limites são necessários para que se possa atingir o “inédito viável”, ou seja, algo novo, tantas vezes sonhado e que, através da práxis, pode se tornar realidade”.

limite” e a descobrir ou a divisar, ir além delas e em relação como elas, o “inédito viável”²¹ (FREIRE, 1987).

A partir do momento que descobre, vislumbra o “inédito viável”, ainda como uma “situação limite” ameaçadora, mas que precisa ser superada, é que os homens se percebiam como quase coisificados. É necessário superar as “situações limite” e captar o que está aparentemente oculto, o fato de captá-lo de forma distorcida pode significar uma opressão em que os homens se encontram mais imersos que emersos (FREIRE, 1987).

A segunda etapa do “Itinerário” é a **codificação**. Os temas geradores são codificados e decodificados através do diálogo e por meio dele, as pessoas envolvidas vão tomando consciência do mundo em que vivem. Os temas são problematizados, contextualizados, substituídos em sua primeira visão mágica, por uma visão crítica e social do assunto discutido.

Levantados os temas geradores na codificação, os participantes do Círculo de Cultura explicitam sua compreensão sobre o tema ou a palavra, como por exemplo “*qual é o sentido de empowerment*”. Vai ocorrendo também a descodificação dos temas codificados, um momento dialético, em que os participantes passam a refletir, a questionar sobre as situações que vivenciavam, mas não admiravam, não tinham percepção da realidade vívida. É a hora do espanto...É hora de tentar tirar as mascaras, os véus dos temas geradores, problematizando-os, questionando-os, “ultrapassando o senso comum internalizado e até cristalizado e avançar no conhecimento do que é necessário para ser e viver saudável e como ter acesso aos bens que levam, facilitam ou promovem esta situação (SAUPE; BRITO; GIORGI, 1998, p.261).

²¹ Freire (1987, p. 107) comentando Goldman (1969) salienta que ‘inédito viável’ (que não pode ser apreendido no nível da ‘consciência real’ ou efetiva) se concretiza na ‘ação editanda’, cuja viabilidade antes não era percebida. Há uma relação entre ‘inédito viável’ e a ‘consciência real’ e entre a ‘ação editanda’ e a ‘consciência máxima possível’.

É importante ressaltar que o Itinerário de pesquisa proposto por Freire, propõe uma sequência de passos que não é linear, mas que vai se interrelacionando, em constante processo de construção.

Esta fase da investigação consiste do momento de apreensão do conjunto de contradições evidenciadas na investigação temática. Na medida em que as codificações são o objeto que, mediatizando os sujeitos descodificadores, se dá à sua análise crítica. Deve representar situações conhecidas pelos indivíduos cuja temática se busca, o que as faz reconhecíveis por eles, possibilitando, desta forma, que nelas se reconheçam.

As codificações, na medida em que representam situações existenciais, devem ser simples na sua complexidade e oferecer possibilidades plurais de análises na sua descodificação. As codificações não são slogans, são objetos cognoscíveis, desafios sobre os quais deve incidir a reflexão crítica dos sujeitos descodificadores (FREIRE, 1987).

Na codificação se procura re-totalizar o tema cindido, na representação de situações existenciais. As codificações são as mediações entre o “contexto concreto ou real”, em que se dão os fatos, e o “contexto teórico”, em que são analisadas. Assim, são o objeto cognoscível sobre o qual o educador-educando e os educandos-educadores, como sujeitos cognoscentes, incidem sua reflexão crítica (FREIRE, 1996).

Para Freire (1992, p. 88), o processo de criação das codificações são situações que:

funcionam como desafios aos grupos. São situações-problema codificadas, guardando em si elementos que serão descodificados pelos grupos com a colaboração do coordenador. O debate em torno delas irá, como o que se faz com as que nos dão o conceito antropológico de cultura, levando os grupos a se conscientizarem para que concomitantemente se alfabetizem.

A “**codificação**” representa uma situação existencial, um exercício de ir e vir, do abstrato ao concreto, vivido pelos participantes que, enquanto viviam, ou não a “admiravam” ou, se “admiravam”, não realizavam o desvelamento da realidade, seus limites e

possibilidades (FREIRE, 1996). Este momento representa a compreensão do “senso comum” dos participantes.

A “**descodificação**” é a análise da situação vivida, um momento dialético em que os participantes passam a admirar, refletir sobre sua ação. Nesta fase, refazem seu poder reflexivo e se reconhecem como seres capazes de transformar o mundo. Evidencia-se a necessidade de uma ação concreta para a superação das situações-limites. Esta fase compreende quatro momentos subseqüentes, as pessoas são questionadas para descrever – (a) O Que eles vêem ou sentem? (b) Como um grupo, define o nível principal do problema? (c) Como dividem experiências similares em suas vidas? (d) Por que estes problemas existem? e (e) Como desenvolver e planejar ações para endereçar os problemas? Assim, os códigos são gerados e pelo diálogo, novos podem surgir e expressar a análise crítica do que a codificação apresenta, ou seja, realidade (HEIDEMANN, 1994; FREIRE, 1996; WALLERSTEIN; BERNSTEIN, 1998).

No primeiro momento, os participantes do grupo descrevem os elementos codificados como parte do todo. Entretanto é o silêncio da apreensão do objeto codificado que se evidencia.

A descodificação da situação existencial provoca uma abstração até o concreto, que implica uma ida das partes ao todo e uma volta deste às partes, um reconhecimento do sujeito no objeto, situação existencial concreta e do objeto como situação em que está o sujeito.

O segundo momento é caracterizado pela cisão da totalidade “admirada”. Os sujeitos olham a realidade de dentro, mas não conseguem apreender ainda a sua totalidade. Esta cisão na prática da descodificação corresponde à etapa que chamamos de “descrição da situação”. A cisão da situação figurada possibilita descobrir a interação entre as partes do todo cindido (FREIRE, 1987).

Este todo, que antes havia sido apreendido, passa a ganhar significação na medida em que sofre a “cisão” e em que o pensar volta a ele, a partir das dimensões resultantes da “cisão” (FREIRE, 1987).

Durante o terceiro momento os sujeitos voltam a admirar e apreendem a situação codificada na totalidade. Em todas as etapas da descodificação estarão os homens exteriorizando sua visão do mundo, sua forma de pensá-lo, sua percepção fatalista das “situações limites”, ou dinâmica da realidade. É nesta forma de pensar o mundo, de pensá-lo que se realiza o enfrentamento da realidade. Mesmo que um grupo não expresse concretamente uma temática geradora, sugere o “tema do silêncio”²², a adaptação (FREIRE, 1987).

No quarto momento é realizada a análise crítica do que a codificação apresenta, a realidade. Ocorre uma visão mais específica, central, de um tema, necessitando um estudo sistemático e interdisciplinar do achado.

Na descodificação os indivíduos, cindindo a codificação como totalidade, apreendem o tema ou os temas nela implícitos ou a ela referidos. Este processo de descodificação que, na sua dialeticidade, não morre na cisão, que realizam na codificação como totalidade temática, se completa na retotalização de totalidade cindida, com que não apenas a compreendem mais claramente, mas também vão percebendo as relações com outras situações codificadas, todas elas representações de situações existenciais. Na descodificação o conhecimento científico é disponibilizado aos participantes para ultrapassagem do “senso comum”.

O desvelamento crítico ou problematização (redução temática), representa a tomada de consciência da situação existencial compartilhada, descobrem-se os limites e as possibilidades da primeira etapa. Nesta fase ocorre o processo de ação-reflexão-ação que capacita as pessoas aprender e evidencia-se a necessidade de uma ação concreta, cultural, política e social visando “situações limites” e superação das contradições. O objetivo é

²² Para Saupe, Brito e Giorgi, 1998, p.260) o aparecimento do “tema do silêncio”, “nos leva a pensar que os indivíduos se calam diante da força esmagadora de “situações limites” e adaptam-se a ela. Estas situações desafiam, de tal forma, a ação prática dos homens que eles só prosseguirão se conseguirem enfrenta-las”.

promover a transformação dos reais problemas que estavam interferindo na vida das pessoas (FREIRE, 1987).

Na fase de redução temática, crítica, caberá ao animador, facilitador dentro de seu campo, buscar os seus núcleos fundamentais que se constituindo em unidades de aprendizagem e estabelecendo uma seqüência entre si, dão a visão geral de temas reduzidos. Nesta fase, que é a operação de “cisão” dos temas enquanto totalidades, buscam seus núcleos fundamentais, que são as suas parcialidades. Reduzir um tema é cindi-lo em suas partes para, voltando-se a ele como totalidade, melhor conhecê-lo.

Esta fase consiste da tomada de consciência da realidade vívida, por exemplo, “a promoção da saúde se constitui como objeto de trabalho das equipes de Saúde da Família?”, que a partir de uma nova reflexão da realidade passa a ser transformada.

Assim, a opção pelo referencial teórico do educador Paulo Freire, articulado à abordagem qualitativa oportunizou encontrar a metodologia de pesquisa que pôde, de certa forma, ajudar a compreender e analisar como estava sendo inserida a estratégia de promoção da saúde no processo de trabalho das equipes de saúde. Além disso, esta metodologia permitiu que a coleta e análise dos dados fossem resultantes de um processo de ação e reflexão, em torno das experiências concretas dos sujeitos envolvidos na pesquisa.

3.3 Atividades de ‘Círculo de Cultura’

Para melhor compreender o desenvolvimento dos ‘Círculo de Cultura’ nas atividades e situações existentes na Unidade de Saúde da Família ‘Herbet de Souza’ e comunidade do Complexo Ribeirão Verde, descrevo a seguir, a finalidade, periodicidade, local, participação de cada Círculo que constituíram a fonte de dados desta pesquisa. Estes eventos faziam parte

da rotina da unidade, com exceção do grupo dos Agentes Comunitários de Saúde e Diálogos que foram implementadas durante este estudo.

Comissão Local de Saúde

Comissão Local de Saúde – CLS, oficializada em 13/07/05, reunia-se quinzenalmente, as quintas feiras das 16:00 às 17:00 horas na sala de reuniões da USF ‘Herbet de Souza’, quando existia quorum suficiente para a sua realização. O horário desta atividade foi deliberado pelos profissionais de saúde e lideranças comunitárias, não houve participação dos usuários. Esta comissão tem em seu estatuto a representatividade oficial de 14 membros e 11 suplentes distribuídos nas seguintes áreas: Associação de Moradores do Complexo Ribeirão Verde - AMCRV, servidores e moradores efetivos da Unidade de Saúde e Complexo Ribeirão Verde. Geralmente participavam uma média de 10 pessoas, sendo coordenado por um representante dos moradores e 01 representante da escola, 02 da AMCRV, esporadicamente o presidente desta associação, 02 ACS, a gerente da unidade, 01 médica e 01 técnica de enfermagem, doutoranda e auxiliar de doutoranda. Tinha a finalidade de discutir os problemas do Complexo Ribeirão Verde e USF ‘Herbet de Souza’, encaminhando os assuntos ou reivindicações quando necessário aos órgãos competentes.

Atividade Artesanato

Artesanato – Reunia-se semanalmente, todas as quintas-feiras, das 14:00 às 16:00 horas na USF ‘Herbet de Souza’. Era coordenado por ACS e representantes do Rotary Clube do Município de Ribeirão Preto, que forneciam subsídio financeiro para a compra de material e também ajudavam na preparação de bazares, onde a verba arrecada era revertida para a

aquisição de novas mercadorias. Nesta atividade participavam usuários da USF que recebiam diagnósticos dos profissionais de saúde de depressão, angústia, tristeza, isolamento social e eram estimulados nas reuniões na Unidade, ou encaminhados pelos ACS e vizinhos a participar desta atividade. Nestes encontros eram desenvolvidos trabalhos manuais de crochê, ponto cruz, tear, tapetes e outros.

Reunião de Quarteirão

Quarteirão – Cada equipe de Saúde da Família (vermelha, azul e verde), reunia-se com os usuários e ACS de sua área de abrangência, esporadicamente uma vez no mês e, dependendo da equipe, ocorriam nas quintas feiras das 14:00 às 16:00 horas e/ou nas terças-feiras das 9:00 às 11:00 horas. Era realizada em uma casa cedida por um morador da micro-área de abrangência da equipe responsável pelo evento. Dois ACS tinham a responsabilidade de agendar o local com o morador desta micro-área, que deveria ocorrer no quarteirão em que estavam inseridos, e a partir disto organizar o lanche e estimular a participação das pessoas vizinhas na reunião. Nesta participavam entre 12 a 15 moradores, a equipe responsável (01 médico, 01 enfermeiro, 01 dentista e auxiliar), 01 docente e de 03 a 04 alunos do curso de medicina do Centro Universitário Barão de Mauá, 07 ACS, doutoranda e auxiliar de doutoranda. Tinha o objetivo de dialogar sobre os possíveis problemas da Unidade e da comunidade, mas como esses encontros não seguiam um planejamento e sistematização, tornavam-se vagos e desorganizados. Os temas mais trazidos pelos usuários eram aqueles referentes às ações médicas e, principalmente de queixas sobre algum sinal ou sintoma de doença que estavam vivenciando no momento e solicitavam o esclarecimento dos profissionais de saúde. Esta atividade não vinha sendo articulada com a Comissão Local de Saúde.

Equipe/equipe Gestor.

Reuniões de equipe – No primeiro e segundo momento desta pesquisa, estas reuniões ocorriam esporadicamente 01 (uma) vez no mês, geralmente nas sextas feiras das 14:00 às 16:00 horas. Na fase do desvelamento crítico, as reuniões passaram a acontecer com uma certa regularidade, de 20 em 20 dias. Participavam profissionais de nível superior (médicos, enfermeiros, dentista e auxiliares de dentista), ACS, docentes do Barão de Mauá (médicos). No início auxiliares e técnicos de enfermagem não compartilhavam desta atividade, visto que necessitavam permanecer na assistência durante este período, não existia esquema de rodízio. Com o desenvolvimento do trabalho, as reuniões foram organizadas pelas equipes de saúde, e incluiu a participação de todos os profissionais da Unidade de Saúde da Família ‘Herbet de Souza’, mantendo-se esquema de rodízio. Na maioria das vezes era coordenado pelo gerente e teve a finalidade de discutir informes e encaminhamentos da Secretaria Municipal de Saúde e alguns problemas referentes à unidade. No decorrer deste trabalho, estes encontros passaram a ter maior sistematização e periodicidade regular, tendo como objetivo discutir a implantação da Saúde da Família na USF ‘Herbet de Souza’ e os problemas inerentes a sua reestruturação.

Reunião de Equipe Gestor – Esta atividade ocorreu especificamente com as equipes de Saúde da Família, sendo separadas pelas suas cores azul, vermelha e verde. Ocorreram esporadicamente quando solicitado pela Secretaria Municipal de Saúde de Ribeirão Preto, e geralmente foram realizadas na sala de reuniões da Unidade, no horário das 11:00 às 12:30 para que todos os integrantes da equipe pudessem participar. Era coordenada por um membro da SMSRP e teve a finalidade de discutir problemas e potencialidades referentes à implantação da SF nesta Unidade.

Reunião do Movimento dos Sem Terra – MST

Movimento dos Sem Terra - Estas reuniões ocorriam no assentamento do MST, todas as terças feiras das 14:00 às 16:00 horas. Participavam 15 coordenadores de saúde do assentamento, representantes do MST, ACS moradora no assentamento, enfermeira do PACS, doutoranda e auxiliar de pesquisa. Estas reuniões eram realizadas semanalmente e aconteciam independentemente da participação dos profissionais da USF ‘Herbet de Souza’, e tinham como finalidade discutir questões relativas à saúde da população residente no assentamento. Apesar da participação da enfermeira do PACS, o MST reivindicava a participação dos profissionais da saúde, visto que havia uma demanda de 500 famílias assentadas e não estavam incluídas na área de abrangência das equipes de Saúde da Família da Unidade de Saúde ‘Herbet de Souza’ do Complexo Ribeirão Verde.

Diálogos

Diálogo – realizado com os profissionais de saúde integrantes das equipes da USF ‘Herbet de Souza’, lideranças comunitárias, em horários agendados previamente com uma média de 1:30 a 2:00 horas de duração. Estes diálogos visavam discutir temas relativos a promoção da saúde e as questões relativas as suas cinco estratégias de ação: meio ambiente saudável, políticas públicas saudáveis, reforço da ação comunitária, habilidades pessoais e reorientação dos serviços de saúde. O tema da promoção foi refletido a partir da realidade do complexo e Unidade de Saúde, que a partir de um diálogo crítico se problematizava questões inerentes aos seus limites e potencialidades da inserção deste tema na prática cotidiana do serviço de saúde e comunidade.

Visita Domiciliária

Visita domiciliária - A realização das visitas domiciliárias ocorreu, quando da oportunidade de realizar acompanhamento de casos clínicos (curativos, diabetes, hipertensão, etc) com profissionais da unidade, conhecimento das áreas de abrangência e da realidade, acompanhamento do trabalho dos ACS. As visitas domiciliárias aconteciam esporadicamente e dependiam de viaturas para o transporte dos profissionais.

Reunião de Agentes Comunitários de Saúde – ACS

Agentes Comunitários de Saúde – Esta atividade realizou-se durante o desenvolvimento desta pesquisa, geralmente semanalmente nas sextas feiras das 13:30 às 15:30 horas na sala de reuniões da USF ‘Herbet de Souza’. Desta atividade participaram 18 ACS, 14 integrantes das 03 equipes de saúde e 04 inseridos no PACS. Esta atividade de Círculo teve a autorização da gerente da Unidade e tinha a finalidade de discutir o tema gerador da ‘Resistência dos profissionais e população em aceitar o trabalho dos ACS’, sendo coordenada pela pesquisadora deste trabalho.

Gestão do Trabalho – atividade prática coordenada pelos docentes do curso de Especialização em Saúde da Família

Especialização em Saúde da Família – Esta atividade realizada durante a fase do desvelamento crítico, teve uma ocorrência mensal nas sextas feiras das 10:00 as 13:30 horas. Desta atividade participaram os alunos integrantes do curso de especialização em Saúde da Família da Universidade São Paulo - EERP/USP. Os profissionais inseridos nas equipes da

USF 'Herbert de Souza', 03 médicos, 03 enfermeiros, gerente desta Unidade e 01 dentista, 02 enfermeiros de outra Unidade de Saúde, pesquisadora e auxiliar de pesquisa e 02 professores do curso e coordenadores da atividade. Esta atividade teve a finalidade de ajudar as equipes de saúde a problematizar, a desvelar as diretrizes e princípios necessários a reestruturação da implantação da Saúde da Família na Unidade de Saúde 'Herbet de Souza'.

Observação Participante

Para auxiliar no desenvolvimento da investigação do tema da promoção da saúde, utilizei a observação participante como complemento para ajudar a compreender as situações e fenômenos que envolviam o tema. Denominei como observação participante, pois houve envolvimento da pesquisadora durante a realização das atividades de Círculo de Cultura e outros eventos ocorridos no campo. Para Chizzotti (2000, p.91) na atitude participante,

o observador participa em interação constante em todas as situações, espontâneas e formais, acompanhando as ações cotidianas e habituais, as circunstâncias e sentido dessas ações, e interrogando sobre as razões e significados dos seus atos.

Durante a observação busquei coletar dados referentes à prática cotidiana dos profissionais das equipes de saúde e dos usuários e lideranças comunitárias. Isto é, procurei observar as situações, ações de saúde e interações do profissional com os usuários, realizadas na Unidade, no domicílio, na comunidade e nas atividades de Círculo de Cultura. Para tal foi utilizado um **Diário de Campo**. No diário do caderno de campo constaram todas as informações relativas aos atendimentos e a produção do serviço de saúde da USFHS e Complexo Ribeirão Verde. Ou seja, foram anotadas as observações sobre as conversas informais, atividades rotineiras na Unidade e comunidade, eventos, gestos, expressões, comportamentos, hábitos, costumes que diziam respeito ao tema da pesquisa. No diário de

campo, procurei registrar, também as percepções e análises obtidas após a realização das atividades de cada ‘Círculo de Cultura’.

3.3.1 Aspectos Éticos do Estudo

A ética evidencia o respeito ao ser humano e a busca da cidadania. Qualquer pesquisa que envolve a participação de seres humanos deve respeitar a dignidade do ser humano e o valor da vida. Um dos compromissos na investigação é o de declarar a proteção dos direitos humanos, explicitando as diretrizes éticas e legais que regem o seu desenvolvimento.

A coleta de dados foi iniciada após anuência da Secretaria Municipal de Saúde de Ribeirão Preto, (ver solicitação de aceite, Apêndice a) do Comitê de Ética e Pesquisa da Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto-USP e do Sistema Nacional de Informações sobre Ética em Pesquisa envolvendo Seres Humanos (SISNEP) (Anexo a). A participação dos sujeitos na pesquisa ocorreu mediante a assinatura do termo de consentimento escrito, livre e informado pelos profissionais e/ou usuários. (Conforme, Apêndice b e c).

Também foi solicitada autorização para o Diretor de Saúde do Centro Universitário Barão de Mauá, visto que a Unidade de Saúde da Família ‘Herbet de Souza’ do Ribeirão Verde estava ligada a esta Universidade. (Ver, Apêndice d).

Como forma de respeitar os aspectos necessários para manter os princípios éticos da pesquisa buscou-se:

- a) esclarecer a todos os participantes os objetivos do estudo através de contatos formais realizados durante as atividades de ‘Círculo de Cultura’;
- b) obter o consentimento das instituições, dos profissionais de saúde, dos auxiliares de enfermagem, dos ACS, dos usuários e das lideranças comunitárias para a realização do estudo;

- c) manter o respeito de todos os envolvidos no estudo;
- d) manter o sigilo dos dados solicitados e o anonimato;
- e) respeitar a liberdade de participar ou não do estudo;
- f) proceder ao retorno das análises às instituições, aos profissionais, aos grupos e à Unidade envolvidos no decorrer da pesquisa.

A partir desses itens buscou-se respeitar os princípios éticos da pesquisa.

3.4 Os Momentos do Itinerário de Pesquisa

Considerando o Itinerário de Pesquisa do educador Paulo Freire (1987) em relação à pesquisa desenvolvida, este estudo se organizou em três momentos: **a)- Entrada no campo com investigação dos temas geradores, b)- Codificação, decodificação dos temas geradores e c)- Desvelamento crítico.** É importante salientar que estes momentos não se sucederam como passos estanques ou isolados, mas se relacionaram intimamente, uma vez que além de estarem imbricados, por vezes, processaram-se simultaneamente.

O trabalho de campo da pesquisa teve a duração de 09 meses ininterruptos, de abril a dezembro de 2005, indo à região do Complexo Ribeirão Verde 108 vezes que somaram 290 horas. Normalmente comparecia a Unidade de Saúde da Família ‘Herbet de Souza’ e Complexo Ribeirão Verde num período, ou matutino ou vespertino, dependendo da atividade de ‘Círculo de Cultura’ que fosse ser realizada.

Os sujeitos da pesquisa foram profissionais de saúde que corresponderam a 56 pessoas, (profissionais de nível superior e médio e ACS integrantes das 03 equipes de Saúde da Família e profissionais trabalhadores na Unidade, mas não vinculados às equipes de SF, professores do curso de medicina e alunos de medicina e enfermagem do Centro Universitário

Barão de Mauá, que na ocasião desenvolveram as práticas de ensino) e 77 pessoas (usuários e lideranças comunitárias) do Complexo Ribeirão Verde.

Para dinamizar as práticas de promoção da saúde e a partir disto, compreender e identificar, nos Círculos de Cultura, quais estratégias estava sendo desenvolvidas pelas equipes e população, busquei, ainda instigar os seguintes questionamentos aos sujeitos:

- O que você entende por promoção da saúde?
- Você acha que vêm sendo realizadas atividades de promoção da saúde na Unidade de Saúde?
Os usuários estão tendo acesso a essas atividades de promoção?
- A Saúde da Família esta voltada para um trabalho de promoção da saúde?
- Qual a diferença entre promoção e prevenção da saúde?
- A promoção da saúde irá ajudar na construção do SUS?
- Quem e quais instituições devem realizar ações de promoção da saúde?
- O que entende por qualidade de vida?
- O que entende por intersetorialidade?
- O que entende por integralidade?
- O que entende por empoderamento?

Qual a concepção do processo saúde/doença que se têm utilizado?

Estas questões serviram para nortear os diálogos e as discussões sem que fossem impostas de forma direta.

a) Primeiro momento: Entrada no campo com investigação dos temas geradores.

Nesta fase da entrada no campo e investigação dos temas, período compreendido de abril a junho, se caracterizou como sendo a fase de sensibilização e organização dos ‘Círculos de Cultura’ para investigação dos temas geradores. Procurei realizar os primeiros contatos, e apresentar-me como pesquisadora, bem como o projeto de pesquisa para os responsáveis da

USF ‘Herbet de Souza’, para as equipes de Saúde da Família e demais profissionais da Unidade, professores e alunos do curso de medicina, alunos de enfermagem do Centro Universitário Barão de Mauá, usuários e lideranças comunitárias do Complexo Ribeirão Verde. Solicitou-se também autorização para realização do trabalho e colaboração dos sujeitos participantes. Neste processo de investigação, busquei conhecer a realidade, indo ao campo diversas vezes antes do trabalho mais intensivo e da participação nos Círculos de Cultura.

Minayo (2004) ressalta a importância desta fase, chamando de “Estratégia de Entrada no Campo”. Explica que isto pode permitir uma maior aproximação com os participantes, criando uma rede de relações com possíveis correções já iniciais dos instrumentos de coleta de dados. A partir desta entrada, foram estabelecidos os primeiros contatos de viabilidade e realização da etapa empírica.

A realização dos ‘Círculos de Cultura’ tinha como finalidade reunir um grupo de pessoas e inseri-las em um processo, mediante a ação/reflexão/ação sobre a realidade de saúde, se constituindo num momento dinâmico e diversificado. Como tive dificuldades, no início do trabalho, de constituir os ‘Círculos de Cultura’, em razão da pouca familiaridade dos participantes com a proposta pedagógica de Paulo Freire, e também de exercitar a dialogicidade do tema da promoção, em virtude da alta demanda de trabalho e do contexto do modelo assistencial biológico vigente nesta unidade, busquei me inserir nos grupos já existentes. Além disso, a coordenação da USF ‘Herbet de Souza’ comunicou ainda da dificuldade de organizar ‘Círculos de Cultura’ em horário extra às atividades desenvolvidas na Unidade, visto que os profissionais de saúde não disponibilizavam de tempo hábil para a execução de outras ações de saúde.

Realizada a primeira aproximação e a quebra da resistência inicial muito natural, devido ao não conhecimento da minha pessoa, foi feito um levantamento das atividades

existentes na Unidade e comunidade e acertado com os responsáveis, a possibilidade da realização de Círculos de Cultura nestes espaços. Como os profissionais de saúde, usuários e lideranças desenvolviam e/ou participavam de diferentes e diversas atividades na Unidade e Complexo, propus inicialmente de conhecê-las e posteriormente dinamizar a execução dos Círculos de Cultura. A realização da primeira fase do Itinerário de Pesquisa de Freire, a investigação dos temas geradores se processou em diferentes locais e diferentes situações, conforme o desenvolvimento das ações de saúde exercidas pelos sujeitos participantes. Acrescentei à denominação das atividades já desenvolvidas as palavras Círculos de Cultura destacando-se, assim: Círculos de Equipe/Grupo Gestor, Círculos de Quarteirão, Círculos da Comissão Local de Saúde - CLS, Círculos do Movimento dos Sem Terra - MST, Círculos das Visitas Domiciliárias, Círculos dos Diálogos, Círculos do Artesanato, Círculos de Observação Participante.

A investigação dos temas, neste primeiro momento, ocorreu através da participação em 37 eventos de saúde desenvolvidos pelos sujeitos da pesquisa na USFHS e Complexo Ribeirão Verde, sendo distribuídos em: 08 Círculos de observação participante, 04 Círculos de visita domiciliária, 05 Círculos de quarteirão, 04 Círculos da CLS, 05 Círculos de equipe, 01 Círculo do grupo gestor, 02 Círculos de artesanato, 05 Círculos de diálogo, 02 Círculos do MST. Estes ‘Círculos de Cultura’ levavam em média 02 (duas) horas cada um, e eram realizados tanto na Unidade de Saúde como na comunidade. Os temas geradores iam surgindo na medida em que se discutia sobre a realidade de saúde, sendo identificadas nesta primeira etapa 29 (vinte e nove) temáticas significativas.

A participação dos sujeitos de pesquisa em cada Círculo de Cultura era variada segundo a finalidade e característica do Círculo, como por exemplo, os Círculos de Quarteirão que participavam: profissionais de saúde, técnicos e auxiliares de enfermagem, lideranças

comunitárias, agentes comunitários, professores e alunos do Barão de Mauá e usuários da Unidade de Saúde.

Para garantir o anonimato dos participantes identifiquei-os como usuários e ou lideranças comunitárias, os moradores do Complexo Ribeirão Verde. Para os profissionais de nível superior, identifiquei-os como profissionais de saúde e não fiz distinção da categoria profissional (médicos, enfermeiros e odontólogos), uma vez que estes se constituíam em um número reduzido e poderiam ser facilmente identificados. Os profissionais de nível médio (técnicos e auxiliares), como auxiliares, já que estes eram em maior número na unidade, evitando que os técnicos, em menor número, fossem reconhecidos. Os ACS permaneceram como Agentes Comunitários, já que eram em maior número e dificilmente seriam identificados.

Durante os encontros dos ‘Círculos de Cultura’, uma auxiliar de pesquisa registrava por escrito, todas as colocações feitas e isto foi muito importante para que a pesquisadora pudesse participar do grupo e se envolver de forma atenta e com concentração nas falas e expressões e posteriormente poder analisá-las com maior consistência. Também procurei documentar por escrito as percepções das pessoas sobre aquela realidade para posterior análise dos dados. Para isso o diário de campo, escrito no final de cada contato, foi um instrumento central de informações, o que denominei de ‘notas de observação’. O diário significou um momento de reflexão e análise, das percepções e vivências ocorridas na USFHS e Complexo Ribeirão Verde.

O levantamento das informações (coleta de dados) foi organizado em ‘pastas de círculos’, que classificadas pelas atividades oriundas da pesquisa, facilitaram o processo de localização dos temas e seus conteúdos no desenrolar do processo de trabalho da pesquisa.

O estímulo para participar nas atividades de ‘Círculo de Cultura’ ocorreu por adesão voluntária. Não era limitado o número de participantes, mas estimulava-se a participação de

um profissional de cada área e representantes dos usuários e/ou lideranças do Complexo Ribeirão Verde. Em média participavam de 12 a 15 pessoas por atividade de Círculos de Cultura.

As reuniões nos Círculos de Cultura ocorriam em conjunto com profissionais, usuários e lideranças comunitárias, ou separadamente, dependendo da finalidade das atividades. O pesquisador atuou tanto como animador da atividade do ‘Círculos de Cultura’, como participante e colaborador do processo de ação/reflexão/ação do cotidiano da USF ‘Herbet de Souza’ e do Complexo Ribeirão Verde.

B) Segundo momento: Codificação e decodificação dos temas geradores

Neste momento, ocorrido no período de julho a setembro, se procedeu à codificação e decodificação dos temas geradores identificados no 1º momento. A priorização destes temas aconteceu nas atividades de ‘Círculos de Cultura’ realizado pelos participantes desta pesquisa.

Para codificação/decodificação dos 29 temas geradores levantados, na etapa da investigação temática, foram consideradas as seguintes estratégias:

- a) uma leitura flutuante inicial do material produzido nas informações obtidas pelas atividades de círculos, digitadas pela auxiliar de pesquisa, e o diário de campo da pesquisadora. Foi elaborada uma reflexão de cada atividade realizada e sua relação com o objeto, fundamentação básica e os objetivos da pesquisa;
- b) uma segunda e repetida leitura do material produzido nos círculos e em conjunto com a auxiliar de pesquisa e a orientadora, foi elaborado um quadro síntese, com classificação das falas e temas, onde constavam os seguintes tópicos: local, tipo de fonte, participantes, descrição das falas e classificação. A partir deste quadro foi

verificado que muitos dos temas e falas se relacionavam com os cinco campos da promoção da saúde, estabelecendo-se assim, uma interligação entre ambos;

c) uma leitura do quadro síntese e um retorno às sínteses produzidas nos dados brutos gerais, e uma releitura dos 29 temas selecionados na primeira etapa, sendo agrupados 08 destes, passando para 21 as temáticas significativas;

d) uma leitura cuidadosa destes 21 temas geradores, elaborados a partir das falas dos participantes e caracterizados em um quadro síntese. Foi procedido então a codificação e descodificação destes temas passando para 09 os temas relevantes. Na codificação, se desenvolveu um quadro para cada tema gerador relevante da pesquisa, onde constavam: nome do tema, codificação, outros temas geradores presentes na codificação, descodificação e desvelamento crítico.

É importante salientar que, a partir deste momento, começaram a surgir os temas mais relevantes e significativos para as equipes de Saúde da Família, usuários e lideranças comunitárias. Neste momento foram codificados e descodificados os temas geradores que haviam sido investigados no primeiro momento, sendo realizados 56 Círculos de Cultura distribuídos em: Círculos de Artesanato – 03, Círculos de Equipe - 03, Círculos de Equipe Gestor - 02, Círculos do MST – 01, Círculos da CLS - 04, Círculos de Visitas Domiciliárias – 11, Círculos de Observação Participante - 11, Círculos de Diálogos - 20 e Círculos de ACS - 01. Com o desenvolvimento do trabalho e interação da pesquisadora na USFHS e Complexo Ribeirão Verde, neste momento da pesquisa, surgiram além dos Círculos de Cultura ocorridos no primeiro momento, os Círculos dos ACS que não haviam sido desenvolvidos no primeiro momento.

c) Terceiro momento: Desvelamento Crítico.

Neste momento, ocorrido de outubro a dezembro se procedeu ao desvelamento crítico dos 09 temas relevantes, investigados, codificados, decodificados nas atividades de ‘Círculo de Cultura’ ocorridos no 1º e 2º momento. A partir da elaboração de um quadro síntese dos dados produzidos, constando os 21 temas mais relevantes e a codificação dos 09 temas mais significativos, buscou-se apresentá-los e rediscuti-los com os participantes como resultado das participações dos mesmos nas atividades de ‘Círculos de Cultura’. Através da apresentação destas temáticas nos Círculos de Cultura, desvelaram como sendo somente 03 os temas mais relevantes para serem trabalhados, pelos profissionais de saúde, usuários e lideranças comunitárias: superpopulação no complexo Ribeirão Verde; pronto atendimento 24 horas ou equipe de referência e falta de informação sobre o tema da promoção da saúde.

Nesta fase, que é a do desvelamento crítico, busca-se a redução dos temas que no dizer de Paulo Freire (1987) constitui a “cisão” dos temas enquanto totalidades, para melhor conhecê-lo. É a tomada de consciência da realidade vívida.

Para proceder à apresentação dos resultados com a reflexão dos participantes, foi necessário obter novamente o consentimento da gerência da USF ‘Herbet de Souza’ e acertar a organização de atividades de ‘Círculos de Cultura’ para que o quadro síntese pudesse ser apresentado e discutido entre os integrantes da pesquisa, até então desenvolvida.

Esta fase do desvelamento crítico se desenvolveu em 62 eventos, distribuídos em: Círculos de Quarteirão - 03, Círculos de Equipe - 12, Círculos de Equipe Gestor - 3, Círculos de Gestão do Trabalho – atividade prática coordenada pelo curso de especialização em Saúde da Família - 03, Círculos de ACS - 07, Círculos de artesanato - 06, Círculos da CLS - 03. Nesta fase, também foram desenvolvidos Círculos de Diálogos - 08, Círculos de Visita Domiciliária - 12, Círculos de Observação Participante - 05.

4 INVESTIGAR, DIALOGAR E REFLETIR. DESCORTINANDO A REALIDADE DE SAÚDE E A DESCOBERTA DO UNIVERSO DA PROMOÇÃO DA SAÚDE NAS AÇÕES DESENVOLVIDAS PELAS EQUIPES NA USFHS E NA COMUNIDADE.

4.1 O município de realização da pesquisa. A rede pública de serviços de saúde do município de Ribeirão Preto – a atenção básica em saúde.

O Município de Ribeirão Preto encontra-se em gestão plena do Sistema Municipal de Saúde, desde 1998, conforme a NOB-96, e de acordo com as orientações da NOAS/SUS/01/2002. Configura-se como um centro científico, tecnológico e formador de recursos humanos nas mais variadas áreas do conhecimento, principalmente na saúde. Possui uma população de 527 734 habitantes²³.

Este município apresenta uma ampla rede pública de prestação de serviços, na área da saúde, tanto em atenção básica como em atenção especializada e de alta complexidade. A rede básica conta com 35 unidades e encontra-se em ampliação com a construção de mais 3 Unidades Básicas. Estava dividida em: 5 Unidades Básicas e Distritais de Saúde (UBDS), com 30 Unidades Básicas de Saúde (UBS), 18 equipes de Saúde da Família e 5 Núcleos de Saúde da Família, estes últimos concretizados através de parceria com a Universidade de São Paulo (FMRP e EERP) (RIBEIRÃO PRETO, 2006a).

No nível secundário de atenção conta com 7 ambulatórios de especialidades, entre próprios, conveniados e contratados (PAM-II - especialidades pediátricas, NGA-59 -

²³ Ver, RIBEIRÃO PRETO (2006b). Projeto 'ETHOS' de Atenção Básica à Saúde.

especialidades médicas, PRODAF - atenção à saúde de pessoas portadoras de fissuras lábio-palatais, CAPS, Ambulatório de Saúde Mental, Núcleo de Saúde Mental – CSE – USP, Centro de Referência de Moléstias Infecto Contagiosa, 01 Núcleo de Atenção à Pessoa deficiente (NADEF), 01 Centro de Referência em Saúde do Trabalhador, Ambulatório de Especialidades Sta. Casa / UniMauá, Centro de Especialidades Electro Bonini – Unaerp) e também a oferta de determinadas especialidades em unidades distritais. A assistência hospitalar da rede pública no município é prestada em 8 estabelecimentos conveniados/contratados pelo gestor e também no Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto - Universidade de São Paulo – HCFMRP -USP. Pode-se observar o aumento da capacidade de atendimento, especialmente de consultas médicas, a alocação de profissionais de outras especialidades médicas e não médicas (enfermeiros, dentistas, fisioterapeutas, psicólogos, outros trabalhadores), alocação de trabalhadores não especializados (agentes comunitários de saúde) e a adequação dos estabelecimentos de saúde para cuidar de pessoas que necessitavam de atendimentos especializados, por exemplo, pessoas com seqüelas de politraumatismos, pós-cirúrgicos complexos (RIBEIRÃO PRETO, 2006a).

Na tentativa de compatibilizar as necessidades advindas do crescimento do município com a melhora do acesso da população aos serviços de saúde, organizou-se a assistência em 05 regiões denominadas de: 1) - Distrito do Simioni (Norte); 2) - Distrito de Vila Virgínia (Sul); 3)- Distrito do Castelo Branco (Leste); 4) - Distrito do Sumarezinho (Oeste); 5) - Distrito Central (Centro) (RIBEIRÃO PRETO, 2006a).

Através destes Distritos de Saúde estão inseridas as Universidades Públicas e/ou Privadas, veja distribuição geográfica:

- Distrito do Simioni – Região Norte. CSE. Jardim Aeroporto – Centro de Saúde Escola ligada à Universidade Barão de Mauá. Atendimento Básico nas

especialidades: clínica médica, pediatria, ginecologia e obstetrícia. Tem implantado o PACS. USF 'Herbet de Souza' (local da pesquisa). Atuação de professores e alunos do curso de medicina e enfermagem do Centro Universitário Barão de Mauá.

- Distrito do Castelo Branco – Região Leste. CSE. Bonfim Paulista – Centro de Saúde Escola ligado à Universidade de Ribeirão Preto - UNAERP. Atendimento da área básica nas 03 especialidades: clínica médica, pediatria, ginecologia e obstetrícia. Possui PACS implantado.
- Distrito do Sumarezinho – Região Oeste. CSE – Sumarezinho – Centro de Saúde Escola ligado à Universidade de São Paulo – USP, Plantão 24 horas nas especialidades de clínica médica e pediatria, especialidade médica, referência secundária e atendimento na área básica nas 03 especialidades: clínica médica, pediatria, ginecologia e obstetrícia. Grande parte do trabalho dispensada da área básica dessa UBDS é realizada por equipe de Saúde da Família que organizam seu trabalho em 04 núcleos – Núcleo de Saúde da Família/NSF. São equipes compostas de: médico generalista, enfermeiro, auxiliar de enfermagem, agente administrativo e ACS.
- Distrito Vila Virgínia – Região Sul – UBDS Vila Virgínia, possui plantões 24 horas nas especialidades de clínica médica e pediatria, especialidades médicas de referência secundária e atendimento da área básica nas 3 especialidades: Clínica Médica, Pediatria e Ginecologia e Obstetrícia. Não possui agentes comunitários de saúde; As demais Unidades Básicas de saúde possuem as 3 especialidades: Clínica Médica, Pediatria e Ginecologia e Obstetrícia.

- Distrito Central – Região Central. CSE Vila Tibério – Tradicional Unidade Materno Infantil ligado à USP. Equipe de Saúde da Família ligada a FMRP e EERP (RIBEIRÃO PRETO, 2006a).

Em outubro de 2000, o município foi qualificado para o desenvolvimento do Programa de Saúde da Família, tendo habilitado inicialmente 05 equipes ligadas à Universidade de São Paulo através de convênio entre esta Universidade, governo do Estado e Secretaria Municipal de Saúde de Ribeirão Preto. Atualmente o município conta com um universo de 18 Equipes de Saúde da família. Cada equipe é composta de 1 Médico, 1 Enfermeiro, 2 Auxiliares de Enfermagem e 6 Agentes Comunitários de Saúde (RIBEIRÃO PRETO, 2006a; MISHIMA, 2003).

No município existem também os grupos de referência especializada atuando nas Unidades Básicas de Saúde, em cujas áreas de abrangência atuam as ESF, sendo compostas por Médico Clínico Geral, Médico Pediatra, Médico Ginecologista, Enfermeiro, Auxiliar de Enfermagem, Cirurgião Dentista, Atendente de Consultório Dentário, Farmacêutico e Auxiliar de Farmacêutico. Para a referência distrital estão disponíveis Assistentes Sociais, Psicólogos e Fonoaudiólogos (RIBEIRÃO PRETO, 2006a).

Com relação à implantação da ESF no município de Ribeirão Preto, os técnicos da Secretaria Municipal de Saúde avaliam que trouxe uma nova tônica e promoveu uma reestruturação nas tradicionais práticas de saúde desenvolvidas na rede. Conflitos e tensões apareceram, mas, na medida que puderam ser trabalhadas, uma reorganização de fluxo de encaminhamentos e de informações foi acontecendo...

O forte apelo das ESF de promover ações de saúde e prevenção de doenças, de cuidar de famílias e seus integrantes, de trabalhar em grupo e lidar cotidianamente com detalhes de territorialização, diagnóstico comunitário e planejamento ascendente, andou mexendo com muita gente... Nas tradicionais equipes de trabalho nas UBS, nos Pronto-Atendimentos, nas clínicas de especialidades e, até mesmo nos hospitais. Decisões institucionais foram indicadas para que então houvesse uma transformação em todo processo de

trabalho em direção à mudança do modelo tecnoassistencial. A SMS elaborou o Projeto Ethos²⁴ de Atenção à Saúde que define estratégias para consolidar o Sistema Único de Saúde (SUS) redirecionando o eixo do modelo tecnoassistencial para a Atenção Básica à Saúde (ABS) e, dentro da Atenção Básica, o projeto elegeu a Saúde da Família como norteadora deste processo de consolidação do SUS, almejando concretizar o atendimento de seus princípios e diretrizes: universalidade, integralidade, equidade, descentralização e democratização (RIBEIRÃO PRETO, 2006b).

No entanto, a existência de somente 18 equipes de Saúde da Família implantadas em algumas Unidades de Saúde de Ribeirão Preto, pode ser considerada como um número relativamente baixo para propiciar cobertura e abrangência a pelo menos 50% dos moradores residentes no município. Isto é, o modelo de saúde que é priorizado nas 30 Unidades Básicas (UBS) e/ou 05 Unidades Básicas Distritais de Saúde (UBDS) está ainda, voltado para o atendimento especializado, principalmente, os atendimentos básicos de urgência, individual, curativo, ou seja, na forma do pronto atendimento de urgência e emergência. Na realidade, não se está buscando a reorganização do sistema a partir da atenção básica, por meio da implantação da Estratégia de Saúde da Família.

Mediante pesquisa realizada em um dos Núcleos de Saúde da Família do Centro de Saúde Escola da FMRP-USP e uma Unidade de Saúde da Família da SMS-RP, perfazendo 03 equipes de saúde da família, Mishima (2003) constatou alguns pontos positivos e outros negativos que refletiram as características mais gerais e procuraram representar o universo da Estratégia de Saúde da Família deste município.

²⁴ O “*Projeto Ethos de Atenção à Saúde*”, foi elaborado pela Secretaria Municipal da Saúde de Ribeirão Preto em junho de 2003. Este orienta a consolidação do SUS em todos seus pressupostos, oferecendo diretrizes em torno da re-significação do trabalho realizado há anos... da reconstrução do “ethos” de cada cidadão, de cada trabalhador, de cada aluno, de cada professor, de cada gestor... De cada família, de cada equipe de saúde, de cada comissão local saúde e do Conselho Municipal de Saúde... O Projeto Ethos indica também a organização de Distritos de Saúde, que passam a trabalhar de forma semelhante ao preconizado pela proposta de conformação de Sistemas Locais de Saúde (SILOS) incentivada pela OPAS, na América Latina (RIBEIRÃO PRETO, 2006b).

Em relação ao perfil das equipes investigou-se que predominava uma população feminina, na faixa etária entre 35 e 50 anos, com mais de 10 anos de formado e grau de escolarização superior ao preconizado pelo Ministério da Saúde. Quanto pesquisado sobre o **Por Que?** de trabalhar na Estratégia de Saúde da Família, grande parte dos profissionais havia aderido por interesse, vontade de buscar um trabalho diferenciado sob o ponto de vista clínico, da produção do cuidado à saúde, e da possibilidade de produzir uma melhor assistência ao usuário. Por outro lado, os Agentes Comunitários de Saúde/ACS não pertenciam ao quadro da SMS/RP, e buscaram nesta estratégia uma oportunidade de emprego e/ou alguns casos almejavam um engajamento comunitário, já que atuavam como líderes comunitários e voluntários na sua comunidade.

Em relação às características descritas, Mishima (2003) identificou que a configuração da equipe pelo sexo feminino, se assemelhava ao encontrado na pesquisa realizada pelo Ministério da Saúde em 2002, em 10 grandes Centros Urbanos. Com relação aos demais dados pesquisados diferenciaram-se daquele verificado na avaliação do Ministério, pois as equipes de Ribeirão Preto apresentavam grau de escolarização maior (profissionais de nível superior com residência, especialização e/ou Pós-Graduação e de nível médio com 2º grau completo inclusive os ACS), eram mais maduros, mais tempo de formados e experiência na área da saúde. Conforme analisado nesta pesquisa foram encontrados vários pontos positivos e negativos que dificultaram ou potencializaram a implantação da saúde da família neste município. Como pontos negativos:

- a ação está focalizada em procedimentos médico-centrado, distanciando-se da organização da assistência usuário-centrado;
- carência de espaço físico, somado a marca do desamparo, de solidão, de direção para o trabalho;

- falta de supervisão clínica, de uma equipe de referência com apoio especializado matricial;
- as ações são focais, de baixo custo, com pouca oferta de recursos que possibilitam a efetividade da atenção primária;
- dificuldade de articulação nas ações intersetoriais;
- falta de planejamento das atividades nas unidades de saúde da família, focalizada na demanda, na ação pontual, problema clínico do usuário ou família;
- Sistema de Informação da Atenção Básica/SIAB é visto ainda como mais uma tarefa a ser cumprida;
- falta de coordenação/gerência para orientar os trabalhos nas equipes de saúde da família.

Como pontos positivos:

- os trabalhadores de saúde vêem a possibilidade da integralidade da assistência;
- coordenação das unidades de saúde realizada por trabalhador ligado à universidade;
- articulação do trabalho das equipes vinculada a universidade para realização da assistência mais geral;
- implantação do projeto da Secretaria Municipal da Saúde de Ribeirão Preto de Atenção à Saúde/2003-Projeto ETHOS, visa a reorganização da assistência à saúde na rede básica tendo como eixo a gestão dos processos produtivos.

Conforme identificado nesta pesquisa (Mishima, 2003) e apontado também no trabalho de Oliveira (2003), a Saúde da Família deste município revelou contradições, ambigüidades e potencialidades que não fogem das características dos outros cidades brasileiros. A implantação

desta estratégia neste município é ainda recente e está em processo de construção. Existem dificuldades de operacionalizar esta reorganização do sistema para a produção do cuidado à saúde, constituindo assim um novo modelo de atenção para a viabilização das políticas e práticas de promoção da saúde.

Na verdade, estes problemas refletem a própria organização dos serviços de saúde deste município, os quais são apontados no Projeto ETHOS (RIBEIRÃO PRETO, 2006b, p.7):

A rede pública tem oferecido, em sua grande maioria, um modo tradicional de atenção à saúde da comunidade: consultas médicas individuais-curativas, com agendas organizadas segundo uma lógica burocrática, determinada pela disponibilidade de recursos, voltada para a realização dos procedimentos como finalidade última; utilização irracional dos recursos tecnológicos existentes; esgotamento de recursos financeiros e ações de vigilância mais voltadas para o atendimento a determinações programáticas ministeriais, que nos chegam verticalmente, em geral, na forma de campanhas focalizadas.

A Saúde da Família, enquanto espaço de possibilidades de acontecer a construção de sujeitos, tem na estratégia de promoção da saúde um caminho viável. Entretanto, os obstáculos existem, vão desde as dificuldades inerentes à formação profissional até a falta de articulação/vínculo das equipes de saúde com a comunidade. Na prática tem se revelado um perfil de profissionais diversificado, com pouca qualificação com o objeto da promoção, que é o da produção social da saúde, o modelo de saúde está ainda muito centrado na doença. A saúde da família, embora em processo de construção, encontra dificuldades em dar resposta a multiplicidade dos problemas inerentes a saúde que são apontadas pela concepção de promoção da saúde.

Para melhor compreender a realidade de Saúde da Família, do universo em que foi desenvolvida esta pesquisa, discorro a seguir sobre aspectos das condições e dinâmica de trabalho da USF 'Herbet de Souza' e do Complexo Ribeirão Verde.

4.2 A área adscrita onde foi realizada a pesquisa.

O complexo Ribeirão Verde compreende 04 bairros, o que corresponde as etapas de povoação. A 1ª etapa e 2ª etapa compreendem o bairro Jardim Florestan Fernandes que se inicia na Rua da Mata (reserva florestal) e vai até o Supermercado Mialick (av. Dr. Fernandes Mendes Garcia), e o bairro Diva Tarla de Carvalho, se inicia na Av. Dr. Fernando Mendes Garcia até a rua Oswaldo Gabaldo, com um total de 1800 lotes x 4 pessoas = 7200 pessoas. A Unidade de Saúde 'Herbet de Souza' foi construída nesta etapa de povoação. Veja figura III - Mapa do Complexo Ribeirão Verde - Unidade de Saúde da Família Herbert de Souza e figura IV Mapa do Complexo Ribeirão Verde.

Nestas 02 etapas a Unidade realizou o cadastramento de 3300 lotes com 2420 casas prontas; 181 casas em construção; 789 terrenos; 60 lotes com comércio; 79 casas fechadas. Destes foram cadastrados 8772 moradores, 179 famílias sem cadastros (convênios privados, não querem ser cadastrados no SUS, ausentes). Há também os "temporários", lotes com mais de uma casa, (454 famílias no Programa de Agente Comunitário de Saúde – PACS, com necessidade de realizar um recadastramento).

Além destes, existe a Extra Área de Abrangência, ou seja, área que está sendo acompanhada pelas equipes da USF 'Herbet de Souza', mas extrapola o número de famílias que devem ser assistidas pelas equipes. Compreende as chácaras com aproximadamente 3000 pessoas; o Movimento do Sem Terra - MST com 400 famílias; o Movimento de Libertação do Sem Terra - MLST com 129 famílias e os condomínios Leblon com 356 casas.

Na 3ª etapa foi criado o bairro Antonio Pallocci, que não apresenta infra-estrutura. Começa após a rua Oswaldo Gabaldo e vai até a beira do Rio Pardo, com previsão de entrega de 1000 casas para novembro de 2005, e 1117 lotes para construção já iniciadas. Destes lotes multiplicados por 4 pessoas equivale a 3000 pessoas.

Figura III - Mapa do Complexo Ribeirão Verde e Unidade de Saúde da Família Herbert de Souza

Figura IV – Mapa do Complexo Ribeirão Verde

A 4ª etapa compreende o loteamento Pedra Branca sem infra – estrutura alguma, com 750 lotes x 4 pessoas = 3000 pessoas. O prazo de entrega para construção é para janeiro de 2006. (Estes dados foram sistematizados pela Equipes de Saúde da Família “Herbert de Souza” em conjunto com a Associação de Moradores do Complexo do Ribeirão Verde – AMCRV, Dados do SIAB/outubro de 2005).

A população prevista para ser atendida na Unidade de Saúde seria de 6 000 pessoas por cada uma das 3 equipes, mas atualmente existem no bairro 18.469 pessoas (Dados do SIAB, outubro de 2005). A estimativa para o ano de 2006 é de 30.109 pessoas, existem ainda 2000 pessoas temporárias. A população aumenta diariamente, não existe planejamento urbano e não se consegue controlar este crescimento conforme mencionado neste depoimento:

A população está chegando e não muda mais.... temos que saber conviver e saber viver com este problema, temos que conversar com as igrejas, profissionais de escola, saúde, e mobilizar a população. Aqui nesse bairro o problema era maior que em outros, não há estrutura para esta realidade, aqui vai virar uma cidade de Deus (expressão advinda do filme “Cidade de Deus” do diretor Walter Sales, 2002) com 40.000 pessoas (liderança comunitária, Círculo de Diálogo).

O Complexo Ribeirão Verde tem atraído um número crescente de moradores para a região devido à facilidade de acesso em adquirir um terreno para construção de moradias. As empreiteiras responsáveis pelos loteamentos na região tem disponibilizado a venda de lotes em condições acessíveis de pagamento, tornando-se uma vantagem promissora para as famílias que querem sair do aluguel e adquirir seu próprio imóvel.

Este complexo está situado à margem direita da Rodovia Anhanguera, no Km 316, sentido Sul – Norte. Em suas proximidades, na margem esquerda, está localizado o Aeroporto “Leite Lopes”. A via de acesso ao Ribeirão Verde era realizada através da uma única estrada, a das Palmeiras e depois a avenida Emídio Rosseto.

Visivelmente o complexo não apresenta características de favela, mas esconde atrás de seus muros, um grande número de moradores com baixo poder aquisitivo: habitando vários casebres localizados num mesmo lote ou tendo várias pessoas, (adultos, jovens e crianças) de uma mesma família morando num mesmo cômodo.

No complexo Ribeirão Verde a maior parte das ruas é asfaltada, mas também existem alguns becos, trechos de estradas que não são asfaltados, principalmente na área das chácaras e condomínios, estes por sua vez apresentam uma melhor infra-estrutura de moradia.

O MST e MLST, área destinada aos assentamentos dos sem-terra, apresenta uma estrutura de barracos de lonas ou compensados com um ou dois cômodos, dependendo do número de pessoas. Em relação à infra-estrutura do complexo, com exceção do MST e o MLST, todas as casas são abastecidas pela rede pública de água, rede geral de esgoto e a quase totalidade das casas é servida por energia elétrica.

No complexo Ribeirão Verde existem duas escolas públicas do pré a 8ª série, mas há 600 (seiscentos) crianças na lista de espera para obtenção de vagas. No período noturno uma dessas escolas oferece o ensino do 2º grau, sendo extensão de uma escola de outro bairro. Além dessas existe uma creche particular e uma escola sem fins lucrativos do pré a 4º série para alunos do Complexo Ribeirão Verde. As vagas são distribuídas conforme sorteio público, realizado anualmente pela escola. Esta escola é subsidiada com recursos de uma ONG internacional, instituições e ou grupos de pessoas que disponibilizam verbas para a manutenção de recursos humanos e materiais. Está sediada em um terreno doado pela Associação de Moradores do Complexo Ribeirão Verde.

Frente a essa infra-estrutura se percebe que ainda falta muito para fazer, as organizações populares locais e instituições necessitam se mobilizar para melhorar as condições de vida do complexo. Conforme a seguir:

o que se conseguiu para o bairro como escola, posto, foi através de mobilização, mas antes era mais fácil de conseguir algo com o Governo....hoje não se abre caminho para conversar...isso também vem de séculos atrás, da época dos coronéis e usineiros e temos que brigar para se conseguir o básico como escolas, unidades básicas de saúde, porque pelo espaço previsto hoje não se consegue estrutura básica (liderança comunitária, Círculos de Quarteirão).

Em relação ainda a estrutura do complexo, a USF ‘Herbert de Sousa’ se constitui a única referência de saúde, não existe clínicas e/outras instituições privadas e/ou públicas, somente algumas farmácias privadas com fins comerciais. Quando surge alguma emergência em que os usuários necessitam de mais recursos, são encaminhados para a Unidade Básica Distrital de Saúde/Norte – UBDS, centro de referência de saúde para o complexo que fica a 18 Km de distância. Porém são freqüentes as queixas com relação a esses encaminhamentos, pois o transporte coletivo que atende a região não dispõe de linha direta para essa Distrital, dificultando o acesso, que associado à situação de carência dos moradores, gera conflitos constantes na unidade, que é a luta pelo direito a assistência de saúde.

Além da carência da infra-estrutura educacional e de saúde se observa e se comenta nos Círculos de Cultura, a falta de áreas de lazer no complexo. Quando alguma criança quer “brincar” ou um adolescente quer soltar “pipa”, “bater uma bola”, não tem um local ou uma área para fazer isso e tem que realizar em um terreno baldio ou ruela, pois não há campos, praças ou áreas de lazer no bairro. Já os adultos e idosos também não tem espaço e geralmente ficam em casa, restritos as suas residências. A participação em alguma instituição religiosa é o que proporciona de certa forma, algum convívio social e de lazer. Estas instituições são freqüentes na região, aproximadamente umas 15 (quinze), principalmente as igrejas evangélicas, que oferecem cultos e reuniões durante a semana e finais de semana.

No que tange aos estabelecimentos comerciais, a população é abastecida por um supermercado de médio porte, várias quitandas, mercearias, bares, brechós e uma academia de ginástica.

Frente a esta realidade, a USFHS apresenta inúmeros problemas de infra-estrutura, que interferem na qualidade de vida da população, principalmente, se olharmos a saúde sob a ótica das cinco estratégias de Promoção da Saúde: política pública, meio ambiente saudável, reforço da ação comunitária, criação de habilidades pessoais e reorientação dos serviços de saúde. Além disso, seria importante a criação de ambientes de apoio a promoção da saúde para melhor a infra-estrutura física e de recursos humanos da Unidade de Saúde, pois apresenta deficiências, que mesmo com a disponibilidade positiva dos profissionais, suscita limitações na prática cotidiana dos serviços e dificulta o efetivo funcionamento das estratégias de promoção da saúde no processo de trabalho das equipes de Saúde da Família. Ou seja, faz-se necessário reestruturar o modelo assistencial vigente incorporando os verdadeiros objetivos da Saúde da Família, pois do contrário se ‘faz de conta’ que é ESF e se continua trabalhando com o paradigma da doença e não o da produção social da saúde, no qual estão incluídas as estratégias de promoção da saúde.

4.2.1 A Unidade de Saúde da Família ‘Herbet de Souza’.

Dentre os 35 (trinta e cinco) serviços de atenção primária à saúde da Secretaria Municipal de Saúde de Ribeirão Preto, está a Unidade de Saúde da Família ‘Herbet de Souza’ – USFHS, que conta com 03 (três) equipes mínimas de Saúde da Família (cada equipe possuía um médico, uma enfermeira, dois auxiliares de enfermagem, seis agentes comunitários de saúde e ainda dividem dois dentistas e duas auxiliares de consultório odontológico para as três equipes). Estas equipes realizavam ações básicas nas seguintes áreas: ginecologia e obstetrícia, pediatria, clínica

médica, vacinação, odontologia, enfermagem, assistência domiciliar, teste do pezinho, acompanhamento das famílias cadastradas. Inaugurada no dia 17 de maio de 2004 funciona de segunda a sexta-feira das 7:00 às 17:00 horas.

Em relação aos seus limites geográficos no cruzamento da rodovia Anhanguera com a rua Antônio Palocci, segue por esta até o contorno externo do Jardim Ouro Branco (excluindo este) até a linha de alta tensão; segue por esta até o rio Pardo, por este até o córrego das Palmeiras, por este até a rodovia Anhanguera e por esta até o ponto inicial.

Como bairros de abrangência têm o Jardim Diva Tarla de Carvalho, jardim Florestan Fernandes, Caiçara Country Club, Condomínio Casa Grande, Recanto Cruzeiro do Sul, Condomínio Aldeia dos Laranjais, Condomínio Aldeia dos Cajueiros, Condomínio Jardim das Palmeiras A e B, Recanto das Palmeiras, Condomínio Itanema, Condomínio Copacabana e Jardim Antônio Palocci (RIBEIRÃO PRETO, 2006a).

A USFHS situa-se na principal avenida: Dr. João Toniolli, em rua asfaltada, ao lado de um terreno baldio, onde as crianças brincam de pipa. Não há árvores ou outras plantas no local, o que faz com que a Unidade seja ensolarada. Está cercada por um muro, aos fundos havia uma área de estacionamento para aproximadamente 10 carros, de uso dos profissionais, professores e alunos do Centro Universitário Barão de Mauá e na parte de frente uma área com pequena cobertura que permite o melhor fluxo das pessoas quando em épocas de chuva ou sol. O local dispõe de dois bancos de jardim, na parte externa da unidade, para as pessoas descansarem, conversarem, mas é pouco utilizado pela comunidade e/ou profissionais de saúde. A Unidade tem uma estrutura quadrangular, de construção recente, mas com sujeidade, lixo acumulado nas salas, banheiros e corredores, além do assoalho apresentar sujeira. A limpeza vinha sendo realizada pelos profissionais de saúde, ACS, pois o profissional de serviços gerais se encontrava em licença para tratamento de saúde e a SMSRP não tinha disponibilizado sua substituição.

A entrada principal desta unidade é relativamente espaçosa, com bancos e se constitui num dos principais pontos de permanência dos usuários enquanto espera para ser atendidos. É um local movimentado, especialmente nos dias em que há atendimento pelo pediatra. Nos fundos deste espaço se encontra o balcão de atendimento/recepção, computadores e estantes onde ficavam os prontuários dos usuários.

No período da coleta de dados a unidade de saúde apresentava a seguinte estrutura: 1 sala de triagem; 1 sala de reunião; 1 sala de espera; 2 sanitários de usuários; 7 consultórios; 1 farmácia; 1 sala de primeiros socorros; 1 sala de medicação; 1 vestuário; 1 sanitário para funcionários (masculino/feminino); 1 cozinha; 1 consultório de odontologia; 1 consultório de Ginecologia; 1 sala pré e pós consulta ginecológica; 1 sala pré e pós consulta pediatria; 1 sala pré e pós consulta clínica médica; 1 almoxarifado; 1 sala de observação; 1 sala de vacinação; 1 sala de gerência; 1 sala de inalação; 1 sala de curativos; 1 sala de expurgo; 1 sala de esterilização/sala de material limpo que é utilizada para reuniões dos Agentes Comunitários de Saúde; 1 sala pré e pós consulta de clínica médica e enfermagem.

Em relação à estrutura física os profissionais reclamam que há pouco ambiente para trabalho de grupo, reuniões de equipe, reuniões de alunos e professores, e as atividades não podem ser realizadas concomitantemente. Não há uma sala para consultas de enfermagem e nem tampouco um espaço para os ACS realizar seu trabalho na unidade, geralmente utilizam o expurgo e/ou sala de esterilização.

Algumas atividades ligadas a USFHS é desenvolvida em outros espaços da comunidade tais como: na sede da Associação de Moradores do Complexo Ribeirão Verde - AMCRV (grupo de pré-natal e gestante, algumas reuniões de quarteirão), nas 02 escolas de primeiro grau públicas (atendimento com adolescente e pré-escolares), alguns encontros (gestantes) na Igreja Católica e no MST (encontros com os coordenadores de saúde do assentamento).

A USFHS é campo de estágio de acadêmicos do Centro Universitário Barão de Mauá. Assim agregava-se aos trabalhos das equipes de SF, atendimento nas áreas de medicina, enfermagem desta universidade. A USFHS também é procurada para o desenvolvimento de trabalhos acadêmicos de conclusão de curso e de especialização de Saúde da Família da USP e do Centro Universitário Barão de Mauá. Estas atividades sofrem as interrupções do calendário escolar e a renovação das pessoas envolvidas. Também recebem semanalmente a atuação de uma nutricionista e terapeuta ocupacional – Equipe Matricial da Secretaria Municipal de Saúde de Ribeirão Preto – SMSRP, para desenvolver atividades terapêuticas com usuários da Unidade de Saúde.

Em relação às condições e processo de trabalho na USFHS, contava na época da coleta dos dados de: 39 funcionários: 03 equipes de Saúde da Família diferenciadas por cores e números, para garantir a confiabilidade dos dados no SIAB: *equipe vermelha - nº39*, composta por: 01 médico, 01 enfermeira, 01 dentista e 01 auxiliar de dentista, 02 auxiliar de enfermagem e 06 agentes comunitários de saúde; *equipe verde - nº40*, composta por: 01 médico, 01 enfermeira, 01 dentista, 01 auxiliar de dentista, 2 auxiliar de enfermagem, 04 agentes comunitários de saúde; *equipe azul - nº 41*, composta por: 01 médico, 01 enfermeira, 1 técnico de enfermagem e 1 auxiliar de enfermagem, 04 agentes comunitários de saúde. A cobertura do dentista e 01 auxiliar de dentista é realizado pelos profissionais das outras equipes, não conta com profissionais específicos para esta equipe. Além destas equipes, a unidade tem, no seu quadro de pessoal, membros não ligados a SF, que são 01 auxiliar de enfermagem para a sala de vacina; 01 auxiliar de enfermagem para a administração; 01 farmacêutico; 1 equipe do Programa Agentes Comunitário de Saúde -PACS com: 1 enfermeira para 4 ACS; 01 auxiliar de limpeza; 01 médica pediatra de 8 horas e 01 médica clínica geral de 04 horas.

A Unidade de Saúde contava, também com a participação de 08 professores (06 do curso de medicina e 02 da enfermagem) e 34 alunos (12 alunos do quinto ano de medicina; 10 alunas do 2º ano de enfermagem; 10 alunas do 3º ano enfermagem e 2 alunas do 4º ano de enfermagem do Centro Universitário Barão de Mauá. Esta Unidade estava inserida no Distrito do Simioni – Região Norte.

Com relação ao trabalho realizado por estas equipes, os médicos geralmente realizam consultas específicas, de ginecologia, pediatria e clínica médica, algumas visitas domiciliárias, reuniões de quarteirão, e reuniões para o fechamento do Sistema de Informação em Atenção Básica – SIAB. Estes profissionais desenvolvem seu trabalho, conforme especialidade de formação e não como característica de contratação, como o de médico em Saúde da Família. Desse modo, um profissional realiza atendimento na especialidade de clínica médica de adulto, para os usuários das 03 equipes e mais PACS, MST e MLST, outro trabalhava mais na especialidade de ginecologia e obstetrícia, atendendo toda a população feminina das outras equipes e um realizava atendimento na especialidade de pediatria e para todas as crianças das 03 equipes.

A marcação das consultas médicas é feita, por ordem de chegada dos usuários, e são disponibilizadas pela gerência uma vez no mês, as demais atividades assistências eram agendadas diariamente. As consultas ficam no limite de 10 agendamentos para cada profissional de saúde e por turno de trabalho, e mais 02 para casos eventuais e 02 para urgências. Como é baixa a produtividade das consultas médicas, a gerência justifica para a SMSRP a alta demanda de casos novos, que leva um maior número de tempo para a sua realização, pois, através de uma normatização da secretaria devem ser agendadas 12 consultas por turno e mais 04 para os casos eventuais e urgências. Entretanto isto ocasiona conflitos no atendimento, conforme mencionado:

...não tenho condições de atender tudo isto, têm muito caso de puericultura...não temos condição de realizar 12 consultas mais 04 de urgência...aqui tem que ser diferente, a gerente deve conversar, justificar para que a produção não fique baixa. Uma coisa é não atender e a outra é eu não atender e estar na Unidade, senão a gente não dá conta, é muita gente para atender...(profissional, Círculos da CLS).

As atividades desenvolvidas pelas 03 enfermeiras do PSF, também tem suas especificidades. Geralmente realizam fechamento do SIAB²⁵ com os ACS, participam de reuniões de quarteirões e realizavam visitas domiciliárias esporadicamente. Com relação à divisão do trabalho, um enfermeiro atua mais na sala de vacina, e participa das reuniões do planejamento familiar, outro organiza trabalhos e consultas de enfermagem para os alcoolistas do complexo e teste de acuidade visual para as crianças da 1ª série e o outro coordena e executa os procedimentos técnicos dos curativos existentes nas 03 equipes, teste de gravidez e orientações sobre o aleitamento materno.

Os profissionais de odontologia desenvolvem suas atividades relacionadas aos procedimentos técnicos odontológicos. Geralmente participam das reuniões de quarteirão das equipes nas quais estão inseridos e procuram orientar sobre o funcionamento do agendamento na USFHS e ressaltam da importância de procurar um atendimento odontológico. Não realizam visitas domiciliárias e não participam das reuniões para o fechamento do SIAB. Os auxiliares de dentista acompanham o profissional odontólogo nas suas atividades.

Os técnicos e auxiliares de enfermagem desenvolvem procedimentos técnicos e atividades que são designados pela gerência e/ou enfermeiro. Especificamente desenvolvem atividades de curativos quando da ausência do enfermeiro, coleta de material para exames, inalação, medicação, recepção, farmácia, vacina. Raramente realizam visita domiciliária, não participam

²⁵ Sistema de Informação da Atenção Básica – SIAB é utilizado para coletar dados de saúde, como as ações e serviços produzidos pelas equipes de Saúde da Família.

das reuniões de fechamento do SIAB e reunião de equipe, atuavam na pré e pós consulta da pediatria e clínica médica.

Os ACS atuam mais especificamente na entrega de encaminhamentos de consultas médicas (especialidades), requisição de exames e outros. Realizam cadastramento das famílias no período matutino e algumas visitas domiciliares, acompanhadas ou não dos profissionais da unidade, professores e alunos do Centro Universitário Barão de Mauá. Geralmente, reclamam da falta de um espaço físico para desempenhar suas atividades na Unidade de Saúde. Também, organizam as atividades de quarteirão, como sensibilização e mobilização dos moradores, agendam o local, o dia e preparam o lanche para o encontro. Alguns ACS participam do grupo de artesanato, realizam inclusive a coordenação e muitos no período vespertino desenvolvem atividades manuais de crochê para o bazar que é realizado na unidade semestralmente. Muitas das atividades que os ACS desenvolvem não têm uma supervisão direta de um profissional da saúde, e muitos permanecem, com um tempo bastante ocioso, o que leva a desenvolver outros tipos de atividades, ditadas acima.

Até o mês de novembro de 2005, a gerência é realizada por uma enfermeira da USFHS que, através de indicação da Secretaria Municipal de Saúde, é substituída por um profissional de odontologia de outra Unidade de Saúde. Estas mudanças ocasionam alguns burburinhos e alteração no cotidiano do processo de trabalho, caracterizando reações conflituosas de resistência a nova gerência, principalmente pela quebra das normas e rotinas existentes com a chegada da nova gerência na Unidade.

Além destes profissionais, vem sendo discutida a possibilidade de implementação de mais uma equipe de Saúde da Família, 4ª equipe para janeiro de 2006. O que esta dificultando a inserção desta nova equipe é o espaço físico para alocá-la, uma vez que não se tem encontrado no

bairro uma casa adequada para sua instalação, e a Unidade de Saúde não apresenta infra-estrutura física para mais uma equipe de saúde.

Desde a sua inauguração a USFHS tem o objetivo de se desenvolver somente como PSF atendendo em média 600 pessoas por equipe, mas inúmeros são os conflitos que dificultam as estratégias deste programa, principalmente as promessas do poder público municipal conforme expresso:

... na inauguração da USFHS vieram os políticos e falaram “Ribeirão Verde vai ser a nossa menina dos olhos...PSF puro, não tem Pronto Atendimento – PA”. Mas..a bandinha veio, fez a inauguração e foi embora” A medida que começou o funcionamento, a inserção na realidade, surgiu uma população carente a espera de consultas, de atendimentos, inclusive na sua inauguração. Num bairro próximo, a Unidade de Saúde havia fechado o agendamento desde janeiro de 2004 e a população já aguardava consultas e exames com as equipes de saúde de Ribeirão Verde (profissional de saúde, Círculos de Equipe).

Neste sentido é que esta pesquisa, através das atividades de ‘Círculos de Cultura’, realizados na USFHS e Complexo do Ribeirão Verde, buscou interagir com os profissionais, usuários, famílias e lideranças comunitárias acerca de como vinham sendo inseridas as estratégias de promoção da saúde no trabalho realizado pelas equipes de saúde. Principalmente porque a Saúde da Família constitui-se ainda num desafio, um processo em construção e para impulsionar a emancipação dos sujeitos envolvidos no processo, através de uma pedagogia construtivista, baseada no referencial teórico de Freire, propondo ajudar os participantes a tomar consciência da sua ação sobre a realidade.

Por outro lado, durante estes 09 meses vividos na Unidade de Saúde e Complexo Ribeirão Verde, analisei e presenciei que o modelo de saúde existente na Unidade era aquele voltado para atenção curativa, com pouca ênfase nas necessidades de saúde dos usuários. Mesmo tendo a implantação concreta de 03 equipes de Saúde da Família, suas ações direcionavam-se para os atendimentos de emergência, urgência e especialidades de ginecologia e obstetícia, pediatria e

clínica médica. Quando surgia alguma possibilidade e/ou oportunidade para redirecionar as ações de saúde, e que tivesse a participação dos usuários e / ou lideranças comunitárias, negava-se o diálogo crítico e voltava-se para as práticas rotineiras desenvolvidas no modelo tradicional de saúde.

4.3 Contando a História....

Dois de abril de 2005. Entrando devagar pela principal avenida do Complexo do Ribeirão Verde em direção a USFHS, reparava o imenso número de domicílios, algumas casas da COHAB, loteamentos novos à venda, terrenos baldios, chácaras, que caracterizavam o bairro no qual iniciava a pesquisa. Encontrava-me um pouco apreensiva neste dia, não conhecia nem a realidade da Unidade de Saúde nem tampouco a da comunidade, pois viera para Ribeirão Preto cursar doutorado na EERP/USP e minha atuação profissional é no Estado de Santa Catarina, local onde tenho familiaridade com a situação de saúde. Desconhecia se esta população também apresentava índices semelhantes à maioria da realidade brasileira, ou seja, com características similares a outras regiões acima de 200.000 mil habitantes, e apresentavam alta incidência de desemprego, tráfico de drogas, violência, favelas, miséria e outros. A primeira observação representava similaridades com outras regiões de Ribeirão Preto, não apresentando inicialmente, a não ser à distância, diferenças significantes.

Assim, ao adentrar-me na USFHS, percebi um prédio grande com vários profissionais de branco circulando pelos seus espaços, e uma população carente, crianças, adultos (homens e mulheres), idosos esperando para serem assistidos. Neste dia, havia agendado reunião com a gerente e profissionais de saúde para apresentar o projeto de pesquisa que iria ser desenvolvido, mas em virtude da dinâmica e grande fluxo de pessoas na Unidade foi remarcado para novo dia.

Por outro lado, a Secretaria Municipal de Saúde de Ribeirão Preto/SMSRP, a que pertence a USFHS, vivia uma situação de transição política, o que de certa forma repercutiu na aceitação do pesquisador na Unidade. A mudança da gestão do Secretário Municipal de Saúde, em virtude das eleições municipais ocorridas em 2004, com a modificação também dos partidos políticos – do Partido dos Trabalhadores – PT para o Partido Social Democrático Brasileiro – PSDB, trouxe discussões internas em razão da necessidade de reorganização do processo de trabalho nas Unidades Básicas e de Saúde da Família de Ribeirão Preto.

As razões que contribuíram para a escolha da USFHS como local da pesquisa, surgiram durante a defesa do projeto de qualificação, em março de 2005. A sensibilização para a escolha desta Unidade de Saúde ocorreu devido: a atuação de três Equipes de Saúde da Família há aproximadamente um ano, que desde a sua inserção tinham demonstrado motivação para o desenvolvimento da reorganização do modelo de atenção básica; a participação de nove profissionais integrantes da equipe (03 médicos, 04 enfermeiros e 02 odontólogos), a participação de 08 profissionais da Unidade nos cursos de Especialização em Saúde da Família desenvolvidos pelas Universidades (USP e UNAERP) em parceria com o Ministério da Saúde e a heterogeneidade e diversidade da população sob sua responsabilidade.

4.3.1 A inserção na realidade

A USFHS foi minha porta de acesso à realidade de saúde do complexo Ribeirão Verde. Minha experiência anterior como enfermeira em centros de saúde, posteriormente como docente no acompanhamento de alunos em campo de estágio, tanto de graduação como de especialização, e a convivência com o referencial teórico de Freire na prática profissional, me proporcionavam

uma certa segurança e tranquilidade para iniciar a pesquisa. Por outro lado, o desconhecimento das práticas e saberes cotidianos da realidade de saúde de Ribeirão Preto, uma vez que a inserção e atuação profissional da pesquisadora eram advindas do Estado de SC, causava-me uma certa inquietude diante do novo.

A utilização da metodologia Freireana na perspectiva da nova promoção da saúde, também gerava questionamentos, visto que o momento pelo qual passavam os serviços da Secretaria Municipal de Saúde, não era propício à reflexão/diálogo:

quando veio questionar no início da pesquisa sobre esta coisa de promoção da saúde, estava muito atrapalhado, era fila de gente para atender, muito difícil e como podia estar querendo discutir, dialogar sobre promoção, não estava entendendo, não conseguia ver onde isto se encaixava (profissional de saúde, Círculos de equipe).

Dessa forma, iniciei a pesquisa dizendo que iria trabalhar em ‘Círculos de Cultura’, através do método do educador Paulo Freire. Estes Círculos seriam desenvolvidos nas atividades das equipes, que fossem surgindo no decorrer da pesquisa, pois o objetivo era compreender e estimular a construção da promoção da saúde no trabalho realizado pelos profissionais, e como os usuários frequentadores da USFHS poderiam participar deste processo.

Na apresentação do projeto para os profissionais da Unidade, sugeriram que realizasse os ‘Círculos’ todas as sextas feiras, pois este dia estava reservado para reuniões de equipe. Porém, fui percebendo aos poucos que estes encontros raramente ocorriam, e a falta de diálogo entre os profissionais era um dado importante da pesquisa, que precisava ser trabalhado. Relataram alguns profissionais que estas reuniões eram difíceis de acontecer, pois ‘a maioria das pessoas estava atarefada com suas atividades, não tinha tempo para parar e discutir’ (notas de observação).

Havia sido discutida a possibilidade da realização destes Círculos de Cultura nestes encontros, e a sua inviabilidade soava como um fracasso. Estava diante de uma encruzilhada, não

sabia por onde começar, mas uma idéia surgiu. Por que não tentar fazer um acompanhamento das atividades e rotinas da Unidade de Saúde e conversar, ouvir e observar a prática cotidiana dos profissionais: na recepção; no agendamento; na sala de espera; nas visitas domiciliárias; na sala de reuniões; nos corredores; na realização de procedimentos e até mesmo na sala de cafezinho. Seria a partir desta vivência da realidade que poderíamos, no dizer de Freire (1992, p. 129) “encontrar os caminhos de acesso a eles e não a partir de nossas certezas em torno do que eles deveriam saber”.

A partir disto, fui conhecendo a realidade de saúde da USFHS e do complexo e percebendo como os profissionais trabalhavam na Saúde da Família. Era o momento de investigar o cotidiano das equipes, e o que se revelava era uma promoção da saúde, objeto da pesquisa, aparentemente velada, que carecia de discernimentos e reflexões do que estava implícito na prática e o que necessitava ser aprofundado na teoria.

Assim, nos meses iniciais foi possível apresentar os objetivos deste trabalho nas diversas atividades desenvolvidas pelos profissionais na Unidade e na comunidade do complexo Ribeirão Verde. Durante este período participei e conheci o trabalho que era realizado nas atividades de bairro, CLS, visita domiciliária, artesanato, MST e grupo gestor. Além disso, fui convidada por um docente do Centro Universitário Barão de Mauá a desenvolver atividades de ‘Círculos de Cultura’ com os alunos sobre o tema da promoção da saúde. As reuniões de equipe, que inicialmente haviam sido suspensas, reiniciaram, e realizei ainda observações na USFHS e complexo Ribeirão Verde, conheci o MST e MLST, identifiquei as instituições religiosas, escolas, supermercados e mini-mercados, quintanas, lojas e outros. Na verdade, realizei um reconhecimento da área adscrita de atuação onde iria ser desenvolvida a pesquisa.

A minha inserção com os moradores do complexo Ribeirão Verde foi através destas atividades de bairro, CLS, visita domiciliária e artesanato. A partir destes contatos, fui

conhecendo o cotidiano de saúde e as novas possibilidades de Círculos de Cultura foram surgindo. Porém, estas reuniões que caracterizei como atividades de ‘Círculos de Cultura’, não tinham periodicidade regular, e isto me causava muita frustração e ansiedade, pois não conseguia apreender o objeto da promoção, o que me levou a iniciar alguns diálogos com profissionais, auxiliares de enfermagem, ACS, representantes religiosos e comunitários.

Nestas atividades de Círculos, em alguns momentos assumia a condução dos debates e outros membros da equipe colaboravam, em outros refletia em conjunto e era coordenado pela gerência da unidade, profissional e/ou lideranças comunitárias. Nestes Círculos ocorria o envolvimento de todos os participantes e muitas vezes procurava direcionar os debates para o tema da promoção da saúde. Este tema necessitava ser sistematizado e dinamizado durante os Círculos, pois não havia interesse de discuti-lo e nem tampouco relacioná-lo com a realidade da USFHS e Complexo Ribeirão Verde. Percebi, assim, que a minha presença durante o período da pesquisa contribuiu para que os técnicos, usuários, lideranças, refletissem e analisassem sobre o contexto da saúde e participassem dos Círculos e outras atividades do cotidiano dos serviços inserindo as idéias da promoção. Conforme depoimento a seguir:

a Unidade está sendo construída com muita solidariedade e amor...trabalhar com a promoção na unidade é muito importante, mas ainda estamos tentando porque tem muita doença para se trabalhar (profissional de saúde, Círculo de bairro).

Descrevo no próximo item como se desenvolveram as primeiras atividades de Círculos de Cultura: observação participante e visitas domiciliares, bairro, artesanato, equipe/grupo gestor, CLS, MST e diálogos.

4.4 Primeiro momento – Investigação dos temas geradores nos Círculos de Cultura

O primeiro momento da pesquisa que teve a duração de 03 meses, abril a junho de 2005, se caracterizou pela entrada no campo, com a investigação das temáticas mais significativas vividas pelas equipes, usuários e lideranças comunitárias da USFHS e do complexo Ribeirão Verde. Para Freire (1987, p.100), a investigação temática

que se dá no domínio do humano e não das coisas, não pode reduzir-se a um ato mecânico, Sendo processo de busca, de conhecimento, por isto tudo, de criação, exige de seus sujeitos que vão descobrindo, no encadeamento dos temas significativos, a interpenetração dos problemas.

A investigação dos temas geradores, neste primeiro momento, ocorreu através da participação nas atividades de ‘Círculos de Cultura’, de: Círculos de Observações, Círculos de Visitas Domiciliárias, Círculos de Quarteirão, Círculos de Artesanato, Círculos de Equipe e Grupo Gestor, Círculos de MST, Círculos da CLS e Círculos de Diálogos. Nestas atividades participaram profissionais das diferentes áreas profissionais, usuários e lideranças comunitárias, sendo que a ocorrência, frequência e diversidade das participações nos Círculos de Cultura ocorriam em função das especificidades e características de cada encontro, conforme descrito, anteriormente no Item 3, cap. III.

Descrevo a seguir a investigação dos temas geradores nas atividades de ‘Círculos de Cultura’.

4.4.1 - Círculos de Observação Participante e Visitas Domiciliárias.

Nesta fase da pesquisa realizei 04 visitas no campo para reconhecimento da área de atuação na qual iria ser desenvolvido o trabalho e 08 observações participantes na Unidade de

Saúde Complexo, sendo de fundamental importância para compreender a dinâmica e complexidade desta realidade.

Inicialmente, estas atividades possibilitaram as primeiras aproximações e interações com os sujeitos da pesquisa, o que posteriormente ajudou a concretizar a realização dos Círculos de Cultura. Por tratar-se de uma pesquisa qualitativa, embasada no referencial pedagógico e político de Paulo Freire (1987), acredito também que as observações realizadas a partir do que Minayo (2004) e outros autores denominam de participante, contribuíram não só como mais uma das estratégias de investigação, mas como um método importante de compreensão da realidade.

O acesso à realidade de algumas famílias e usuários ocorreu através da realização de visitas domiciliárias com profissionais da Unidade para a realização de procedimentos técnicos e no acompanhamento dos ACS quando da entrega de exames. Através destas visitas, várias famílias e usuários com suas histórias, foram sendo conhecidos.

Além do conhecimento das famílias e usuários, observei que na ‘sala de espera’ da Unidade, permanecia sempre um grande número de pessoas, aguardando para realização de consultas, procedimentos, solicitações de informações e agendamentos. Observei que o diálogo entre profissionais e usuários, quando da execução de algum procedimento técnico, era permeado muitas vezes, por uma atitude autoritária e centralizadora. Que o modelo de atenção implantado pelo PSF, a organização da assistência pelos profissionais da Unidade e do Barão de Mauá apresentava diferenças, principalmente, porque os primeiros desenvolviam as ações de saúde conforme especialidades médicas: ginecologia e obstetícia, pediatria e clínica médica e os segundos procuravam atuar conforme diretrizes da clínica de Saúde da Família, e isto ocasionava inúmeros conflitos na utilização e procura dos serviços de saúde.

Por outro lado, busquei aprofundar os contatos nas diversas atividades da Unidade, procurando me entrosar com os vários profissionais e com as principais lideranças do Complexo.

Procurei, também, conhecer as instituições presentes na comunidade, como afiliações religiosas e organizações comunitárias, escolas, supermercados, o que aos poucos foi se mostrando como um espaço promissor para a realização da dinâmica dos Círculos de Cultura. Sendo assim, este reconhecimento possibilitou contatar e conhecer as pessoas responsáveis pela realização das atividades de Círculo no decorrer da pesquisa.

Caracterizei, desse modo, as observações e visitas domiciliárias como atividades de Círculos de Cultura', porque esta dinâmica também ajudou a problematizar os temas geradores e proceder à codificação/ decodificação e o seu desvelamento crítico. O método Paulo Freire (1987) consiste destas etapas na prática. Assim o levantamento do universo temático ocorreu durante estas atividades de Círculo e os principais temas geradores originaram-se a partir desta realidade. A seguir descrevo como ocorreu a entrada e participação nos Círculos de bairro; Círculos de CLS; Círculos de equipe/grupo gestor; Círculos de artesanato; Círculos de MST e Círculos de diálogos.

4.4.2 Círculos de Bairro

Nesta primeira fase da pesquisa, participei de 05 atividades de 'Círculos de Bairro' ocorridos nas casas dos usuários frequentadores da USFHS e organizados pelos ACS das equipes verde, vermelha e azul. Minha intenção era a de introduzir o tema da promoção da saúde, sendo possível inicialmente discuti-lo nestas atividades. Mas, à medida que participava e conhecia a dinâmica destes encontros, outras temáticas significativas iam sendo reveladas pelos participantes. Estes temas significavam as representações, as vivências e compreensão da realidade dos sujeitos participantes e muitas vezes, estava implícita a idéia de promoção da saúde.

Os ‘Círculos de Quarteirão’ tinham um certo ritual característico, os profissionais iniciavam as falas dizendo que o objetivo do encontro era o de fornecer esclarecimentos, informações sobre as dúvidas da comunidade, para depois os usuários se manifestarem, como pode ser visto nesta fala:

Esta reunião é um bate papo para tirar as dúvidas...fizemos este encontro todo mês para ver o que pode ser ajudado na comunidade e isto se torna um bate papo legal (profissional de saúde, Círculos de quarteirão).

Estes encontros não eram sistematizados e/ou organizados previamente, apenas eram organizados os horários, os dias, os locais e as equipes responsáveis pela sensibilização dos moradores. Na verdade, a abertura do diálogo que estes encontros possibilitavam, não gerava o nível de reflexão necessária entre os participantes, pois no dizer de Freire (1992, p.118) “o diálogo não pode converter-se num” bate papo “desobrigado que marche ao gosto do acaso”.

Além disso, a postura muitas vezes autoritária, da maioria dos profissionais, anulava ou pelo menos dificultava o pensamento crítico dos participantes, gerando um pensar tímido e até rebelde, expresso principalmente através das reclamações do funcionamento da USFHS. Estas manifestações permitiram selecionar os temas geradores, a saber: *falta de integração entre os profissionais e destes com a comunidade; pronto atendimento 24 horas; dificuldade de acesso ao serviço de saúde; dificuldade do agendamento das consultas médicas e odontológicas; falta de diálogo dos profissionais da saúde entre eles próprios e usuários; falta de lazer e alta incidência de tristeza, infelicidade na população; queixas das condutas médicas e odontológicas e falta de informação sobre o tema da promoção à saúde.*

A identificação destes temas originou-se em função do contexto de saúde que se apresentava tanto para os profissionais como para os usuários. A USFHS é uma Unidade de Saúde que se caracterizava ora como Saúde da Família, ora como pronto atendimento, ora como

ambulatório e muitos dos cuidados que a população buscava não correspondias aos seus anseios de consumo. É como evidencia Goldbaum et al. (2005), a busca pelos serviços depende também do tipo de procedimentos envolvidos e a dinâmica que se estabelece entre a clientela e serviços, ou entre a demanda e a oferta. É realimentada pelo grau de resolutividade dos serviços de saúde e pelo grau de satisfação dos usuários.

No entanto, para abrandar as reclamações dos usuários durante os ‘Círculos de Quarteirão’ os profissionais procuravam explicitar sobre o funcionamento da USFHS: como proceder no caso dos agendamentos das consultas médicas e odontológicas, esquema de imunizações, medicação, curativo e outros. Apesar das explicações, os usuários expressavam ainda dificuldades no atendimento:

o tempo de espera das consultas leva muito tempo...demora, ficamos aguardando e quando somos atendidos no posto, falta diálogo, comunicação, os médicos utilizam palavras difíceis que não dá para entender...Muitas vezes eles olham a gente com má vontade...fui ao posto e o médico solicitou exames, mas não disse para que seria. Quando eu procuro um médico é porque estou doente...Mas, quem é pobre fica esperando, não tem outro jeito (usuário, Círculos de Quarteirão).

A percepção da equipe de saúde é de que estavam tentando solucionar e encaminhar estes problemas, mas a realidade de saúde apresenta inúmeros problemas:

já tentamos realizar vários ajustes para melhorar o tempo de espera. Geralmente é pequeno de 30 a 40 dias...urgência é dado prioridade. Mas o importante é ir ao médico só quando se está doente...e fazer prevenção, como evitar de comer muito açúcar para não ter Diabetes Mellitus....mas, se for ver na prática, muitas pessoas são agendadas para as consultas e não chegam no horário. Nas consultas de convênios os médicos também são agendados por horário. Não tem como ser diferente, mas se estiver passando mal vai ser atendido. Na Distrital é igual aos conveniados. Pronto Atendimento, por exemplo, é para tirar a dor naquele momento (profissional de saúde, Círculos de Quarteirão).

O modelo de saúde com enfoque na doença caracteriza-se ainda como hegemônico neste serviço de saúde. Mesmo com o funcionamento de 03 equipes de Saúde da Família, a presença de professores e alunos do Barão de Mauá e a realização de curso de especialização de SF por

profissionais desta unidade. Por outro lado, o diálogo exercido durante os Círculos de Quarteirão, mesmo que muitas vezes autoritário e informal, reforçou a importância de se buscar resolver os problemas de saúde para além dos muros da unidade, que no dizer de Merhy (1999), não deixa de ser um trabalho em saúde, e produz um certo modo de cuidar, que poderá ou não ser curador ou promovedor de saúde.

Durante estes Círculos, fui percebendo, também, que o saber e o poder instituído dos profissionais de saúde, produzia questionamentos nos usuários que se relacionavam principalmente às situações de saúde e doença. Estas situações eram freqüentes e rotineiras, sendo classificadas como tema gerador de *queixas das condutas médicas e odontológicas*. Era comum o usuário solicitar que explicassem sobre determinados procedimentos ou doenças que poderiam ocorrer com ele ou com algum familiar, como por exemplo: câncer, diabetes, hipertensão, miopia, astigmatismo, endometriose, meningite bacteriana, enxaqueca, chagas, próteses e outros. O diálogo, geralmente, discorria em torno de um desses temas, conforme a seguir:

Usuário – tenho um filho de 2 anos e desde sábado está com diarreia, já dei suco de caju, coca-cola...

Profissional – a coca – cola não é bom dar, ela tem gases, o melhor é dar suco de caju, limão, mas a diarreia tem vários motivos e pode durar 1 semana. Já diminuiu a diarreia?

Usuário – esta diminuindo...

Profissional – se já parou de vomitar, parou a febre e diminuiu a evacuação ele já está melhorando. Deve evitar fritura e comida pesada. O apetite cai todas as vezes que estamos doentes, então oferecer pequena quantidade e diminuir a refeição. Então não precisa se preocupar com a falta de apetite. A preocupação com a diarreia é a hidratação. Se tiver boca seca, respiração cansada, parar de urinar, perda de apetite, deve se procurar um médico...

Usuário – se a pessoa está com diarreia tem que tomar suco... (Círculos de Quarteirão).

Percebi nesta fala que os profissionais desenvolviam um diálogo vertical, oferecendo poucas oportunidades para que os usuários manifestassem suas necessidades e/ou entendimento

do processo saúde e doença. Isto é, os profissionais de saúde, com seu poder hegemônico na atenção, tinham dificuldades de criar novas ações em saúde, que diante de outras situações que não fossem as suas rotineiras, não conseguiam modificar o sentido de suas atividades. Para Merhy (1999) o agir em saúde é sempre tenso e a produção de uma ação, muitas vezes está centrada em procedimentos e nem sempre objetiva as necessidades de saúde dos usuários, que no caso dos ‘Círculos de Quarteirão’ reproduziam muito as ações das consultas médicas, odontológicas e de enfermagem.

Neste caso, a abordagem assistencial utilizada reproduzia o modelo médico hegemônico constituindo-se, muitas vezes, em relações conflituosas e de domínio entre os profissionais e usuários. Quando ocorria uma prática mais autônoma no cotidiano dos serviços de saúde, nem sempre se conseguia romper as amarras, que tolhiam esta ação, pois as relações que se estabeleciam entre ambos tendia a produzir falas, escutas, diálogos e interpretações que ora reproduziam situações individuais, ora situações coletivas, e que num jogo de interesses quando em grupo, nem sempre conduzia a verdadeira representatividade da realidade de saúde da USFHS e do Complexo.

Na verdade, o que se apresentava era uma postura autoritária, principalmente dos profissionais e conforme Freire (1997), isto afoga a liberdade dos participantes (usuários), pois amesquinha o seu direito de estar sendo curioso e inquieto, e o verdadeiro diálogo só acontece quando os sujeitos dialógicos aprendem e crescem na diferença, respeitando-se, sendo coerentes e assumindo o seu inacabamento, tornam-se éticos.

Durante os ‘Círculos de Quarteirão’ procurei também refletir sobre o tema da promoção da saúde e suas cinco estratégias de ação. A problematização desta temática ficou caracterizada como a falta de informação sobre este tema e quando questionado, era comum os participantes

manifestarem como uma temática ampla e que representava a prevenção de doenças. Para alguns a promoção significava:

Promoção de eventos...mas também à prevenção, como uma alimentação saudável, evitar bebidas alcoólicas, dormir bem para não ficar doente...(usuário, Círculos de Quarteirão).

Outros relacionavam com responsabilidade..

Promoção é parte de uma responsabilidade. Temos que nos ajudar a promover a nossa saúde, que não deve dormir depois do almoço, porque senão volta a comida e volta e aí coloca a culpa no cabelo do bebê...(profissional de saúde, Círculos de Quarteirão).

Havia aqueles que relacionavam muito com a sua saúde individual, mas não deixavam de interligar com o meio ambiente em que viviam:

Promoção é estar de bem consigo mesmo...mas eu não tenho saúde, porque para se ter promoção deve se estar bem dentro de casa, porque se levamos os problemas de tudo para casa, não vivemos (usuário, Círculos de Quarteirão).

Alguns profissionais procuravam dar uma explicação para o tema da promoção, estimulando os usuários a participar das atividades do complexo e melhorar sua qualidade de vida. Era muito comum convidarem autoridades, representantes da comunidade para participar da CLS e discutirem o tema gerador da superpopulação no bairro, dificuldade de transporte coletivo para a UBDS - Norte, falta de lazer e pronto atendimento. Nem sempre era estimulado a participação popular para discutir estes temas geradores nos encontros da Comissão Local de Saúde. Por outro lado, estimulavam o grupo a participar das atividades de artesanato para amenizar a tristeza e solidão vívidas na comunidade (tema gerador em diversas atividades de 'Círculos'), do QI GONG – prática de atividade física para alívio de dores na coluna vertebral, coordenada por um profissional médico da unidade e do Programa de Incentivo a Caminhada – PIC. Por outro lado, a sensibilização dos profissionais para participar destas atividades, muitas vezes era permeada por uma relação dialógica autoritária que objetivava transformar os

comportamentos individuais não – saudáveis, e/ou tinha um enfoque individual, voltado para a pessoa, e que estava formalizado através da corrente behaviorista da promoção da saúde.

A fala começava geralmente assim ...

Usuário – Minha mãe fez cirurgia do ovário e útero e a PA aumentou? Por que isto ocorre?

Profissional – Pode ser a anestesia, mas não posso confirmar...

Usuário – Eu tenho muita dor de cabeça e não sei, mas o que faço...

Profissional – É necessário fazer acompanhamento no posto ou procurar um cardiologista de convênio...

Usuário – Será que não foi desatenção médica? Eu tenho dor de cabeça e pressão alta desde os 18 anos?

Profissional – A PA alta pode estar associada a anestesia pela cirurgia da raquianestesia...

Usuário – E, eu o que faço meu filho tem engasgo na garganta toda à noite.

Profissional – Deve colocar uma meia para ele dormir a noite.

Usuário – Meu marido fuma em casa, mas é sempre na varanda da casa, mas acho que a fumaça pode estar contaminando o meu filho...

Profissional – O cigarro pode provocar diversos males para a saúde e isto pode estar provocando o mal para o seu filho...

Usuário – Mas, existe remédio para parar de fumar...meu sangue ferve se eu ficar sem fumar...

Profissional – deve marcar uma consulta para ver a ansiedade, os detalhes individuais devem ser visto na consulta médica...

Usuário – ansiedade tem cura? Engordei 10 KG quando parei de fumar ...

Profissional – é só exercitar a autoconfiança (Círculos de Quarteirão).

Percebe-se nesta fala que o enfoque esta ainda muito centrado na ação individual, com a mudança de estilos de vida. O diálogo entre ambos tem um caráter normativo em que predomina um discurso vertical, onde o profissional assume a postura de detentor de um saber técnico e científico. Isto vai ao encontro com o que Matumoto (2003 apud CREVELIM, 2005, p.325), aborda que é a ausência do usuário como protagonista de seu próprio viver e da produção de seu cuidado com o trabalhador e a equipe, visto que ainda coloca a população fora do âmbito das decisões sobre o que lhe diz respeito.

Para transformar o foco de atenção em saúde é necessário criar novos dispositivos para que as equipes de Saúde da Família possam incluir o usuário na produção de seu cuidado.

Matumoto et al. (2005) sugere que um dos dispositivos que podem estar ajudando estes profissionais é a introdução da supervisão de equipes de Saúde da Família, o que permite a construção da grupalidade e de um projeto de trabalho na perspectiva de possibilitar que essas equipes analisem suas práticas e reflitam sobre como trabalham e que resultados alcançam.

Por outro lado, as manifestações destes temas geradores, nestes Círculos de Quarteirão, também emergiram em outras atividades de Círculos. Estes espaços, mesmo que muitas vezes fechados ao diálogo, possibilitaram a colocação das situações e ansiedades dos participantes que através das diversas experiências vivenciadas representou a realidade de saúde da USFHS e do Complexo.

4.4.3 Círculo da Comissão Local de Saúde – CLS

Particpei de 04 atividades da CLS, nesta fase da pesquisa, ocorridos na sala de reuniões da USFHS. Estes encontros eram coordenados pela gerente da Unidade e vice da Comissão Local de Saúde, já que seu presidente dificilmente comparecia, sendo questionado a sua substituição, mas até o término deste trabalho não havia sido providenciada nova eleição. No entanto, mais era visível era a ausência, mas não se problematizou se havia outros obstáculos, por exemplo, se alterar os horários das reuniões poderia levar a sua participação, já que dificilmente comparecia.

O incentivo ao controle social materializava-se pela CLS, constituindo-se num espaço possível à participação das lideranças e comunidade a buscarem ações de saúde que pudessem melhorar a qualidade de vida do complexo.

Através da minha participação nestas atividades de Círculo observei que existia uma noção ampliada sobre os determinantes do processo saúde e doença como a conquista da

qualidade de vida, embora persistisse a concepção hegemônica da doença e/ou da corrente behaviorista da promoção da saúde.

Neste espaço não se discutia somente os aspectos voltados para controlar os fatores de risco e comportamentos individuais, mas dialogava-se sobre as estratégias que poderiam direcionar ações políticas para a saúde, principalmente para o coletivo do complexo.

As principais pautas da CLS giraram tanto em torno da falta de infraestrutura física e humana como: insuficiência de profissionais médicos na unidade, dificuldade para visualizar salas para consultas médicas, locais para funcionamento da 4ª equipe de SF, atendimento de urgência e emergência, espaços para reclamações e sugestões, como para questões relativas ao aumento da migração para o complexo: aumento da população nas áreas das chácaras, MST e MLST, novos condomínios, falta de consciência da população sobre os problemas que estavam surgindo no bairro com o aumento da população e desmobilização popular, encaminhamento de abaixo assinado para reivindicar uma linha de transporte coletivo para a Unidade Básica Distrital de Saúde – UBDS - Distrito do Simioni – Região Norte.

Estas questões discutidas nos ‘Círculos da CLS’ levaram à problematização dos seguintes temas geradores, que já vinham sendo evidenciados em outras atividades de Círculos: dificuldade de transporte coletivo para a UBDS-Norte; superpopulação; realização do cadastramento na comunidade com duplicidade da USFHS e BM; dificuldade de espaço físico na Unidade; desmobilização da Associação de Moradores do Complexo Ribeirão Verde - AMCRV; implantação da 4ª equipe de SF; pronto – atendimento 24 horas.

A vivência nesta atividade de Círculo foi de suma importância, pois permitiu o contato com as principais lideranças comunitárias do complexo e possibilitou a problematização dos temas geradores que representavam os problemas específicos relacionados diretamente com a realidade de saúde em estudo.

A função da CLS é bastante importante porque traduz um caráter político desses espaços como o de poder. Isto pode ser visto através do encaminhamento de um abaixo-assinado para a empresa de transporte coletivo de Ribeirão Preto – TRANSERP, que reuniu um grande número de assinaturas para reivindicar uma linha de ônibus para a Distrital de Saúde – Norte – Centro de Referência do Complexo Ribeirão Verde para especialidades e exames complementares. Este Centro de Referência localizava-se a 18 km de RV e não possui uma linha direta de ônibus, causando insatisfação e revolta na população, pois são necessários 02 ônibus até a distrital que levam em média 01 hora. Este tema, geralmente era discutido em quase todos os encontros da CLS, que de certa forma responsabilizava as lideranças comunitárias para sua resolutividade: “Vocês devem tomar uma atitude mais drástica em relação ao transporte” (profissional de saúde, Círculos da CLS).

Frente a isto, é interessante observar, uma diferenciação clara entre o direcionamento das questões discutidas na CLS. Quando se tratava de temas relacionados aos problemas mais específicos da comunidade, discutia-se no grupo, mas o encaminhamento das ações não era compartilhado entre ambos, cobrava-se das lideranças comunitárias e representantes dos usuários a sua resolutividade, clamando muitas vezes a presença do próprio presidente da Associação de Moradores do Complexo Ribeirão Verde - AMCRV, que deveria estar presente mesmo não sendo membro titular da CLS.

Quando os temas estavam relacionados a questões relativas ao funcionamento da Unidade, discutia-se também no grupo, mas o encaminhamento das ações era destinado aos profissionais de saúde. Ao mesmo tempo analisei que uma das funções da comissão é a de exercer o controle social, mas sem esquecer o verdadeiro papel de cada participante, que ao conciliar os diversos saberes popular e científico, poderia possibilitar a participação popular para a melhoria da qualidade de vida.

Na realidade, isto ocorre muito em virtude do que Valla (1998) caracteriza como a dificuldade que os profissionais encontram para compreender o que os usuários estão lhe dizendo, falando. Relaciona-se muito com a dificuldade de aceitar as pessoas humildes, pobres, moradoras da periferia e que elas sejam capazes de produzir conhecimentos, de organizar e sistematizar pensamentos sobre problemas complexos, do que com questões técnicas como, por exemplo, barreiras linguísticas.

Na verdade havia uma dificuldade de integração dos representantes da comunidade e equipe. Geralmente prevalecia um discurso autoritário, centralizador e com pouco envolvimento dos profissionais com os representantes da comunidade. A USFHS não estava organizada em função das necessidades do complexo, e quando apresentavam alguns temas relacionados tanto a dificuldade do processo de trabalho da equipe e/ou da unidade relatavam através de reclamações:

Vai aumentar o número de pessoas no bairro, na terça feira teve 34 pacientes eventuais, fora os agendados e como vai ficar a Unidade se abrir, mas essa nova etapa de moradores. O posto não tem estrutura para atender tanta gente. Por exemplo, quando a pediatra esta atendendo, o corredor fica cheio de gente e não tem espaço para todo mundo..além disso tem bolacha e biscoito por todos os lados (profissional de saúde, Círculos da CLS).

Por outro lado, a CLS era um espaço de discussão e de reflexão sobre temas relativos à Unidade de Saúde, sobretudo sua dinâmica e organização, e também de questões relacionados à necessidade de melhorar a qualidade de vida do bairro. Neste espaço de discussão, mesmo que muitas vezes conflituoso, perpassava a noção da concepção de promoção da saúde vinculada muito a esfera individual, na medida que relacionavam com estilo de vida para não contrair doenças, mas quando relacionado à necessidade de um processo coletivo, de política pública urgia ainda um engajamento mais efetivo das equipes de saúde, lideranças comunitárias e usuários.

4.4.4 Círculo de Equipe/Grupo Gestor

Particpei de 05 atividades de Círculo de equipe e 01 de grupo gestor na sala de reuniões da USFHS. O encontro do grupo gestor, coordenado por um representante da SMSRP e do Centro Universitário Barão do Mauá, teve o objetivo, neste momento, de organizar as reuniões com as equipes de SF para proceder à avaliação do processo de trabalho que vinha sendo desenvolvido. No princípio os profissionais tiveram muita dificuldade de abrir espaço nas agendas para realizar esta atividade, mas em função de ser uma normatização da secretaria, foi realizado um encontro com cada equipe (verde, vermelho e azul), ocorridos no segundo momento deste trabalho.

Nestas atividades participaram as 03 equipes de SF, representantes do BM e gerente da unidade, sendo enfatizados durante estes encontros os temas discutidos nas outras atividades de Círculos, mas que mereceram um maior destaque: pronto atendimento 24 horas; implantação da 4ª equipe de SF; resistência dos profissionais para trabalhar na lógica do PSF; dificuldade de atender todas as demandas da população; dificuldade de romper com a hegemonia da especialidade médica; dificuldade de realizar o acolhimento; capacitação prática das equipes; falta de apoio da SMSRP; dificuldade de realizar trabalho interdisciplinar na Unidade; superpopulação; boa convivência dentro da equipe e população; dificuldade de realizar atendimento domiciliar.

Os temas levantados nesta atividade de Círculo estavam relacionados, principalmente a dificuldade que os profissionais apontavam para implantar a SF. Estes pontos diziam respeito tanto a organização social do complexo, como a falta de infraestrutura de recursos: transporte,

habitação, lazer, educação, saúde, associativismo e outros e da própria estrutura de serviços da SMSRP e conseqüentemente da USFHS.

Frente a esta realidade inúmeros problemas surgiam no complexo e refletiam na USFHS, como a alta incidência de gravidez na adolescência, álcool e drogas, depressão na população e falta de lazer. Mas, também existiam aqueles que estavam relacionados à dinâmica da unidade: dificuldade de implantar o acolhimento; duplicidade de cadastramento realizado pelos ACS e alunos do Centro Universitário Barão do Mauá (falta de comunicação entre as equipes de SF e professores desta universidade) e falta de espaço físico para realizar consultas, procedimentos, reuniões e implantar mais uma equipe de SF.

A implantação da Saúde da Família nesta unidade tinha como objetivo melhorar a qualidade de vida do complexo, mediante um modelo de atenção baseado na promoção e proteção, no diagnóstico precoce, na recuperação da saúde dos indivíduos e família, de forma integral e contínua, de conformidade com os princípios e diretrizes do Sistema Único de Saúde SUS: universalização, descentralização, integralidade e participação da comunidade (BRASIL, 2001).

Todavia, nestas atividades de Círculos a dinâmica utilizada inicialmente, era muito centralizada pela gerência, através do repasse de informações da SMSRP, aos demais integrantes da Unidade. Mas, à medida que se intensificava a discussão e reflexão sobre a realidade de saúde vivenciada, também, por estes profissionais em outras atividades de Círculos, exercia-se o diálogo crítico com a problematização dos temas geradores. Durante este processo, o tema do acolhimento foi um dos temas mais ressaltados, ficando os demais para serem aprofundados nas outras atividades de Círculos.

As discussões que tratavam do tema do acolhimento tinham soluções imediatas e freqüentemente tratavam como uma atividade que poderia ser resolvida na sala de recepção, por um profissional particular num espaço específico, conforme a seguir:

O acolhimento pode ser realizado pelo recepcionista, ou um médico, ou enfermeira e auxiliares, ou também alunos podem fazer em uma determinada hora do dia...mas não deve ser realizada só em situação de risco... a secretária quer que a gente encontre a melhor forma...mas nós aqui não temos preparo suficiente para fazer o acolhimento (profissional de saúde, Círculos de Equipe).

Haviam alguns pontos divergentes acerca deste tema, relacionados à dinâmica da unidade e dos papéis exercidos, como ressaltado por este profissional, “é necessário respeitar os papéis que estão sendo feitos aqui na USFHS...mas todos os profissionais devem participar, inclusive o médico...”(Círculos de Equipe). O tema do acolhimento deveria ser visto como uma possibilidade para melhorar as ações de saúde e favorecer a participação do usuário durante a prestação da assistência. Mas, estava sendo considerado como mais uma atividade, e/ou procedimento que deveria ser realizado na Unidade de Saúde, e não como uma oportunidade para estabelecer vínculos entre os profissionais e usuários, humanizar a assistência e promover a autonomia dos sujeitos envolvidos.

Assim, ao participar destas discussões, sugeri muitas vezes, que fosse refletido nos Círculos de Quarteirão, Círculos da CLS’ a importância deste tema do acolhimento. Pois, se houvesse a sensibilização de um maior número de pessoas para realizar uma assistência mais humanizada na Unidade, aliviaria a preocupação de alguns profissionais, que relacionavam o tema do acolhimento com a produtividade no atendimento:

Se vamos fazer acolhimento, como vai ficar a produtividade na folha Hygia...não devemos fazer agendamento e fazer uma escala mensal e tirar 3 ou 4 pacientes. E isso é fundamental para que possamos realizar o acolhimento...devemos ver o tempo que é dado o atendimento...(profissional de saúde, Círculos de Equipe).

A partir desta fala percebem-se, as contradições, as limitações que as equipe de saúde enfrentavam no conjunto do seu processo de trabalho para produzir acolhimento. Discutiam o acolhimento como um dispositivo importante, como a escuta dos ruídos, da recepção dos usuários, da produção de vínculos e responsabilização, mas manifestavam ainda grande preocupação com a realização da produção de procedimentos e tinham dificuldade de incorporá-lo no seu processo de trabalho.

Por outro lado, para se conseguir as mudanças necessárias para efetivação e implantação da SF na unidade, o acolhimento, a humanização são uma das diretrizes fundamentais que no dizer de Onocko e Campos (2005), permitiria a reorganização dos serviços e conseqüentemente a ampliação da clínica e da humanização da atenção à saúde.

A reorganização dos serviços faz parte de uma das cinco estratégias da moderna promoção da saúde. Por meio desta estratégia, busca-se assegurar que o sistema de cuidado à saúde tenha a saúde, e não a ausência da doença, como seu objetivo e enfatiza a necessidade de se estabelecer serviço adequado às necessidades locais (LABONTE, 1993).

Diante desta realidade, percebe-se que existem potencialidades, mas existem ainda os limites que dificultam a reorientação deste serviço de saúde e podem contribuir para implantação da promoção. Em relação às potencialidades, acredita-se que o verdadeiro diálogo que leva à ação/reflexão/ação entre os sujeitos envolvidos necessita ser mais bem impulsionado, mas ele já tem permitido aproximações que tem levado a compreender algumas das razões que constituem a realidade de saúde e elaborar projetos de intervenção para a melhoria da qualidade de vida, por exemplo: criação da Comissão Local de Saúde e as atividades de quarteirão.

Tratando-se dos limites, conforme já mencionado anteriormente, dizem respeito: as relações centralizadoras e autoritárias entre os profissionais, lideranças comunitárias e usuários; o enfoque da assistência está ainda muito voltado para a doença e não a saúde; a relação de poder

está muito presente (saber técnico x saber popular); necessidade de se conquistar espaços para o exercício do empoderamento e da participação popular.

Diante deste contexto emergiu também a questão da falta de lazer no complexo. Esta problemática tem sido motivo de preocupação e discussão nas atividades de Círculo que participei (quarteirão, CLS, equipe, diálogos, MST), mas também evidenciado nas diversas situações assistenciais da USFHS (consultas, procedimentos técnicos, sala de espera) e apontado pelos profissionais como uma das causas da alta incidência de depressão na população, o que levou a criação do grupo de artesanato.

4.4.5 Círculo de Artesanato

Foram realizadas 02 atividades de Círculos de Artesanato durante esta fase da pesquisa. A primeira teve o objetivo de proceder a uma apresentação formal do trabalho e solicitar a realização dos Círculos de Cultura no grupo, e na segunda desenvolveu-se a atividade propriamente dita com o levantamento dos temas mais relevantes. Participaram desta, 02 representantes do Rotary, 04 ACS, 10 mulheres do complexo, pesquisador e auxiliar de pesquisa, 01 representante da CLS, sendo realizado na sala de reuniões da USFHS no horário das 14:00 as 16:00 horas de quinta – feira. Este evento era um tanto ‘marginalizada’ na Unidade, já que o espaço para os encontros nem sempre se encontrava disponível, profissionais e alunos dificilmente participavam somente Agentes Comunitários, sendo incorporada na Unidade como uma atividade de valor menor.

Os temas que mais emergiram foram: falta de lazer; depressão na população; falta de diálogo dos profissionais com os usuários; resistência da população para aceitar o trabalho dos ACS e falta de informação sobre o tema da promoção da saúde.

Neste grupo vinham sendo desenvolvidos trabalhos manuais de crochê de toalhas, tapetes, bonecos e macramê, se constituindo numa estratégia importante e inovadora de promover o alívio da depressão e formas de lazer aos participantes. Estas formas de intervenção na comunidade revelavam uma preocupação com as condições de vida da população, e de certa forma não deixavam de ser atividades voltadas para a promoção da saúde. Eram iniciativas importantes de cultura, lazer, e envolviam estratégias de promoção que ajudavam a promover mudanças na realidade. Porém, era necessária uma articulação maior entre os atores técnicos da unidade e os usuários para que estas estratégias pudessem intervir de forma positiva na realidade de saúde, que neste caso estava muito sobre a responsabilidade dos ACS a coordenação e execução, excluindo-se os demais profissionais desta atividade.

Na realização dos ‘Círculos de Artesanato’ surgiram várias questões relacionadas ao tema da: promoção, prevenção, falta de diálogo, lazer, tristeza e isolamento social, trabalho dos ACS. Estas questões ocorreram porque, durante estes Círculos conduzi muito das reflexões e análises sobre a temática da promoção da saúde, e na medida em que aconteciam esses diálogos iam sendo problematizados aspectos da realidade de saúde em que viviam os sujeitos participantes destes Círculos.

Neste contexto, revelou-se o tema da falta de diálogo entre profissionais e usuários como muito importante, estimulando ainda o debate das outras temáticas. Este tema parte do pressuposto que o diálogo deve ser uma relação horizontal de A com B. Alimenta-se do amor, da humildade, da esperança, da fé, da confiança. Somente o diálogo comunica, e quando dois sujeitos se unem com estes nutrientes, se fazem críticos, buscam descobrir a realidade, e ocorre uma comunicação. Mas, se a relação for vertical de A sobre B, ocorre o antidiálogo. Pois é acrítico, sem amor, é arrogante, sem humildade, auto-suficiente. Este diálogo não provoca simpatia ente o sujeitos, não comunica (FREIRE, 1996).

Esta relação de antidiálogo é o que mais emergia nas discussões de Círculos, quando da presença dos usuários. Muitos revelavam que:

O profissional só escuta, mas não dá atenção...a gente sempre pensa que os profissionais são uma autoridade (usuário, Círculos de Artesanato).

Outros falaram que melhorou a relação entre a equipe de saúde e usuário:

A saúde melhorou muito de tanto os pacientes baterem nos médicos e enfermeiros

Mas...

Um bom dia, uma boa tarde é sempre bom ouvir, e não ouvir ‘fala’, o que foi, o que quer... (usuário, Círculos de Artesanato).

O tema da falta de informação sobre a promoção da saúde toca na confusão existente entre prevenção e promoção. A compreensão deste tema também estava vinculada à concepção behaviorista de promoção, que busca mudanças de comportamentos não saudáveis. Afinal, as mensagens que circulam tanto nos meios de comunicação, como folhetos, jornais, tv e nos serviços de saúde, veiculam a necessidade de adotar hábitos benéficos como (deixar de fumar, ter práticas higiênicas, alimentação saudável, exames preventivos periódicos etc.), e que, preconizado pelo modelo médico hegemônico, reproduz-se para os indivíduos, como sendo eles os maiores responsáveis pela sua saúde.

Na verdade, estas mudanças na saúde, individual ou coletiva, requerem ações que necessitam ser socialmente construídas, principalmente a construção de parcerias entre os diversos setores da sociedade para que as cinco estratégias de promoção possam ser efetivadas na prática concreta.

No tocante ao tema da resistência da população para aceitar o trabalho dos ACS, muitos manifestaram que:

Nosso trabalho é um trabalho de formiguinha, as pessoas demoraram 07 meses para nos cumprimentar, porque antes nós éramos bem discriminados e hoje está bem melhor (ACS, Círculos de Artesanato).

Refletindo ainda, observa-se que existiam pessoas que a princípio tinham uma relação difícil, conflituosa com os ACS, mas que no decorrer do processo foram se transformando: “Eu mesmo tratei os ACS brutalmente e hoje me acostumei com eles (usuário, Círculos de Artesanato)”.

Assim, pelos diálogos e não diálogo se percebia o significado dos temas geradores revelados, urgindo o desejo de relações dialógicas individualmente.

4.4.6 Círculos de Diálogo

Nesta fase da pesquisa realizei 05 Círculos de Diálogo que envolveram a participação de lideranças comunitárias e profissionais da saúde, com uma média de 1:30 a 2:00 horas cada, realizados em locais diversos, como escolas, igrejas, associações e Unidade de Saúde. Como vários temas geradores estavam emergindo nas diversas situações de Círculos de Cultura, e estava me sentindo insegura com relação a estas temáticas por não conhecer de perto a realidade que se apresentava, propus dialogar com algumas lideranças e profissionais, a fim de me interar mais do contexto que se apresentava.

A questão discutida durante os encontros estava relacionada, principalmente, ao tema da promoção, que através de um diálogo horizontal, aberto, refletiu-se sobre as condições de vida e saúde desta realidade e envolveu, principalmente os questionamentos de: promoção, prevenção, SUS, qualidade de vida, intersetorialidade, integralidade, participação popular, saúde da família e processo saúde e doença.

Estes diálogos individuais revelam o que Freire (1996) aborda como os anseios, as frustrações, as descrenças, as esperanças, o ímpeto de participação, e também de certos momentos estéticos da linguagem do povo.

Por meios destes questionamentos emergiram os temas geradores de: falta de lazer; falta de integração entre os profissionais e comunidade; pronto atendimento 24 horas; desmobilização popular; envolvimento das instituições religiosas; gravidez na adolescência; resistência para o trabalho do ACS: falta de intersectorialidade; superpopulação e falta de informação sobre o tema da promoção da saúde.

Esta problematização veio ao encontro dos temas já levantados, em outras situações de Círculos de Cultura, confirmando a persistência de pontos importantes que dificultam tanto a implantação de ações de promoção da saúde como a da Saúde da Família.

Nestes ‘Círculos de Diálogos’, os atributos da Atenção Primária à Saúde como acessibilidade e integralidade (STARFIELD, 2002) e o princípio da participação da comunidade defendido pelo SUS (BRASIL, 1988), foram pontos importantes, discutidos e que de certa forma ajudaram a contextualizar os temas geradores acima mencionados.

Em relação à acessibilidade do serviço de saúde, muitos vêem como resultado da condição social, situação sócio econômica:

Se eu chegar lá no posto, posso ser bem atendida, mas o que vale aqui é a condição social de cada pessoa, e que tem, tem quem indica, que predomina (liderança comunitária, Círculos de Diálogo).

O acesso também se destacou com a idéia da integralidade, o que eles analisam como falta de carinho:

Percebo que falta carinho no posto, e isso falta mesmo...se tem um paciente mais idoso esperando poderiam ir lá confortar esta pessoa explicando o porque da demora...mas isto não acontece...não se têm paciência...falta o carinho pelos

médicos e outros profissionais...pessoa que procura o SUS já tem baixa-estima baixa...(liderança, Círculos de Diálogos).

Com relação à participação da comunidade foi relatada claramente a falta de mobilização popular, para se garantir melhor acesso as condições de vida e saúde da população. A luta pelo direito a cidadania depende de inúmeros fatores e conforme relatado:

Os políticos não pensam em escolas, posto, transportes. O povo pode reclamar, mas eles não pensam na infraestrutura. As crianças vivem na rua. O alcoolismo e as drogas não são algo particular só da periferia...quando se convida a população para participar muitos ficam num boteco bebendo ao invés de lutar pela vida, e assim é um grupo pequeno lutando pelos fortes (liderança, Círculos de Diálogo).

Esclarecem, também, que a falta de participação popular pode trazer conseqüências no futuro, e quem sai perdendo é a população do Complexo Ribeirão Verde. Relacionam a desmobilização popular com a situação política que passa o município:

...da forma que eles governavam era mais fácil de se conseguir algo para o bairro, mas agora o governo atual não abre caminho para se conversar (o governo é bem fechado). Isto vem de séculos atrás da época de coronéis e usineiros, e temos que brigar para se conseguir o básico como escolas, unidades básicas de saúde porque pelo espaço previsto não se consegue estrutura básica (liderança comunitária, Círculos de Diálogo).

Neste sentido, as discussões com algumas lideranças e profissionais originaram reflexões importantes dos temas que envolviam a realidade de saúde da USFHS e complexo. Estes diálogos foram positivos, pois através deles houve uma maior aproximação do pesquisador com a equipe de saúde, usuários e lideranças e permitiu a sua continuidade para um maior número de pessoas que ajudaram a pensar e analisar sobre o tema da promoção e colaboraram para que houvesse os Círculos de Cultura.

4.4.7 Círculos do Movimento dos Sem Terra – MST

As 02 atividades de ‘Círculos de Cultura do MST’, foram realizadas em um assentamento vinculado ao Movimento dos Trabalhadores Rurais Sem-Terra, no complexo Ribeirão Verde/Ribeirão Preto. Nesta atividade participaram, profissionais de saúde, ACS, pesquisador e auxiliar de pesquisa e 14 coordenadores de saúde do MST.

No Brasil, o MST começa a se organizar em 1979, e surge como resposta às profundas transformações econômicas e formas de expropriação no campo, decorrentes da modernização agrícola ocorridos na década de 70. Em virtude, da situação de extrema espoliação, os trabalhadores rurais assumiram o desafio de tentar resistir no campo e buscar formas de luta pela terra, em suas próprias regiões ou em outras regiões para onde as lutas os conduzissem (COELHO et al., 2005).

A área do MST faz parte da Extra Área de abrangência da USFHS, com 400 famílias no MST e 129 no Movimento de Libertação dos Sem Terra – MLST. Este último representa uma dissidência do MST, e não possui uma estrutura de organização de assentamento como o do primeiro que se localiza em uma área fechada, de acesso restrito, sendo permitida a entrada somente para pessoas autorizadas. O mesmo possui 14 núcleos (saúde, educação, lazer, transporte e outros) e se reúnem semanalmente para discutir a dinâmica de funcionamento interno e os problemas relacionados ao contexto da saúde.

O envolvimento da USFHS no assentamento ocorre mediante a participação de um profissional do PACS e ACS, morador no assentamento, nas reuniões dos coordenadores da saúde. Estas visitas objetivavam, principalmente: 1) distribuir medicamentos básicos e materiais de procedimentos (curativos e termômetros) e preservativos e 2) aliviar um pouco da pressão

exercida pelo MST, para reivindicar um maior número de vagas nos agendamentos e melhor acesso aos tratamentos de urgência e emergência na USFHS.

A USFHS justificava a sua participação no assentamento do MST e suscitava esperanças de atendimento para esta população que não se incluía na área de abrangência das equipes de SF:

...então temos que ver o que precisa trabalhar...por isso que viemos até vocês, foi quando vocês começaram a procurar o posto. Não foi porque estavam indo muito e aí viemos até aqui para ajudar a cuidar mais da saúde, para evitar o cansaço de vocês de virem ao posto a toa...(profissional, Círculos do MST).

Contudo, quando o usuário vai à Unidade de Saúde alguma demanda ele está levando, vai “queixar de alguma coisa”, vai querer “falar do bairro”, da “família”. No diálogo podem se descobrir outras coisas, mas deve ocorrer o acolhimento, a escuta, a articulação e a intersetorialidade com usuários e profissionais e demais segmentos da sociedade.

A minha participação nestes encontros ocorreu através de um convite de profissionais da Unidade de Saúde, onde pude conhecer mais de perto as condições de miséria e abandono em que vivia esta população. Isto também despertou em mim o desejo de diálogo, que fortalecido naquilo que Paulo Freire (1987) chama de uma intensa fé nos homens, permite dialogar com estas lideranças. Por acreditar nisto, busquei conversar sobre o tema da promoção e propus a realização de Círculos de Cultura nos assentamentos, com estas lideranças e representantes da USFHS, que se inseriam nas equipes de SF. O grupo demonstrou muito contentamento e disponibilidade para realização destas atividades, levantando 06 temas relevantes para serem discutidos durante 05 encontros: hipertensão arterial e tuberculose; menopausa e osteoporose; primeiros socorros; animais peçonhentos e diabetes.

O resultado deste levantamento demonstrou o desconhecimento e a prevalência de situações de saúde e doença que necessitavam de uma maior compreensão por parte dessas lideranças, e enfrentar os inúmeros riscos que os assentados viviam até obter recursos de saúde.

Este universo temático problematizado nos encontros de ‘Círculo de MST’ foi ao encontro dos temas geradores nas outras atividades de Círculos, destacando-se: queixa da conduta médica e odontológica; superpopulação; pronto atendimento 24 horas; dificuldade de agendamento das consultas médicas e odontológicas na Unidade de Saúde.

A necessidade de intervenção das estratégias de promoção da saúde, neste assentamento, aflorava e requeria soluções e encaminhamentos imediatos. A motivação e participação dessas lideranças, durante os Círculos, indicavam também o desejo de mudanças das condições de vida e miséria em que viviam. No entanto, para que houvesse uma maior mobilização social e melhoria da qualidade de vida daqueles assentados, era necessário uma maior mediação e aproximação da USFHS que, naquele momento, não dispunha de equipe de SF suficiente para atender aquela área.

A implantação de uma 4ª equipe de SF iria possibilitar a cobertura desta extra área de abrangência na qual estavam incluídos os assentamentos. A USFHS constituía-se a única disponibilidade de recursos de cuidados de saúde e a implantação de mais uma equipe de saúde seria a alternativa mais viável de serviços para esta população. Por outro lado, quando as lideranças foram estimuladas a participar da CLS e reivindicar a implantação de mais uma equipe de SF, compareceram em um único encontro para solicitar a aquisição de material:

Vim na reunião para ver se consigo arrumar um aparelho de pressão, se tivermos um aparelho é melhor, porque muitos têm pressão alta e tomam remédio (liderança, Círculos da CLS).

A questão que se colocava era importante, pois os representantes do MST participaram da CLS, a fim de reivindicar soluções para seus problemas imediatos, que naquele momento não representavam a implantação de mais uma equipe de SF, mas o atendimento de pessoas com hipertensão arterial.

Neste sentido, concordo com Valla (1998) quando comenta que a tendência dos profissionais frente aos saberes da população é o de ignorar, ou considerá-los conformistas com a realidade, mas eles geralmente procuram expressar suas experiências concretas, suas vivências e almejam melhorar suas condições de vida. Embora muitos profissionais estejam preocupados com as necessidades da população para que se organizem e reivindiquem seus direitos e serviços básicos de qualidade, muitas vezes querem que a população participe para solucionar problemas dos quais não dão conta.

4.4.4.1 Temas Geradores

Os temas geradores foram surgindo na medida em que se discutia sobre a realidade de saúde, sendo investigado nesta primeira etapa, 29 temáticas significativas, conforme Organograma I, descrito na sequência. Descrevo a seguir como cada tema foi sendo gerado e sua relação com os cinco campos de ação da promoção da saúde: políticas públicas saudáveis, criação de ambiente sustentáveis, a reorientação dos serviços de saúde, o fortalecimento da ação comunitária e o desenvolvimento da capacidade individual.

1) – Falta de lazer no Complexo Ribeirão Verde.

Tema relacionado às políticas públicas e meio ambiente saudável.

Este tema surgiu a partir de questionamentos e reflexões dos usuários, profissionais da saúde e lideranças comunitárias durante a realização dos Círculos de Cultura, de que no bairro existia pouca infra-estrutura de lazer, como: praças, parques, áreas verdes, quadras de esporte e outros. A falta destes espaços interferia de forma negativa na qualidade de vida e saúde destes moradores, levando-os ao isolamento social e tristeza, aumento das drogas, álcool, gravidez na

adolescência. Foi discutido que a ociosidade do tempo livre poderia ser preenchida com outras atividades recreativas e de lazer e diminuiria este problema.

2) “Depressão” na população.

Tema relacionado ao cuidado, políticas públicas saudáveis e criação de ambientes favoráveis, fortalecimento da ação comunitária.

Este tema da “depressão na população”, como chamado pelos usuários e profissionais de saúde, estava mais relacionado aos sinais e sintomas de tristeza, solidão e isolamento social, do que à depressão propriamente dita. Não estava ocorrendo um diagnóstico clínico de depressão, mas se atribuindo aos diversos casos de tristeza, a definição de “depressão” e a partir disto originou-se este tema gerador. Assim, durante os Círculos de Cultura de Quarteirão, CLS, Equipe as pessoas estavam sendo estimuladas a participar de grupos de artesanato, PIC, Qi Gong, para diminuir seus quadros chamados de “depressivos”.

3) Gravidez na adolescência

Tema relacionado ao cuidado, qualidade de vida, políticas públicas saudáveis e criação de ambientes favoráveis.

Este tema surgiu a partir do aumento da incidência de casos de gravidez na adolescência. Problematicou-se que este tema estava relacionado, principalmente com a crescente migração no Complexo Ribeirão Verde e falta de infra-estrutura, como: escolas, emprego e lazer, e isto levava o aumento do tempo livre dos adolescentes e conseqüentemente a uma gravidez precoce.

4) Alcool e drogas.

Tema relacionado ao cuidado, qualidade de vida, política pública, reorientação do serviço de saúde.

A origem deste tema também está relacionada com a problematização de que a falta de infra-estrutura para lazer, trabalho e educação no Complexo Ribeirão Verde e o aumento da migração estão contribuindo para o aumento de casos de álcool e drogas.

5) Falta de comunicação entre os profissionais e destes com a comunidade.

Tema relacionado à gestão do trabalho e reorientação dos serviços de saúde.

Este tema originou-se a partir de análises e reflexões de que os profissionais não desenvolviam suas ações de trabalho em conjunto com os diversos campos profissionais. Foi apontado, também pelos usuários e lideranças comunitárias, que o diálogo entre os profissionais da unidade e comunidade era distante, mantinha-se uma postura autoritária e centralizadora durante o desenvolvimento das ações de saúde.

6) Dificuldade de agendamento das consultas médicas e odontológicas.

Tema relacionado à gestão do trabalho e reorientação dos serviços de saúde.

Este tema surgiu a partir de reclamações dos usuários e lideranças comunitárias sobre a dificuldade de se obter consultas nas áreas de medicina e odontologia. A queixa que levou a problematização deste tema foi de que a população deveria esperar, aguardar por longos períodos de tempo, e muitas vezes tiveram que procurar Unidades de Saúde com Pronto Atendimento – 24 horas para serem assistidos. Trabalhadores da Unidade de Saúde ‘Herbet de Souza’ também pontuaram esta temática, identificando como falta de profissionais nestas áreas para atender a demanda da população.

7) Reunião com a comunidade através de queixa conduta médica e odontológica.

Tema relacionado a reorientação dos serviços de saúde e cuidado.

Este tema surgiu a partir da realização dos Círculos de Quarteirão, quando nas discussões e reflexões realizadas com os profissionais e usuários, levantavam-se somente questões relacionadas às queixas de doenças e quais eram as condutas médicas e odontológicas. Nestes

espaços, por exemplo, não se problematizava os aspectos, os fatores que estavam relacionados com realidade de saúde da USFHS e Complexo Ribeirão Verde.

8) Dificuldade de transporte coletivo.

Tema relacionado à política pública, participação popular, *empowerment*.

Este tema foi levantado a partir das discussões e elaboração de um abaixo assinado para reivindicar o aumento de transporte coletivo para o Complexo. Levantaram que o Centro da cidade e a Unidade Básica Distrital de Saúde ficavam muito distantes do bairro e havia poucos horários de ônibus, sendo discutida a possibilidade de programar um maior número de ônibus.

9) Pronto Atendimento 24 horas – Equipe de Referência.

Tema relacionado à gestão do trabalho, reorientação dos serviços de saúde, política pública de saúde.

Esta temática foi uma das mais problematizadas pelos sujeitos participantes. Apontaram à necessidade de implantar um serviço de Pronto Atendimento – 24 horas na Unidade de Saúde, para encaminhar as demandas de atendimento de saúde do Complexo, advindas do aumento da população e falta de recursos físicos na USFHS. A implantação desta equipe de Pronto Atendimento - 24 horas resolveria os casos imediatos, como as urgências e emergências e a população não teria que se deslocar para a UBDS – Norte – Unidade de Referência para esta Unidade de Saúde.

10) Dificuldade de espaço físico na Unidade de Saúde da Família ‘Herbet de Souza’.

Tema relacionado à gestão do trabalho.

Esta temática foi problematizada a partir da dificuldade concreta que os profissionais de saúde estavam encontrando na Unidade de Saúde para desenvolver suas ações de saúde. Havia poucas salas para consultas, atividades terapêuticas e de grupos, das 03 equipes de Saúde da

Família, demais profissionais da Unidade, os alunos e professores do curso de medicina e enfermagem do Centro Universitário Barão do Mauá e esta Unidade.

11) Falta de diálogo entre os próprios profissionais de saúde e usuários.

Tema relacionado ao cuidado, gestão do trabalho, reorientação dos serviços de saúde, fortalecimento da ação comunitária.

A problematização deste tema surgiu a partir das reflexões produzidas, principalmente nos Círculos de Quarteirão, CLS quando muitos dos participantes levantaram a dificuldade de dialogar com os profissionais da USFHS.

12) Falta de Informação sobre o tema da promoção da saúde.

Tema relacionado à reorientação dos serviços de saúde, construção do conhecimento e qualidade de vida.

Este tema foi evidenciado principalmente nas atividades de Círculos de Diálogos, quando questionado sobre a compreensão do tema da promoção da saúde. Nas discussões e reflexões, muitos dos sujeitos participantes revelaram confusão sobre este tema, dificuldade de entendimento, sendo apontado como um tema gerador importante.

13) Implantação da 4ª equipe de Saúde da Família

Tema relacionado à gestão do trabalho, reorientação dos serviços de saúde, políticas públicas de saúde, fortalecimento da ação comunitária.

Este tema surgiu a partir da importância de implantação de mais uma equipe de Saúde da Família na USFHS, mas com dificuldade concreta para colocá-la na Comunidade. Isto é, com a falta de espaço físico na Unidade de Saúde, deveria ser implementada em outro local, mas não estava sendo encontrado nenhum espaço físico adequado para sua instalação.

14) Dificuldade para realizar acolhimento na Unidade de Saúde.

Tema relacionado à gestão do trabalho e cuidado e reorientação do serviço de saúde.

Este tema originou-se a partir das discussões realizadas nos Círculos de Equipe e Grupo Gestor, quando a SMSRP solicitou a implementação das diretrizes de acolhimento pelos profissionais na USFHS. Porém, para reorganização da assistência na lógica do acolhimento os profissionais deveriam elaborar novas estratégias de trabalho para humanizar a atenção à saúde na Unidade, mas consideravam que não estavam habilitados para desenvolver estas ações em saúde.

15) Realização do cadastramento na comunidade com duplicidade. USFHS e Centro Universitário Barão do Mauá.

Tema relacionado à gestão do serviço, reorientação do serviço de saúde, políticas públicas de saúde.

Este tema surgiu a partir dos questionamentos realizados pelos ACS durante os Círculos de Cultura de Equipe, Grupo Gestor e de ACS, de que ocorria duplicidade do cadastramento das famílias na comunidade. Os ACS realizavam esse cadastramento na sua micro área e os alunos e professores do Centro Universitário Barão do Mauá desenvolviam outro na mesma área. Não havia integração entre ambos, gerando conflitos tanto na comunidade como na Unidade de Saúde. Este tema desvela a dificuldade de articulação e entrosamento entre a universidade e o serviço de saúde.

16) Superpopulação no Complexo Ribeirão Verde.

Tema relacionado as políticas públicas de saúde, ambiente saudável, reorientação dos serviços de saúde.

Este tema foi levantado a partir da problematização do aumento da migração para o Complexo Ribeirão Verde. Com a abertura de novos loteamentos no bairro, a população estava crescendo em número maior do que o estimado e isto ocasionava problemas de infra-estrutura e conseqüentemente interferia na realidade de saúde.

17) Desmobilização da Associação dos Moradores do Complexo e falta de participação popular.

Tema relacionado à política pública de saúde, *empowerment* e participação popular.

Este tema foi problematizado a partir da dificuldade de participação das organizações populares, população, associações, lideranças comunitárias e/ou representatividades de que era inexpressiva a mobilização e organização destes segmentos populares, diante dos inúmeros e crescentes problemas oriundo da USFHS e Complexo Ribeirão Verde.

18) Dificuldade de acesso ao serviço de saúde.

Tema relacionado às políticas públicas de saúde, gestão do serviço e reorientação do serviço de saúde, fortalecimento da ação comunitária.

Este tema foi problematizado a partir de questionamentos de que a USFHS não disponibilizava de recursos humanos e físicos suficientes para atender os casos de urgência e emergência, os casos clínicos e outras consultas requeridas pela população no Complexo. Quando esta população buscava o recurso de saúde na Unidade, necessitava esperar por longos períodos de tempo e para obtê-la em outras Unidades de Saúde, hospitais e outros serviços, o acesso também era difícil.

19) Resistência para aceitar o trabalho dos Agentes Comunitários de Saúde – ACS.

Tema relacionado ao cuidado, gestão do trabalho e reorientação dos serviços de saúde.

Este tema surgiu a partir dos diálogos realizados com os ACS que revelaram a dificuldade de aceitação do seu trabalho, tanto por parte dos profissionais de saúde como pelos usuários. Através desta problematização originou-se o tema da resistência aos ACS e criou-se um Círculo específico para discutir esta temática.

20) Falta de Intersetorialidade.

Tema relacionado à gestão do trabalho, políticas públicas de saúde.

Diante dos inúmeros problemas relacionados com a falta de infra-estrutura no Complexo e Unidade de Saúde, discutiu-se nos Círculos a necessidade de realizar parcerias e articulações com os diversos segmentos sociais para direcionar estas questões emergentes. Porém, foi levantado que uma das maiores dificuldades era a falta de intersetorialidade para conduzir estas questões.

21) Resistência dos profissionais de saúde em trabalhar na lógica do PSF – trabalho voltado para especialidade.

Tema relacionado à gestão do serviço, reorientação dos serviços de saúde e políticas públicas saudáveis.

Este tema foi problematizado pelos profissionais, durante as atividades de Círculos de Equipe, Grupo Gestor, Diálogos, de que haviam sido implantadas 03 equipes mínimas de Saúde da Família na Unidade e desde a sua inauguração em maio de 2004, não vinham trabalhando com os princípios e diretrizes desta estratégia de reorientação da atenção básica.

22) Envolvimento das Instituições religiosas.

Tema relacionado à participação popular, política pública.

Este tema foi evidenciado a partir do levantamento do número expressivo de instituições religiosas na comunidade e a sensibilização da pesquisadora para mobilizar essas entidades a participar dos Círculos de Cultura.

23) Falta de apoio e participação da SMSRP com as equipes, bem como a carência de recursos humanos e materiais.

Tema relacionado à gestão dos serviços de saúde, reforço da ação comunitária.

Este tema originou-se com a reivindicação dos profissionais de saúde, de que a Secretaria Municipal de Saúde deveria desenvolver o planejamento e organização dos serviços de saúde mais próximo da realidade. Evidenciaram que as ações e ou/ programas de saúde eram organizados em nível de gabinete, sem a participação dos profissionais que deveriam se

responsabilizar com a execução prática. Além disso, a falta de recursos humanos e materiais nos serviços de saúde dificultavam o desenvolvimento das ações de saúde propostas pela SMSRP.

24) – Boa convivência dentro da equipe e com a população, receptividade.

Tema relacionado à gestão dos serviços e cuidado.

Este tema foi levantado com a reflexão de alguns profissionais, que apesar de todas as dificuldades existentes na Unidade e Complexo, mantinha-se um bom relacionamento social entre as equipes e população. Apesar de todas as reivindicações e necessidades apontadas pelos profissionais, usuários e lideranças comunitárias levantaram que as relações de trabalho e as relações com os usuários eram amistosas e sem muitos conflitos, evidenciando-se assim como um tema gerador positivo.

25) Dificuldade de atender aos problemas da população.

Tema relacionado à gestão dos serviços de saúde, reorientação do serviço, políticas públicas, meio ambiente saudável, *empowerment* e participação popular.

A identificação deste tema estava relacionada à incidência do aumento da população no Complexo, a distância deste bairro para o centro da cidade e/ou locais que apresentavam melhores recursos de saúde, falta de lazer para a população e crescimento rápido do bairro sem condições de infraestrutura ou planejamento compatíveis com as necessidades da comunidade.

26) Necessidade de maior capacitação prática das equipes.

Tema relacionado à gestão do serviço e educação permanente, desenvolvimento de habilidades pessoais.

Este tema foi problematizado a partir da participação dos profissionais das equipes de Saúde da Família da Unidade, nas atividades práticas do curso de Especialização em Saúde da Família. Foi levantado que durante o desenvolvimento deste curso, as aulas, os seminários e

outras atividades desenvolvidas eram muito teóricas e deveriam estar mais próximas da prática concreta.

27) – Dificuldade dos profissionais em realizar atendimento domiciliar - trabalho de grupo.

Tema relacionado ao cuidado, gestão do trabalho, reorientação dos serviços de saúde.

Com o aumento da demanda de usuários e ações de saúde na Unidade de Saúde, as equipes de Saúde da Família problematizaram que estes fatores dificultavam a realização de atividades de grupo, visitas domiciliárias e outras atividades terapêuticas. Este tema surgiu a partir de uma reclamação dos profissionais e não como uma necessidade expressa para a reorganização do processo de trabalho na lógica da Saúde da Família.

28) Dificuldade de articular o atendimento domiciliar/ acompanhamento das famílias pelos funcionários do PSF.

Tema relacionado à reorientação dos serviços de saúde, cuidado, gestão do trabalho, desenvolvimento de habilidades pessoais.

Este tema também emergiu a partir da problematização do aumento da demanda das ações de saúde na Unidade de Saúde. Analisaram os profissionais que o grande fluxo de atendimentos na Unidade dificultava o acompanhamento dos usuários acamados e que necessitavam de cuidados domiciliares na sua micro área de atuação, sendo levantado como um tema gerador.

29) Dificuldade de romper com a hegemonia médica e propor um trabalho interdisciplinar.

Tema relacionado ao cuidado, qualidade de vida e políticas de saúde e relações sociais.

Este tema emergiu a partir de questionamentos de que as ações de saúde na Unidade estavam muito direcionadas para o modelo de atenção à saúde de consultas médicas, com

ênfoque na doença e no indivíduo, mesmo considerando que nesta Unidade estivessem inseridas 03 equipes mínimas de Saúde da Família.

Conclui-se que todos estes 29 temas geradores estão interligados e têm relação íntima com as cinco principais estratégias da promoção da saúde, sejam aquelas que ocorrem no micro espaço político da Unidade de Saúde como a produção do cuidado, a comunicação entre trabalhadores e estes com os usuários, o desenvolvimento de suas autonomias e responsabilização, o *empowerment*. Aquelas de responsabilidade do nível da política municipal, estadual de saúde, como a criação de ambientes favoráveis à saúde, qualidade de vida, políticas públicas saudáveis e também aquelas de mobilização comunitária e desenvolvimento de habilidades pessoais para aprender através da vida e enfrentar os seus diferentes estágios.

Na nova promoção da saúde a estratégia de reorientação do serviço de saúde busca a ampliação dos enfoques curativo e clínico de forma a desenvolver uma atenção em saúde mais integral, voltado para a produção do cuidado em saúde. Porém, dentre os campos de ação da promoção, este é o que apresenta maiores debilidades e desafios e isto poderia ser melhorado através de: círculos de cultura, diálogos, autonomia e emancipação dos sujeitos, responsabilização, gestão do cuidado, ampliação da clínica. Dos temas geradores investigados nos Círculos de Cultura estão interligados, merece atenção e foram investigados a partir do processo de trabalho, mas revelaram também relação com outras temáticas.

No organograma I estão apresentados os 29 temas estudados na primeira etapa deste estudo. No próximo item descreverei o segundo momento desta pesquisa, com a explicitação dos 09 temas geradores mais relevantes sintetizados e sua codificação e decodificação.

Organograma I - Investigação dos principais Temas Geradores

Fonte:- Círculos de Cultura realizado na USFHS e Complexo do Ribeirão Verde, 2005.

4.5 2º Momento – Codificação e Descodificação dos Temas Geradores.

Este segundo momento ocorrido de julho a setembro de 2005 se caracterizou pela codificação e decodificação dos temas geradores levantados no primeiro momento. Este momento consiste do que Freire (1967) chama de situações locais vívidas que abrem perspectivas para a análise de problemas nacionais e regionais. Nelas vão se colocando os temas geradores e isto pode englobar uma situação toda, quando pode referir-se a um dos elementos da situação.

Levantados as 29 temáticas nos Círculos de Cultura descritos anteriormente, se procedeu à análise das situações com a visualização dos temas geradores entre os participantes. A partir disto, foi estabelecido um maior vínculo com a realidade e analisado nos diversos Círculos a relevância e interligação entre as temáticas, sintetizando-as inicialmente em 21 unidades e priorizando-as posteriormente em 09 os temas mais significativos para serem trabalhados na continuidade dos Círculos de Cultura. Estes temas foram: 1) - “depressão” na população; 2) - superpopulação no Complexo Ribeirão Verde; 3) – resistência dos profissionais em trabalhar na lógica da Saúde da Família. Trabalho voltado para especialidade; 4) - dificuldade para atender e acolher os problemas e necessidades da população; 5) - necessidade de maior capacitação prática das equipes; 6) - necessidade de pronto atendimento 24 horas e/ou equipe de referência; 7) - dificuldade de realizar acolhimento na USFHS; 8) - resistência dos profissionais e população em aceitar o trabalho dos ACS; 9) - falta de informação e compreensão sobre o tema de promoção da saúde.

Descreverei a seguir a codificação, decodificação e o desvelamento crítico destes 09 temas selecionados nas atividades de Círculos de Cultura. Para cada tema priorizado, foi elaborado um quadro síntese, extraído das falas e reflexões dos participantes da pesquisa.

Estes quadros síntese contemplaram os temas geradores priorizados e os associados a ele, a sua codificação, decodificação e desvelamento crítico. Neste momento da pesquisa, a fase do desvelamento crítico demonstrou apenas indicações, sensibilizações, estímulos e/ou ações concretas e discretas de encaminhamentos destes temas codificados/ decodificados, pois se assinalava ainda um ensaio, uma possibilidade de tomada de consciência do que a realidade representava aos participantes. Voltarei a análise do desvelamento crítico no próximo item, que é o terceiro momento.

4.5.1 Quadro 1 Tema Gerador: “Depressão” na população

TEMA GERADOR: “DEPRESSÃO” NA POPULAÇÃO	
CODIFICAÇÃO	DESCODIFICAÇÃO
<p>Alta incidência de depressão na população.</p> <p><u>Outros temas geradores presentes aqui:</u></p> <ul style="list-style-type: none"> ➤ Transporte coletivo; ➤ Falta de lazer; ➤ Álcool/ Drogas; ➤ Dificuldade de reestruturação do modelo assistencial; ➤ Superpopulação no bairro. 	<ul style="list-style-type: none"> ➤ Sente-se sozinha; ➤ Bairro afastado do centro; ➤ Poucas áreas de lazer; USFHS desenvolve atividades manuais na Unidade (artesanato). ➤ Aumento da população do bairro com pouca infraestrutura (escolas, lazer, instituições de saúde, empregos); ➤ Não ‘pago mais o aluguel’, mas vive isolado, não tem o que fazer; ➤ Ausência de profissionais qualificados para trabalhar o tema da Depressão; ➤ Isolamento social: tem levado ao aumento do problema com a dependência do álcool e drogas e o aumento de incidência de gravidez na adolescência.

DESVELAMENTO CRÍTICO

- Indicação e participação concreta no grupo de artesanato, realizado todas as quintas feiras à tarde na USFHS;
- Indicação e ação concreta - Enfermeira da USFHS realizava trabalho de grupo mensal com os dependentes químicos, alcoolistas e visitas domiciliares e diálogos com estes usuários;
- Ação discreta e sensibilização da AMCRV e CLS da necessidade de melhorias das condições de vida e saúde do complexo;
- Encaminhado relatório das condições de vida e saúde do bairro para o Secretário Municipal de Saúde e agendado reunião com a equipe da USFHS, Planejamento e grupo gestor;
- Estímulo/indicação e ação concreta para participar do PIC, QI GONG e realização de caminhadas em conjunto com os Agentes Comunitários de Saúde da Unidade;
- Indicação de reunir a comunidade na sede da associação dos moradores para realizar atividades de lazer: futebol, churrascos, etc.
- Ação discreta das pessoas evangélicas a participar de atividades da igreja (grupo de jovens, coral, grupo de canto, leitura da bíblia e cultos);
- Estímulo e indicação para os moradores, usuários, profissionais, lideranças para participar dos Círculos de Quarteirão, CLS e Artesanato.

Fonte: Círculos de Cultura realizados na USFHS e Complexo Ribeirão Verde, 2005.

Valentini et al. (2004) em uma pesquisa realizada no Brasil constataram que de 2 a 12% dos indivíduos desenvolveram depressão no seu ciclo de vida. Evidenciaram que esses índices são mais altos entre os pacientes nos serviços de Atenção Primária à Saúde – APS. Apesar da alta prevalência dos quadros de depressão nos serviços de saúde, seu diagnóstico e tratamento medicamentoso e psicológico são ainda insuficientes. A depressão está muito relacionada a determinação biológica, mas principalmente social e ela incide mais nos níveis com menor condições de vida.

Em algumas pessoas, a depressão ocorre quando há mudanças na vida como, por exemplo, a morte de um animal de estimação, ou a morte de um filho ou do esposo, a separação de um cônjuge, a perda do emprego, ou é acometida por uma doença grave, a tristeza pode ser muito intensa e prolongada.

Para Fleck e colaboradores (2002), em uma pesquisa realizada em uma capital brasileira constataram que a presença de quadros depressivos na população reforça a afirmativa da associação entre o pior funcionamento social, qualidade de vida e maior utilização de recursos de saúde em pessoas de cuidados primários. No entanto, estes dados quando pesquisados em fonte nacionais Lilacs e Scielo mostram ausência de trabalhos brasileiros que estudem esta associação entre depressão, funcionamento social ou qualidade de vida, sendo mais encontrados em trabalhos na Europa e nos Estados Unidos.

Mas, apesar desses dados serem incipientes na literatura, nas atividades de 'Círculo de Cultura' prevaleceu uma correlação entre as angústias, tristezas, melancolia e condições de vida²⁶ (emprego, renda, lazer) dos moradores do complexo Ribeirão Verde. As atividades que integram o modo de vida desta população merecem ser estudadas cuidadosamente, nos quais podem facilitar conhecimentos que contribuam para elaborar estratégias de promoção da saúde e melhorar sua qualidade de vida. Pois, conforme depoimento a seguir:

O bairro não tem qualidade de vida, muito problema de emprego, você imagina aí do lado de fora. Aqui não tem favela, mas dentro das casas têm muita favela, porque muitos ganham menos que cem reais...aqui é um bairro novo, sem infraestrutura...muita coisa tem que melhorar, transporte, emprego, lazer...não tem nenhuma praça (profissional de saúde, Círculo de diálogo).

O desemprego é evidenciado como o fator mais importante que interfere nas condições de vida dos moradores e tem impulsionado o desenvolvimento de sintomas depressivos na população, como apontado a seguir:

Aqui no bairro tem muito desemprego e isso acarreta a doença...se tiver uma vida mais saudável...não vai ter nada...não se fica triste, angustiado...mas aqui não tem nada para fazer...tem é que ir para as Igrejas...(ACS, Círculos de Artesanato).

²⁶ Não foi realizado um diagnóstico específico de condições sócio econômicas dos moradores do complexo para este trabalho. Os dados obtidos foram provenientes dos Círculos de Cultura de Observação Participante, Visitas domiciliárias, SIAB e informações dos participantes nas diversas atividades de 'Círculos de Cultura'.

O desemprego aparece como um dos componentes mais importantes que tem gerado sofrimento psíquico na população. Tanto é visto como causador de transtornos depressivos quando produz naqueles que não conseguem se inserir em uma atividade produtiva, mas também naqueles que já estão inseridos na cadeia produtiva com baixa escolaridade e qualificação profissional e sofrem as pressões cotidianas do mercado capitalista atual.

Além do desemprego, outros temas importantes foram apontados como co/responsáveis e co/partícipes da temática da depressão na população: falta de transporte coletivo, lazer; alta incidência de gravidez na adolescência, álcool e drogas; dificuldade de reestruturação do modelo assistencial; superpopulação no bairro. Assim, essa temática codificada como ‘alta incidência de depressão na população’ se desvelava para os participantes, como o ato de conhecer a realidade de forma crítica.

A descodificação que representava a análise crítica da situação codificada apontou a falta de infraestrutura no complexo como sendo um dos responsáveis pelo aumento da tristeza, angústia, melancolia, solidão dos moradores do Complexo Ribeirão Verde. Além disso, foi evidenciada a pouca qualificação profissional como uma das dificuldades que os técnicos da saúde encontravam para diagnosticar, tratar e assistir os usuários portadores e/ou susceptíveis destas situações de saúde e doença.

As descodificações da falta de infraestrutura foram associadas a: isolamento social, solidão, falta de praças e opções de lazer, falta de trabalho, emprego, bairro afastado e distante do centro da cidade, falta de escolas e instituições de saúde, ociosidade dos adolescentes com aumento do consumo de álcool e drogas e gravidez na adolescência.

Apesar da falta da infraestrutura, muitos participantes do Círculo revelaram que existe ‘coisas boas’ como a aquisição da própria casa:

É um bairro novo, com casais mais jovens que estão começando a vida... conseguiram comprar um terreno devido o baixo custo ... o problema é que ele está aí...mas bem desorganizado e com muita coisa pra fazer como transporte, emprego, lazer, praças e outras coisas...(profissional de saúde, Círculos de Equipe).

Outros profissionais revelaram que deveria ser investido mais nas ações de trabalho, principalmente por ser uma Unidade de ‘Saúde da Família’.

Alguma coisa, a gente faz, mas poderíamos fazer melhor, porque nós só “estamos apagando fogo”. A gente faz bastante, não estruturado, não em equipe, não há documentação (registro),... na minha equipe a médica não atende adulto, ela não se sente capacitada. As auxiliares de enfermagem, só uma que está saindo de vez em quando. Temos muitas informações voltadas para a doença (profissional de saúde, Círculo de Diálogo).

Na verdade, o modelo de saúde na USFHS está ainda muito centrado no caso clínico, mais especificamente na queixa mórbida que o usuário apresenta. Este não é visto ainda, como sujeito participante do seu cuidado e o profissional necessita melhorar no seu processo de trabalho, no sentido de promover o diálogo crítico e a autonomia das pessoas.

Assim, a codificação/descodificação, desvelamento crítico do tema da ‘depressão na população’ revelava, neste momento, a real necessidade de organizar os serviços de saúde a partir do entendimento dos determinantes do processo saúde e doença desta comunidade. Para amenizar o sofrimento psíquico da população do Complexo Ribeirão Verde atrelado as suas condições de vida, era necessário incorporar na prática cotidiana dos serviços de saúde e também das afiliações comunitárias, religiosas e da própria comunidade a adoção das cinco estratégias de promoção: política pública, meio ambiente saudável, habilidades pessoais, reorientação dos serviços de saúde e reforço da ação comunitária.

Urge mudanças no enfoque de atenção dos cuidados de saúde da prevenção para a promoção, abordando não somente o indivíduo, mas a família e comunidade. Estas ações de promoção devem caminhar para novos cenários, como: domicílios, locais de trabalho, creches,

lares de idosos e outros. As ações de saúde para além dos muros das instituições de saúde são importantes porque reforçam o diálogo crítico a partir das situações reais vívidas.

O grande desafio da promoção da saúde, principalmente no contexto latino americano, em que prevalece enorme desigualdade social com deterioração das condições de vida da maioria da população, consiste em transformar este cenário, conforme premissas da Declaração de Bogotá, 1992. Esta declaração reafirma a necessidade de promover a solidariedade e equidade social, a reorientação dos serviços de saúde como adoção de opções de vida saudáveis, a organização, educação, informação e comunicação com a participação ativa das pessoas (BRASIL, 2002a).

Mas, enquanto ainda prevalecem as enormes diferenças sócio-econômicas entre as pessoas na sociedade e os princípios da Declaração de Bogotá não são concretizados, deve buscar alternativas para diminuí-los. Neste sentido, nos Círculos de Cultura realizados na USFHS e Complexo, foram desveladas algumas opções de encaminhamento para o tema da ‘depressão na população’. Estas opções estavam muito relacionadas as iniciativas culturais e de lazer e eram vistas tanto como ações concretas: grupo de artesanato, diálogos com profissionais na Unidade, PIC, QI GONG, participação em atividades comunitárias e religiosas, CLS, quarteirão; como ainda necessitavam ser estimuladas, concretizadas, sensibilizadas: organização e participação popular, melhor utilização dos espaços públicos na comunidade e movimento por melhoria da infraestrutura do Complexo Ribeirão Verde.

Na realidade, a enorme dificuldade constatada pelos sujeitos nos Círculos, foi a carência de infraestrutura, principalmente o lazer e a cultura. Os espaços de lazer como locais para realização de esportes, parques e outros, eram vistos como oportunidades para diminuir as situações de risco e vulnerabilidade social a que está exposta a população, principalmente crianças e jovens. Por meio de iniciativas culturais e de lazer se poderia diminuir a violência e preencher a ocupação do ‘tempo livre’ a que estes segmentos estavam mais vulneráveis.

Para os moradores do complexo o lazer era visto como ‘atividades de diversão’ e isto ajudava a amenizar as condições de miserabilidade de várias famílias:

Lazer falta, a população do Ribeirão Verde é pobre, tem casal até trabalhando, mas tem muito desemprego aí vem o desespero, a depressão...falta lazer, não tem nenhuma diversão para as pessoas, adolescentes...as vezes tem crianças da minha área empurrando carrinho para catar papelão e poder comprar algo..isto é muito triste...(ACS, Círculos de Quarteirão).

Os encontros do círculo de artesanato realizados na USFHS também eram visto como importantes para diminuir a tristeza, a solidão, a angústia dos moradores do Complexo:

Depois que comecei a participar do grupo minha vida mudou... eu tinha depressão e só tinha vontade de chorar... tem que sair para espairecer, falo para a minha filha estou doente ...mas não estou depressiva (usuário, Círculos de Artesanato).

Por outro lado, acredito que as equipes de Saúde da Família, pela sua aproximação com as famílias e comunidade, poderiam articular-se com ações no nível local, incluindo uma melhor atuação na saúde mental. Portanto, ela poderia assumir o papel estratégico de promotora de ações de promoção e estimular práticas que mantivessem vínculos sociais, culturais e familiares dos que sofrem de algum transtorno psíquico. Descrevo a seguir, o tema da ‘superpopulação no Complexo Ribeirão Verde’.

4.5.2 Quadro 2 – Tema Gerador: Superpopulação no Complexo Ribeirão Verde.

TEMA GERADOR: SUPERPOPULAÇÃO NO COMPLEXO RIBEIRÃO VERDE	
CODIFICAÇÃO	DESCODIFICAÇÃO
<ul style="list-style-type: none"> ➤ Duas novas etapas de loteamento são abertas no Complexo Ribeirão Verde atraindo novos moradores/ migrantes para a comunidade e especulações imobiliária. <p>Outros temas geradores presentes aqui:</p> <ul style="list-style-type: none"> ➤ Falta de lazer; ➤ Depressão na população; ➤ Alta incidência de gravidez na adolescência; ➤ Álcool/drogas; ➤ Dificuldade de integração entre os profissionais e destes com a comunidade; ➤ Dificuldade de reestruturação do modelo assistencial de saúde/agendamento, atendimento e acesso a consultas médicas e odontológicas; ➤ Falta de transporte coletivo para a UBDS norte; ➤ Ausência de pronto atendimento 24 horas-equipe de referencia; ➤ Falta de engajamento da associação dos moradores do Complexo e desmobilização popular; ➤ Resistência dos profissionais de saúde em trabalhar na lógica do PSF, trabalho voltado para a especialidade. 	<ul style="list-style-type: none"> ➤ As três equipes de saúde da família foram inseridas na USF/RV para atender 6000 pessoas. Atualmente existem no bairro 18.469 pessoas. A estimativa para o ano de 2006 é de 30.109 pessoas. ➤ As três equipes de saúde da família não conseguem atender as demandas da população, não conseguem realizar diálogo, acolhimento com a comunidade, visitas domiciliárias e atividades de promoção da saúde. ➤ O processo de trabalho das equipes está voltado para o modelo ‘médico procedimento centrado’. Não conseguem trabalhar na lógica da SF. ➤ Falta de infraestrutura (escolas, lazer, instituições de saúde, empregos, transporte e outros). ➤ Reivindicação, implantação de pronto atendimento 24 horas – UBS/UBDS. ➤ Necessidade de implantar mais equipes de saúde da família. ➤ Pouca integração/mobilização entre os profissionais de saúde e a população. ➤ Prevalece diálogo autoritário, diretivo. ➤ Falta de atividades de lazer, ociosidade.

DESVELAMENTO CRÍTICO

- Indicação e ação concreta: Círculos de Cultura de quarteirão com a participação da comunidade, lideranças comunitárias e profissionais de saúde para discutir o tema da superpopulação.
- Indicação e ação concreta: reunião de estágio do curso de especialização em saúde da família - USP com a participação dos profissionais da USFHS (médico (03), enfermeiro (03), gerente, professores da USP (02), alunos do curso (03) de outras instituições, doutoranda e auxiliar de pesquisa). Nestes encontros que ocorreram mais ou menos a cada 20 dias, foram discutidas as possibilidades de reestruturação da Unidade.
- Indicação e ação concreta: Círculos de Cultura da CLS, no qual é discutido com os representantes dos profissionais e lideranças comunitárias e usuários, o tema da superpopulação.
- Encaminhado: relatório para a Secretaria Municipal de Saúde sobre o aumento da população no complexo e a necessidade de redimensionamento das equipes de Saúde da Família.
- Discussão/Diálogos: da necessidade de implantação de mais cinco equipes de Saúde da Família. Necessidade de trabalhar na lógica da SF.
- Indicação e ação discreta: líder da associação de moradores vem discutindo com os líderes religiosos sobre o aumento da população e a pouca infraestrutura no bairro.
- Indicação e ação concreta: realização de três encontros com cada equipe de saúde da família e grupo gestor, sobre a necessidade de adequação, reestruturação do processo de trabalho das equipes com a realidade da população.
- Dificuldade concreta: aumento da população e pouca infraestrutura no bairro (escolas, saúde, transporte, lazer, emprego, saneamento e outros).
- Sensibilização e estímulo: dos profissionais para discutir mais de perto as questões de saúde relacionadas a infraestrutura e superpopulação.
- Indicação a ação concreta: de diálogos nos círculos com os profissionais, usuários, lideranças sobre a necessidade de implantar UBDS ou UBS e/ou efetuar a SF.

Fonte: Círculos de Cultura realizados na USFHS e Complexo Ribeirão Verde, 2005.

O tema da ‘superpopulação no Complexo Ribeirão Verde’, confirma a análise de vários autores que demonstram, principalmente, o aumento das periferias das cidades a partir da urbanização da sociedade brasileira ocorrida a partir do século XX. Este processo urbanístico jogou a população em áreas completamente inadequadas ou desprovidas de qualquer infraestrutura, pois foram construídas cidades gigantes, parte delas feitas fora da lei, sem a participação dos governos, sem recursos técnicos e financeiros significativos. Constitui-se num imenso aglomerado de pessoas, descapitalizadas e com casas de construção arcaicas, fora do mercado formal (MARICATO, 2000).

A urbanização da sociedade brasileira, impulsionada pelo aumento da industrialização e diminuição das atividades produtivas, ligadas principalmente a cafeicultura, ocasionou a migração²⁷ de grandes contingentes populacionais para as periferias das cidades. Este fenômeno também ocorreu em Ribeirão Preto, e segundo dados do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística – IBGE censo de 2000 a taxa de população urbana era de 502.760 hab. e população rural de 2163 hab., com uma taxa de urbanização de 99,57% (RIBEIRÃO PRETO, 2006a).

Para Mishima et al. (1999) a alta concentração populacional na área urbana deste município segue o movimento histórico de outras realidades brasileiras, que se configura com o atrativo de melhores condições de vida.

A região de Ribeirão Preto apresenta excelentes indicadores econômicos e sociais e está ancorada em uma estrutura econômica diversificada: na agricultura, a boa qualidade dos solos faz com que seja grande produtora de cana de açúcar, de laranja, de soja, de amendoim, de fruticultura, e na indústria, principalmente a do setor primário, que tem ocorrido o desenvolvimento de um amplo complexo agroindustrial de álcool e açúcar. Além disso, este setor se destaca pela produção de máquinas agrícolas e equipamentos para usinas, suco de laranja, beneficiadora de café, soja, amendoim, alimentícias, ração, fertilizantes e outros (RIBEIRÃO PRETO, 2006a).

Percebe-se, portanto, que Ribeirão Preto é o centro de uma região privilegiada em termos econômicos. Este fator tem conduzido a migração de pessoas de outras regiões do país, em busca de melhores condições de vida, que no caso do ‘Complexo Ribeirão Verde’, local da pesquisa, tem assentado um grande número dessa população. A ocupação neste bairro de periferia ocorre

²⁷ Migração é definida como forma de mobilidade espacial entre uma unidade geográfica e outra, envolvendo mudanças permanentes de residências. (RENNER; PATARRA, 1980).

em virtude dos terrenos serem mais baratos, mas por outro lado com grandes deficiências de infra-estrutura.

O tema da superpopulação no complexo Ribeirão Verde é resultado deste processo de urbanização no país e em especial da região de Ribeirão Preto. Os efeitos deste processo é que acarretam, muitas vezes, o desemprego e/ou emprego informal, a falta de infra-estrutura, violência, drogas, pobreza e outros. Nos Círculos de Cultura esse tema da ‘superpopulação’ foi codificado pelos participantes, como a preocupação com a abertura de duas novas etapas de loteamento no complexo Ribeirão Verde e a vinda de novos moradores para a região.

O aumento desta população no complexo ocasionaria o surgimento de vários problemas e também, dizem respeito a outros temas: lazer, depressão, gravidez na adolescência, álcool e drogas, falta integração na Unidade de Saúde e Complexo, prevalência do modelo de saúde curativo, reivindicação de pronto atendimento 24 horas, desmobilização popular e falta de transporte coletivo para a regional de saúde.

É como manifesta este usuário:

Eu como moradora, procuro ir para outro bairro, não me integro aqui...aqui envolve tudo, desemprego tem bastante, transporte é pouco, as escolas são poucas...eles estão aumentando o bairro, mas não tem infra-estrutura (usuário, Círculos de Quarteirão).

A descodificação que procedeu a análise da codificação do tema da ‘superpopulação’ originou três pontos importantes: 1) - necessidade de implantação de mais equipes de Saúde da Família – as 03 equipes existentes na USFHS não suprem a demanda da população e não trabalham na lógica da Saúde da Família, reivindicação de Pronto-Atendimento - 24 horas; 2) - falta de infraestrutura no complexo – leva a ociosidade e ausência de atividades culturais e esportivas, falta regulação social e ambiental, precariedade dos serviços, escolas, saúde,

transporte e outros; 3) - dificuldade de mobilização e participação popular – falta de diálogo e reflexões críticas acerca da realidade de saúde.

Com relação à necessidade de implantação de mais equipes de Saúde da Família, se justifica quando o Ministério da Saúde preconiza que cada equipe deve trabalhar com micro áreas de abrangência definida, por meio de cadastramento e do acompanhamento de um número determinado de famílias.

No entanto, as 03 equipes vinham procurando dar cobertura para toda a área do complexo, e conforme dados do SIAB de outubro de 2005, a população era de 18.469 mil habitantes. Essas equipes acabavam cadastrando um elevado número de famílias e isto acarretava o estrangulamento dos serviços em todos os níveis, desde as consultas na Unidade até aos exames especializados. Diante disso, não se conseguia acompanhar as famílias cadastradas, os grupos mais vulneráveis, atualização dos registros e indicadores de saúde, tais como: mortalidade, vigilância nutricional e alimentar, imunização e realização de atividades educativas.

Por outro lado, alguns profissionais apontavam que a superpopulação não deveria ser um problema da USFHS e outros falavam o contrário, conforme depoimento a seguir:

- o aumento da população não é problema da Unidade...não devemos atender todos os problemas que não podemos assumir...
- mas como vamos conviver com estes problemas no dia a dia...?
- não dá para assumir tudo... as equipes na Unidade não foram estimadas para atender toda a população...
- mas o eventual vira consulta, porque eles não conseguem em outro lugar... (profissionais de saúde, Círculos de Equipe).

Na realidade, o modelo de saúde desenvolvido pelos profissionais das Equipes de Saúde da Família e demais técnicos da USFHS, como já mencionado anteriormente, reproduz em grande parte o paradigma biomédico. A partir deste enfoque, a produção de serviço de saúde estava centrado na assistência individualizada, do tipo pronto atendimento, que prestava ações de saúde à demanda espontânea. Esta prática na Unidade era bastante comum, sendo reivindicada e

discutida pelos sujeitos participantes dos Círculos de Cultura, a implantação de uma equipe de referência 24 horas – Pronto Atendimento.

Com relação à falta de infraestrutura no complexo, revelavam-se as consequências da migração para a região que, atraídos pelas condições de pagamento e baixos preços dos novos loteamentos, adquiriram áreas completamente desprovidas de infra-estrutura.

Portanto, a transformação desta realidade somente pode ocorrer através da mobilização e participação popular, que pela vivência nos círculos ainda precisava ser conquistada, construída. Era necessário ter a parceria dos profissionais, usuários, lideranças comunitárias e comunidade, para superar o distanciamento entre ambos e promover o diálogo em torno das situações concretas que envolvem a realidade de saúde:

O bairro só irá mudar se cada um se conscientizar e reivindicar melhorias para o bairro...as outras periferias são iguais, mas aqui no Ribeirão Verde é pior ...está em desenvolvimento, crescimento...o difícil é mobilizar as pessoas, os membros da associação, os líderes religiosos, pois como me falou um dia um pastor: ...não se preocupa...estamos orando por você (liderança comunitária, Círculos da CLS).

Assim, nas atividades de ‘Círculos de Cultura’ foram desveladas algumas indicações de ação concreta para o tema da superpopulação, tais como: estimular o diálogo crítico sobre o contexto desta temática nas atividades de círculo, bairro, CLS, equipe/grupo gestor, especialização em Saúde da Família, cujo objetivo era sensibilizar e mobilizar um maior número de pessoas; encaminhar relatório com diagnóstico da realidade do complexo para a SMSRP. Como ações discretas e sensibilizações foram apontados: promover o diálogo e reflexões internas entre profissionais, lideranças, usuários relacionando-o com a falta de infra-estrutura do complexo e a prática cotidiana da USFHS.

A análise deste tema revelou, mais uma vez, que as ações de promoção da saúde não estavam ainda incorporadas no processo de trabalho das equipes de SF. Além disso, é necessário

discutir e refletir se as questões sociais presentes na determinação do processo saúde doença devem ser preocupação dos profissionais de saúde. Mas, acredito e defendo que seja necessário introduzir na prática destes profissionais uma visão mais ampla do processo saúde e doença e envolver a participação dos vários segmentos da sociedade a fim de transformar as condições de vida da população.

Em contrapartida, a melhoria da qualidade de vida em países em desenvolvimento como o Brasil não podem ocorrer sem a participação efetiva do Estado, pois ainda há necessidade de construção e aperfeiçoamento das condições de infraestrutura da sociedade civil, uma vez que instituições públicas e privadas não podem dar conta desta tarefa sozinhas (WESTPHAL, 2003). Neste sentido, é importante pensar na construção de estratégias de viabilização, no qual trabalhadores e população possam se organizar, e exigir do Estado uma contrapartida e construir as mudanças apontadas pela autora.

Portanto, a mudança das condições de vida via Saúde da Família deve caminhar para incorporar as cinco estratégias de promoção e promover relações de aproximação entre os profissionais e população para que juntos possam buscar alternativas e melhorar os níveis de saúde a que estão sujeitos. A promoção da saúde entendida aqui de uma forma ampliada e não como uma ação prescritiva, autoritária e individualista, voltada só para as mudanças de hábitos de vida que são considerados insanos à saúde.

4.5.3 Quadro 3 – Tema Gerador: Resistência dos profissionais em trabalhar na lógica da Saúde Da Família. Trabalho voltado para a especialidade.

TEMA GERADOR: RESISTÊNCIA DOS PROFISSIONAIS EM TRABALHAR NA LÓGICA DO PSF – TRABALHO VOLTADO PARA A ESPECIALIDADE	
CODIFICAÇÃO	DESCODIFICAÇÃO
<ul style="list-style-type: none"> ➤ Consultas médicas individuais voltadas para as especialidades: pediatria, ginecologia e clínica médica; atendem dentro da cota de consultas estabelecidas pela SMSRP, não ultrapassando-as. ➤ <u>Outros temas geradores presentes aqui:</u> ➤ Diálogo autoritário (bancário) centrado nas queixas/ condutas médica e odontológicas; ➤ Dificuldade de realizar acolhimento na USFHS. 	<ul style="list-style-type: none"> ➤ Profissionais não estão preparados para trabalhar na lógica da SF, falta capacitação prática e teórica; ➤ Resistência para o trabalho na lógica de Saúde da família; ➤ Dificuldade dos profissionais e usuários, lideranças comunitárias de incorporar e implantar os saberes das capacitações e treinamentos da Secretaria Municipal e Ministério da saúde nas atividades cotidianas da USFHS; ➤ Processo de trabalho das equipes de SF está voltado para o modelo assistencial/ curativo, procedimento médico centrado; ➤ Necessidade de melhorar a estrutura física da USFHS para atividades grupais; ➤ Dificuldade de realizar atividades de promoção, educação, acolhimento, visitas domiciliárias; ➤ Distanciamento entre a gerência da atenção básica da SMSRP e a gerência da Unidade de Saúde.

DESVELAMENTO CRÍTICO	
<ul style="list-style-type: none"> ➤ <u>Ação concreta</u> da realização de cursos de especialização em Saúde da Família e capacitação profissional em atenção básica promovido pelo Ministério em parcerias com a USP e SMSRP; ➤ <u>Indicação</u> para devolução dos dados discutidos no grupo gestor promovido pela SMS, aos profissionais integrantes das equipes de saúde da família da USFHS; ➤ <u>Buscar o apoio</u> concreto da SMSRP; ➤ <u>Indicação de estímulo e participação discreta</u> dos docentes do BM na articulação do processo de trabalho da saúde da família com profissionais de saúde da USFHS (médico da família x especialidade); ➤ <u>Indicação</u> de mais tempo para discussão e encontros entre os profissionais e melhoria do espaço físico na Unidade de Saúde; ➤ <u>Indicação de esclarecimento</u> da população sobre o médico da família (atendimento generalista); ➤ <u>Indicação de reestruturação e reorganização</u> da Saúde da Família na Unidade de Saúde; ➤ <u>Indicação</u> equipe de apoio – Pronto Atendimento – 24 horas para atendimento de casos de urgências e emergência da população do Complexo Ribeirão Verde; ➤ <u>Indicação de discussão</u> da reestruturação do processo de trabalho das equipes de Saúde da Família da USFHS; 	

Fonte: Círculos de Cultura realizados na USFHS e Complexo Ribeirão Verde, 2005.

Nesses nove meses de trabalho na USFHS e no complexo RV, verifiquei que as sínteses produzidas, durante os encontros de ‘Círculos de Cultura’, principalmente do grupo gestor, foram importantes, pois revelaram a compreensão, significados e conflitos de como a Saúde da Família vinha sendo operacionalizada na prática cotidiana desta Unidade de Saúde.

Os participantes revelaram que a SF significava um sonho que é o da integralidade, o de conhecer as pessoas e famílias, atender as suas necessidades, promover a saúde e não a doença. A possibilidade da equipe trabalhar integrada, com reconhecimento e crescimento pessoal e ocorrer o diálogo entre os seus membros.

Mas compreende que, no contexto atual, há um distanciamento entre os profissionais e comunidade, existe a dificuldade de realizar as visitas domiciliárias, aumento da demanda levou ao grande aumento das atividades na Unidade, principalmente as consultas médicas e odontológicas. A gestão da SMSRP se envolve muito pouco com a realidade local e os recursos

humanos e materiais não são suficientes para atender as necessidades da demanda. Uma equipe de apoio do tipo Pronto – Atendimento – 24 horas ajudaria na resolutividade das ações de saúde. O alto volume de atividades diminui o vínculo com os usuários. Estes possuem, muitas vezes, uma visão ingênua da SF, que repassado pela mídia é a imagem do médico em casa, particular, exclusivo da família para atender as suas necessidades. Estas representações geram conflitos e pressões entre população e profissionais de saúde. Mencionam, ainda, que a capacitação técnica e teórica dos profissionais nos cursos de capacitação em SF é distante da realidade de saúde.

A partir destes questionamentos, este tema da ‘resistência dos profissionais em trabalhar na lógica da SF – trabalho voltado para a especialidade’ foi codificado como: consultas médicas individuais voltadas para as especialidades de ginecologia, pediatria e clínica médica. Este atendimento é realizado dentro das cotas de consultas estabelecidas pela SMSRP, não as ultrapassando. A partir desta codificação foram agrupados os temas do diálogo autoritário entre profissionais e usuários, centrado nas queixas/conduas médicas e odontológicas e dificuldade de realizar acolhimento na USFHS.

Desta forma, o conceito de ‘Saúde da Família’ foi definido a partir da realidade concreta das pessoas. Dentro da representação de alguns aspectos dessa realidade, foi levantada a temática e descrita a sua compreensão, significados e limites que conduziram as codificações.

Por codificação Freire (2003) entende como um desafio para os participantes dos Círculos de Cultura. Ela se dá ou expõe aos sujeitos cognoscentes, a leitura da codificação²⁸ que é a

²⁸ A codificação significa a percepção da realidade pelos participantes, que ao olhar a codificação os participantes vêem outra vez aquilo que já sabem sobre a realidade. Então eles falam sobre o que estão vendo e, ao falar sobre o que estão vendo, estão expressando como, antes daquele momento, eles percebiam a realidade...ler a codificação, leva as pessoas a terem uma percepção da percepção anterior que tinham da realidade. Isto é, em algum momento, eu observo como eu estava percebendo antes aquela mesma realidade que agora está sendo representada em uma codificação. Ao fazer isto talvez mude minha percepção (FREIRE; HORTON, 2003, p. 102).

representação da realidade, e nada mais é que a vivência das situações vividas no cotidiano dos participantes.

Com a codificação deste tema, a questão do estabelecimento de cotas de atendimento pela SMSRP, principalmente consultas médicas e odontológicas, e a preferência dos profissionais por especialidades de pediatria, ginecologia e clínica médica²⁹, ficaram mais transparentes. Por um lado, os profissionais apontavam os limites, contradições do seu processo de trabalho que impediam ou desmobilizavam a realização de ações de SF: promoção da saúde, prevenção, recuperação e reabilitação de ações e agravos mais freqüentes. De outro lado, demonstravam resistências para incorporar a lógica da SF e delimita os rumos da Unidade, voltados para o modelo médico procedimento centrado.

Segundo Franco e Merhy (2003), o modelo de saúde ‘médico procedimento centrado’, é o centro da maioria dos trabalhos de saúde realizados nas Unidades de Saúde. A partir deste modelo, as outras áreas da saúde devem se adequar a este trabalho. O processo de trabalho é estruturado e comandado pelos saberes e atos médicos, ficando os demais profissionais desprovidos de autonomia para o trabalho assistencial. Esta hegemonia médica determina a produção dos serviços de saúde e faz com que os ‘procedimentos’ centralizem o campo tecnológico que nem sempre correspondem às necessidades dos usuários.

Assim, nas atividades de Círculos os sujeitos participantes revelavam que a resistência às mudanças ocorria, porque:

O usuário já vê o profissional médico como pediatra e mudar vai ser difícil...já está incorporado. A população não entende...não sei se eles vão

²⁹ Os profissionais médicos contratados para exercer seu processo de trabalho na SF nesta unidade desempenhavam funções específicas, conforme qualificação profissional, ginecologia, pediatria, clínica médica. Não atuavam como médicos generalistas ou de SF, sendo motivo de conflitos e tensões entre os membros da unidade, equipe do Centro Universitária Barão de Mauá e usuários. Além disso, cada profissional deveria atender uma média de 12 consultas e 04 urgências e/ou eventuais por período, conforme cota de atendimentos estipulados pela secretaria, o não cumprimento diminuía a produtividade. (Notas de observação).

acostumar...porque vão querer consulta de ginecologista com o doutor x, se tem o Doutor y que é especialista nesta área. Isto já está incorporado na Unidade e na comunidade (profissional de saúde, Círculos de Equipe).

Muitos sugeriram a necessidade de sensibilizar a comunidade.

É necessário fazer uma sensibilização da população, divulgar o que é PSF...é na praça, nas casas...dizer quem são os médicos e enfermeiros de suas áreas, dizer o que fazem...é necessário passar por um período de transição porque vai ter paciente que vai precisar, ou vai querer determinado profissional...no hospital isto é diferente, mas na saúde da família precisa ser o clínico geral (profissional de saúde, Círculos da CLS).

As mudanças das concepções sobre a SF, ampliando as dimensões desta assistência, para além da especialidade e voltada para a melhoria da qualidade de vida, processava-se ainda, de forma conflitante e contraditória nesta Unidade. Isto foi percebido nas discussões dos Círculos que ao referir-se ao processo de trabalho dos profissionais, ora tendiam a focar a especialidade, o enfoque clínico, ora manifestavam a importância das atividades educativas, visita domiciliária, acolhimento. A explicação abaixo retrata esta visão:

Eu aqui trabalho com outra visão, mais não quero entrar em atrito com os outros profissionais...ela pediu que tirasse 01 mês a agenda das consultas médicas para conhecer melhor a população. Ela queria andar na comunidade, realizar visitas domiciliárias...Eu acho que esta visão é só para médicos, mas o enfermeiro e o dentista também são especialistas, se me colocarem para trabalhar com outra especialidade não consigo, não vou para o enfrentamento (profissional de saúde, Círculos do Diálogo).

A codificação da ‘especialização das consultas médicas na Saúde da Família’ levou a descodificação de dois pontos importantes: equipes de SF não estão sendo qualificadas e preparadas para incorporar as mudanças que este modelo de organização de atenção básica almeja construir, resistência dos profissionais e usuários de incorporar as concepções sobre o processo saúde e doença de forma ampla que inclua o social e na perspectiva da qualidade de

vida; distanciamento da prática interna das equipes e falta de apoio político e técnico da gerência oficial da SMSRP.

Como ponto de partida, entende-se que a educação permanente dos trabalhadores de saúde compõe uma área realmente importante para a construção da Saúde da Família e incorporação das estratégias de promoção da saúde.

A formação deste novo profissional de saúde, de acordo com Rosa e Labate (2005), deve ser substitutiva já no aparelho formador, para que o modelo de atenção se modifique na prática cotidiana. É necessário conceber um novo perfil de profissional a fim de recuperar as habilidades perdidas pela tecnologia excessiva e abusiva e não de adaptação de novos padrões de excelência.

Com relação à incorporação das diretrizes e princípios da SF, um dos grandes limites encontrados diz respeito ao modelo assistencial, pautado predominantemente no atendimento individual, ‘médico procedimento centrado’, baseado na queixa conduta com ações terapêuticas medicalizantes. Neste enfoque os profissionais têm dificuldade de exercer o seu processo de trabalho em equipe interdisciplinar, sendo o usuário, a família, o sujeito do seu processo de saúde e doença.

Além disso, a dificuldade de aproximações e planejamento em conjunto dos técnicos da saúde do nível central da SMSRP com os profissionais da USFHS, dificultava o desenvolvimento das ações de saúde, causando insatisfação nestes profissionais e sensação de não resolutividade de suas ações pelos usuários.

Na teoria tudo funciona, na prática não...estamos sempre correndo atrás do prejuízo. O nível central da secretaria quer que nós profissionais aqui na Unidade de Saúde, desenvolvemos todas as ações que eles planejam, organizam. Mas a teoria é bem diferente da prática, e demora muito para que as coisas aconteçam, e isso não é só aqui, é geral. A população, por exemplo, sabe que o PSF não funciona. No papel é muito bonito, mas quando se está no corredor de um hospital muda muito, o que importa é ser atendido (profissional de saúde, Círculos de Equipe).

Por outro lado, se percebeu uma mobilização das equipes de saúde e das lideranças comunitárias para uma reestruturação e reconstrução das ações de saúde na Unidade. As reflexões produzidas centravam-se para alguns, na incorporação de ações de promoção, prevenção e reestruturação prática dos princípios da SF, para outros na implantação de uma equipe de apoio – Pronto Atendimento, o que poderia diminuir alguns dos conflitos existentes na USFHS, como aumento das consultas eventuais e de rotina, aumento da demanda e ausência de transporte para o distrital norte referência. Estes fatores estavam muito relacionados com:

a desorganização do subsistema de atenção de média e alta complexidade e as condições de vida e saúde da comunidade que dificultam a organização da demanda, a resolução esperada e, conseqüentemente, a credibilidade (PEDROSA; TELLES, 2001, p. 310)

Como desvelamento crítico deste tema apresentado, foi apontado como ações concretas: cursos de especialização e capacitação em Saúde da Família; discussões e reflexões sobre o processo de trabalho das equipes nas atividades de Círculo de Cultura. Foi mencionado como indicações: devolução para a Unidade dos dados produzidos no grupo gestor pela SMSRP; apoio político e técnico da SMSRP; disponibilidade de tempo e espaço físico para discussões da SF; estímulo da equipe da BM para ajudar a construção e reestruturação física e funcional da USFHS e implantação de uma equipe de apoio do tipo Pronto Atendimento – 24 horas.

A partir deste tema analisou-se que a SF está ainda muito assentada na especialização das ações de saúde, tendo pouco investimento nas ações preventivas e de promoção da saúde. Na verdade, existem dificuldades para operacionalizar as diretrizes, princípios da SF, e se faz necessário que todos os atores envolvidos transformem esta realidade a fim de trazer novos horizontes para a gestão do cuidado.

4.5.4 Quadro 4 – Tema Gerador: Dificuldade para atender acolher os problemas e necessidades da população.

TEMA GERADOR: DIFICULDADE PARA ATENDER E ACOLHER OS PROBLEMAS E NECESSIDADES DA POPULAÇÃO.	
CODIFICAÇÃO	DESCODIFICAÇÃO
<ul style="list-style-type: none"> ➤ O trabalho realizado pelas equipes não corresponde aos princípios e diretrizes da S.F. ➤ Alta demanda de atendimento e agendamento das consultas. ➤ Falta de capacitação teórica e prática dos profissionais (dificuldade para realização de visitas domiciliárias, promoção à saúde, prevenção de doenças, trabalho de grupo). ➤ <u>Outros temas geradores presentes aqui:</u> ➤ Dificuldade de realizar acolhimento na Unidade de Saúde; ➤ Superpopulação do bairro; ➤ Falta de intersetorialidade/parcerias com as instituições religiosas; ➤ Falta de apoio político e técnico da SMSRP com as equipes. Carência de recursos humanos e materiais; ➤ Dificuldade de articular o atendimento domiciliar/ acompanhamento das famílias, trabalho interdisciplinar na USFHS, ações de promoção à saúde, e vínculo com a comunidade. 	<ul style="list-style-type: none"> ➤ Superpopulação no complexo Ribeirão Verde sem infraestrutura adequada; ➤ Diálogo entre profissionais e população está voltado para queixa conduta; ➤ O processo de trabalho das equipes está voltado para a lógica da produtividade, modelo de saúde médico procedimento centrado; ➤ Os profissionais da Unidade têm dificuldade de realizar atividades de formação, educação, acolhimento, visitas domiciliárias, promoção à saúde, vínculo com a comunidade.
DESVELAMENTO CRÍTICO	
<ul style="list-style-type: none"> ➤ <u>Indicação</u> de diálogos com os usuários, famílias, comunidade sobre o funcionamento da USFHS nas atividades de círculo de CLS, quarteirão; ➤ <u>Indicação de reestruturação e reorganização</u> da Saúde da Família na USFHS; ➤ <u>Indicação de empoderamento</u> dos profissionais e população nas questões relativas a melhoria do bairro; ➤ <u>Indicação</u> de confecção e elaboração de cartilhas, caixa de sugestões e reclamações; ➤ <u>Indicação e ação concreta</u> da implantação de mais equipe de Saúde da Família com redefinição da área de abrangência; ➤ <u>Indicação e ação concreta</u> mobilização das lideranças comunitárias e envolvimento da AMCRV. 	

Fonte: Círculos de Cultura realizados na USFHS e Complexo Ribeirão Verde, 2005.

A realidade do complexo Ribeirão Verde é marcada por reais e potenciais problemas e necessidades que afetam a sua qualidade de vida, como: alta incidência de migração para a região, processo acelerado de urbanização, falta de infra-estrutura de lazer, transporte, saúde, educação e outros. Estes fatores têm contribuído para o aumento da demanda nos serviços de saúde, principalmente quando a Saúde da Família constitui o eixo articulador do sistema de saúde em seu conjunto e a porta de entrada do atendimento.

Nos Círculos de Cultura, a problematização desta realidade impulsionou as reflexões que originaram este tema da ‘dificuldade para atender as demandas da população’, e propiciaram as seguintes codificações: processo de trabalho das equipes de saúde não corresponde às diretrizes da SF, que no dizer desta auxiliar de enfermagem: ‘o médico tem que fazer visita para ser SF...’; falta de capacitação teórica e prática dos profissionais dificulta o desenvolvimento das ações de promoção da saúde. Foram apontados, ainda, como pontos importantes e relacionados a esta temática: dificuldade para implantar acolhimento, intersetorialidade, ações de promoção da saúde, visita domiciliária, interdisciplinaridade, superpopulação, falta de infra-estrutura, falta de apoio político e vínculo com a comunidade.

Na realidade esta codificação expressou o trabalho em saúde, desenvolvido nesta Unidade, que centrado no ato prescritivo e na produção de procedimentos, se constituem o que Franco e Magalhães (2003) chamam de uma clínica centrada no biológico, com alto consumo de tecnologia, onde não se conhece o sujeito usuário do sistema de saúde e as equipes estão desvinculadas da realidade de saúde.

Por outro lado, o grande diferencial da SF em relação a outras tentativas de mudanças do modelo hegemônico de saúde, está na capacidade das equipes de expandirem suas ações de saúde, na direção da promoção. Se estas ações não vêm sendo dinamizadas na prática concreta, corre-se o risco de não conseguir operacionalizar os princípios desta estratégia.

Entretanto, existem muitos conflitos, contradições com relação ao trabalho em saúde nesta Unidade...

O pessoal daqui eles não têm tempo para acompanhar as famílias, mas acho que seria bom...a falta de tempo dificulta o trabalho. A população reclama porque não é atendida... são poucos os médicos. Eles querem UBDS 24 horas, pois está muito desorganizado (ACS, Círculos de Artesanato).

Esta fala retrata a dificuldade que as equipes de saúde, enfrentam para organizar o seu processo de trabalho e concretizar as diretrizes da Saúde da Família. Como as ações de saúde dinamizavam-se para o atendimento médico, procedimento centrado³⁰, os demais profissionais da Unidade não conseguiam produzir cuidado em saúde que pudesse amenizar o alto volume de atendimento. Além do que, existiam possibilidades, mas também entraves quanto à operacionalização de uma equipe multiprofissional³¹, já que o Ministério da Saúde reconhece apenas uma equipe mínima de Saúde da Família, composta por médico, enfermeiro, auxiliar de enfermagem e ACS.

Na prática nem a equipe mínima trabalha articulada:

Quando falaram que o posto seria Saúde da Família...que os médicos e enfermeiros iriam se reunir com os pacientes mas devido ao movimento do bairro isso não acontece, no início tinha reuniões e hoje não tem, eles sentam com os agentes, mas esquecem dos auxiliares e dos técnicos de enfermagem (auxiliar de enfermagem, Círculo de diálogo).

Assim, estas situações problema codificadas e analisadas nos Círculos de Cultura, foram decodificadas em três pontos importantes: o aumento da migração leva o crescimento da demanda na USFHS e interfere na infra-estrutura do complexo RV; trabalho em saúde está centrado no atendimento médico, biológico, prevalece à lógica da produtividade das ações de

³⁰ Ver Franco e Merhy (2003).

³¹ A composição multiprofissional das equipes de saúde surge como resultado do princípio da integralidade das ações de saúde, elaborado a partir da construção do Sistema Único de Saúde – SUS (CUTOLO, 2001).

saúde. Dificuldade para realizar ações de promoção, acolhimento, vínculo, visita domiciliar, atividades de grupo.

Apesar do contexto destas descodificações revelarem as situações problemas que diziam respeito ao tema investigado, prevalecia com mais frequência à questão do atendimento médico:

Todo mundo está se esforçando...mas precisava de mais médicos, por aqui ser muito longe da cidade. Com mais médicos iriam ajudar mais. Fora os agendamentos tem muitos encaixes e se torna difícil trabalhar nestes termos, os médicos atendem com muito carinho, e a maioria da população da minha área gosta dos médicos (ACS, Círculos de Quarteirão).

Na realidade a análise deste tema pelos sujeitos envolvidos aponta que a organização deste serviço é precária, existe uma deficiência de recursos físicos e humanos para a demanda exigida. Além disso, as condições de vida da população são bastante limitadas e contribuem para o aumento da demanda, mas também colaboram para o seu adoecimento.

Como desvelamento crítico foi apontado como indicações relevantes e urgentes a necessidade de reestruturação e reorganização do processo de trabalho das equipes de SF. Identificou-se ainda, o diálogo, o empoderamento entre profissionais e usuários, lideranças comunitárias como estratégias importantes para viabilizar este processo de implementação e reestruturação da SF e proceder a resolutividade das ações de saúde, o que poderia ser completada ainda, com a implantação de mais equipes de saúde.

Em síntese fica a palavra deste profissional de saúde:

Lá fora somos outras pessoas (agimos de maneira diferente), mas aqui dentro do posto temos que ter outra postura (somos bastante diferentes)...quais eram os nossos sonhos de Unidade de SF (como ter uma bicicleta para ir até a casa dos moradores, ter um tênis para ir ao mato para cuidar das pessoas) e quando chegamos aqui a realidade foi outra, ficamos trancadas aqui dentro do posto. Quem sabe mais adiante não terá pessoas que darão o respaldo para sair, mas por enquanto eu me sinto acuada (Círculos da CLS).

4.5.6 Quadro 5 – Tema Gerador: Necessidade de maior capacitação prática das equipes

TEMA GERADOR: MAIOR CAPACITAÇÃO PRÁTICA DAS EQUIPES	
CODIFICAÇÃO	DESCODIFICAÇÃO
<ul style="list-style-type: none"> ➤ Necessidades de melhorar a capacitação prática das equipes e não somente teórica. ➤ Outros temas geradores presentes aqui: ➤ Dificuldade de integração dos profissionais e destes com os usuários, família e comunidade; ➤ Dificuldade de articular o atendimento/domiciliar/acompanhamento das famílias pela equipe de Saúde da Família. Realizar trabalho interdisciplinar, exercer a integralidade ➤ e promover ações de promoção da saúde. 	<ul style="list-style-type: none"> ➤ Falta de capacitação prática nos cursos de especialização em saúde da família; ➤ SMS ainda está na lógica da produção, ela também não atende a SF; ➤ Falta de entendimento e compreensão da lógica de SF; ➤ Falta de entrosamento dos ACS com a equipe de saúde da família; ➤ Desconhecimento do trabalho de outras categorias profissionais, interdisciplinaridade.
DESVELAMENTO CRÍTICO	
<ul style="list-style-type: none"> ➤ <u>Indicação</u> de capacitação prática e também teórica nos cursos de especialização e capacitação de Saúde da Família; ➤ <u>Indicação de ação concreta</u> no agendamento de consultas de saúde da mulher e criança para o treinamento/capacitação na prática com auxílio de especialista; ➤ <u>Indicação de reuniões semanais</u> com as equipes de saúde da família para discussão de casos clínicos e adequação de espaço físico; ➤ <u>Estimular e incentivar</u> a realização de ações de promoção da saúde; ➤ <u>Indicação de reformulação</u> do modelo assistencial voltado para a promoção da saúde e concretização da Saúde da Família. Interdisciplinaridade. 	

Fonte: Círculos de Cultura realizados na USFHS e Complexo Ribeirão Verde, 2005.

Com o processo de implantação das equipes de Saúde da Família, iniciado em 1993 em todo território brasileiro, o Ministério da Saúde, em conjunto com as universidades e secretarias de saúde vem procurando formar profissionais de saúde para este novo modelo de atenção: prática de atenção integral; promoção da saúde; prevenção de agravos; atenção curativa; atuação no nível individual, familiar e coletivo e na esfera dos serviços públicos de saúde (BRASIL, 2004).

Neste sentido, com o objetivo de formar novos profissionais, e preparar os que já estão inseridos, o Ministério impulsionou mudanças no campo da formação e desenvolvimento em saúde, com o objetivo de implantar a SF e consolidar os princípios do SUS. Destaca-se, assim: Capacitação e Formação em Saúde da Família, Pólos de Capacitação em Saúde da Família, cursos de Especialização e Residência em Saúde da Família e a Política de Educação Permanente (BRASIL, 2004).

Na USFHS todos os profissionais de nível superior (médicos, enfermeiros, odontólogos) das 03 equipes estavam realizando este curso de especialização, com exceção de 01 profissional que já havia sido capacitado. A dinâmica desta Unidade se movia um pouco para esta formação, visto que nas sextas feiras, as agendas dos profissionais eram liberadas para este fim e, muitas das discussões e reflexões que ocorriam nos corredores, na sala de café, nos Círculos de Cultura reproduziam as vivências desta capacitação.

Os profissionais de saúde, sem que se queira neste momento fazer uma avaliação deste curso, consideravam positivo, mas evidenciavam que esta especialização poderia estar mais próxima da prática concreta, sendo problematizado como tema gerador:

O curso está sendo muita teoria e quando comentamos algo na prática dos professores falam que não é o momento...mas não está tendo espaço para discutir a prática (profissional de saúde, Círculos de Equipe).

Como codificação desta temática levantaram a ‘necessidade de melhorar a capacitação prática das equipes e não somente teórica’, agrupando ainda os seguintes temas: dificuldade de formar vínculos; parcerias com usuários, famílias; dificuldade de realizar ações de promoção da saúde e promover a integralidade; dificuldade de acompanhar as famílias e realizar visitas domiciliária.

No processo de investigação desta codificação, percebi limites e possibilidades com relação a esta temática. Na medida que participava das atividades de círculo, das dinâmicas da Unidade, conversava com os profissionais, observava suas linguagens, seus modos de pensar, iam sendo reveladas as situações-limites³². Estas situações constituíam-se os obstáculos que dificultavam a operacionalização das diretrizes da SF na prática concreta, que a partir da sua descodificação foi se procedendo à tomada de consciência crítica da realidade vivenciada.

A partir disto foram investigadas as seguintes descodificações: falta de compreensão e entendimento da Estratégia de Saúde da Família; cursos de capacitação e especialização muito teóricos, distantes da prática concreta, desconhecimento do usuário; SMSRP trabalha na lógica da produtividade; desconhecimento do trabalho de outros profissionais, falta interdisciplinaridade, integração com os ACS.

A investigação, a codificação e a descodificação do tema de ‘maior capacitação prática das equipes’ revelou tanto a inexperiência dos profissionais em trabalhar os princípios da Saúde da Família, como a dificuldade de enfrentar os desafios dessa estratégia na prática concreta. Na realidade, estes profissionais necessitavam aperfeiçoar suas estratégias de articulação com a população, como trabalhar em equipe interdisciplinar e como exercer uma clínica ampliada. Além disso, eles deveriam estar abertos para enfrentar novas experiências, identificar os problemas críticos de sua realidade de trabalho, refletir sobre ela e buscar soluções.

Como desvelamento crítico foram indicadas, principalmente a introdução de experiências práticas, vivências e agendamento de consultas de saúde da mulher e crianças, nos cursos de especialização em Saúde da Família. Além disso, se estimulou a realização de encontros

³² Situações – limites são realidades objetivas que provocam necessidades nos indivíduos, sendo importante investigar, com eles, a consciência que delas tenham (FREIRE, 1987, p.107).

semanais com as equipes para discussão de casos clínicos e desenvolvimento de ações de promoção da saúde com reorientação do atual modelo de atenção à saúde.

Para finalizar, acredita-se que a formação dos profissionais para este novo modelo de atenção de Saúde da Família constitui-se num desafio para o êxito da proposta. Esta formação deve buscar uma fundamentação teórica que esteja articulada a solução de problemas e as situações da prática cotidiana dos profissionais de saúde e em sintonia com a gestão municipal de saúde.

Sabemos que o desafio é enorme, porque quanto mais se amplia o conhecimento, mais dificuldade se encontra para operar mudanças na formação dos profissionais. O novo currículo precisa se pactuar com a realidade, aprender a fazer, aprender a enfrentar o desafio para transformar a assistência. É necessário que os órgãos formadores tenham mais responsabilidades e compromisso com a prática dos serviços de saúde.

4.5.7 Quadro 6 – Tema gerador: Necessidade de pronto atendimento 24 horas – equipe de referência

TEMA GERADOR: NECESSIDADE DE PRONTO ATENDIMENTO 24 HORAS – EQUIPE DE REFERÊNCIA	
CODIFICAÇÃO	DESCODIFICAÇÃO
<ul style="list-style-type: none"> ➤ Dificuldade de acesso aos serviços de saúde; ➤ Bairro afastado da Unidade Distrital de Saúde/ falta de transporte coletivo para o Distrital Norte; ➤ Demora na ambulância para transporte de emergência. ➤ <u>Outros temas geradores presentes aqui:</u> ➤ Dificuldade de reestruturação do modelo assistencial de saúde/agendamento/atendimento a demanda espontânea/acesso às consultas médicas e odontológicas; ➤ Implantação da 4ª equipe da Saúde de Família; ➤ Superpopulação no Complexo; ➤ Falta de participação popular e engajamento da associação de moradores, lideranças comunitárias e religiosas. 	<p>Necessidade de reorganização e reestruturação do processo de trabalho das equipes de Saúde da Família:</p> <ul style="list-style-type: none"> ➤ Informação e compreensão da consulta de enfermagem, médica e odontológica, interdisciplinaridade; ➤ Pouca integração da equipe de Saúde da Família com as instituições do bairro e população, Intersetorialidade, <i>empowerment</i>; ➤ Reivindicação de atendimento de urgência/emergência/24 horas; ➤ Dificuldade de realizar acolhimento na USFHS; <p>Falta de infra-estrutura física e funcional na Unidade e complexo: recursos humanos e materiais;</p> <ul style="list-style-type: none"> ➤ Dificuldade de implantação de transporte coletivo para o distrital norte; ➤ Superpopulação no complexo Ribeirão Verde; ➤ Políticas públicas.

DESVELAMENTO CRÍTICO	
<ul style="list-style-type: none"> ➤ <u>Indicação e esclarecimento</u> do funcionamento da USFHS - horário geral: 7:00 às 17:00; Salas de farmácia das 7:00 as 12:00 – 13:00 as 17:00; sala de curativo das 8:00 as 11:00 – 12:00 as 16:00; sala de vacina das 8:00 as 12:00 – 13:00 as 16:30; sala de medicação/inalação das 8:00 as 11:30 – 12:30 as 16:30; sala de coleta de materiais das 7:00 as 8:00; triagem das 7:00 as 8:00 e 12:30 as 13:30; Agendamento das 8:00 as 17:00, nas atividades de ‘Círculo de Cultura’ de: quarteirão, CLS. Colocar cartazes informativos de horários da Unidade em pontos estratégicos; ➤ <u>Esclarecimento</u> de que a urgência/emergência não é no período das 12:00 às 14:00 horas por falta de profissional médico; ➤ <u>Compreensão e informação</u> dos profissionais de saúde e usuários do que venha a ser Saúde da Família; ➤ <u>Indicação e estímulo de ação concreta</u> da implantação de mais uma equipe de Saúde da Família; ➤ <u>Indicação e estímulo</u> para prestar uma melhor assistência nas situações de risco evitando o deslocamento até a distrital norte de saúde; ➤ <u>Estímulo e incentivo a participação popular</u> da comunidade para melhorar a infraestrutura do serviço de saúde; ➤ <u>Indicação, ação concreta e encaminhamento</u> do abaixo assinado promovido pela comunidade e enviado a TRANSERP, para reestruturação da linha do transporte coletivo entre o bairro Ribeirão Verde e Quintino II; ➤ <u>Indicação da equipe de saúde</u> para obtenção de uma ambulância na Unidade, devido à demora de espera (bairro afastado do centro). 	

Fonte: Círculos de Cultura realizados na USFHS e Complexo Ribeirão Verde, 2005.

O Pronto Atendimento objetiva acolher os casos agudos que exigem uma intervenção imediata, dentro do pressuposto de que a ausência do atendimento possa acarretar o agravamento do quadro clínico ou pela gravidade, que imponha a necessidade de consulta. A partir do pronto atendimento o usuário poderá receber um tratamento sintomático, ter um tratamento ambulatorial estabelecido, ficar em regime de observação, ser internado para tratamento hospitalar ou ainda ser transferido para tratamento em outro serviço de maior complexidade (COSTEIRA; ADENILDO, 2005).

A atenção à saúde na USFHS tem sido muita realizada por uma assistência médica à demanda espontânea. Há uma heterogeneidade crescente desta demanda por serviço, trazendo grandes desafios a Unidade em geral, e, em particular, para os profissionais que nela trabalham.

Como já citado anteriormente, as precárias condições de infra-estrutura, impulsionadas pela crescente população no complexo RV, tem levado a diminuição da qualidade de vida e acesso aos bens públicos, dentre eles os da saúde.

Na realidade o que predomina nesta Unidade é a produção de serviço de saúde centrada na assistência individual do tipo pronto atendimento. Ou seja, o trabalho em saúde, mesmo com o agendamento das consultas médicas e odontológicas, ocorria muito em função da demanda espontânea, casos eventuais, que no caso desta Unidade de SF, a produção de cuidados se limitava às ações no serviço e deveria estender-se para os usuários e comunidade. Em virtude disso, eram constantes as tensões³³ na Unidade, originadas pela pressão da demanda espontânea, aumento da população no complexo, pressão da falta de recursos da saúde, humanos e materiais e ausência de transporte coletivo para o distrital norte.

Com relação a esta temática foi mencionado durante as atividades de círculos:

Aqui no posto ao meu ver teria que separar a equipe do PSF e pronto atendimento, só que aqui as enfermeiras não podem sair para realizar atividades, tem muita gente que pensa que aqui é pronto atendimento...eles (população) querem atendimento na hora e não é assim, eles acham que a doença não espera e a idéia deles seria que este posto fosse de 24 horas (ACS, Círculos da CLS).

Outro profissional de saúde reforça esta idéia:

Aqui deveria ter 2 postos: 1 para Saúde da Família e 1 para pronto atendimento. Teria que ter uma equipe aqui e outra para sair...(profissional de saúde, Círculos da CLS).

Diante da problematização do tema do ‘pronto atendimento’ os participantes das atividades de ‘círculos de cultura’ codificaram esta temática como: dificuldade de acesso aos serviços de saúde, bairro isolado, falta de transporte coletivo e de ambulância. Agruparam, ainda:

³³ Merhy (1999, p.313), explica que é importante reconhecer que na saúde ocorrem freqüentes tensões tanto no terreno da política como no processo de trabalho, e “conformam as bases para o conjunto das organizações de saúde, onde se opera cotidianamente a produção dos modelos de atenção, e reconhecer que a saúde é um território de práticas em permanente estruturação, ontologicamente conflitivo, conforme os sujeitos coletivos em cena”.

necessidade de organização do modelo assistencial/Saúde da Família, implantação de mais 01 equipe de Saúde da família, superpopulação do complexo e desmobilização popular.

A mobilização para implantar uma equipe de referência 24 horas – tipo pronto atendimento, vai ao encontro ao trabalho em saúde produzido nesta Unidade. Ou seja, mesmo sendo alto o número de consultas, procedimentos realizados, exames e prescrições, trazia pouca resolutividade das ações de saúde já que a população almejava um atendimento rápido, uma assistência médica de urgência, emergência do tipo pronto atendimento.

Algumas Unidades Básicas de Saúde³⁴ de Ribeirão Preto possuem serviço de Pronto Atendimento /PA – 24 horas e prestam atendimento menos complexo em clínica médica, pediatria, ginecologia, obstetrícia, realizam exames complementares e de urgência. A UBDS – distrito do Simioni – Norte é o centro de referência para Ribeirão Verde, mas em virtude da dificuldade do transporte coletivo, falta de ambulância, distância do bairro e aumento da população, reivindicava-se a possibilidade da implantação de uma equipe de pronto atendimento – 24 horas na USFHS.

Na minha opinião deve ser pronto atendimento, vai lá e atende a queixa da pessoa...depois para resolver teria que ser uma UBDS por causa da ‘lonjura do bairro’ (profissional de saúde, Círculos de Quarteirão).

Na opinião deste profissional o pronto atendimento não irá resolver as necessidades de saúde dos usuários, já que funciona para ‘fornecer remédio e tirar a dor naquele momento’.

³⁴ A SMSRP na tentativa de melhorar o acesso da população aos serviços de saúde organizou a assistência em 05 regiões, denominados Distritos de Saúde. Estes estão localizados nas regiões: Norte – distrito Simioni, Sul – distrito da Vila Virgínia, Leste – distrito Castelo Branco, Oeste – distrito do Sumarezinho e região Central – distrito Central. Estes distritos são regiões com áreas e populações definidas a partir de aspectos geográficos, econômicos e sociais e agrupam várias unidades de saúde e outros equipamentos sociais. A distribuição das unidades em distritos visa oferecer aos munícipes um atendimento básico e de pronto atendimento em urgências próximos à sua residência e tornar mais acessível o atendimento de algumas especialidades encontradas nas UBDS (RIBEIRÃO PRETO, 2006a).

Diante destes questionamentos, as codificações foram analisadas e decodificadas nos Círculos de Cultura em dois pontos importantes: necessidade de reestruturação e reorganização do processo de trabalho das equipes de saúde da família: trabalho interdisciplinar, acolhimento, vínculo entre profissionais e comunidade, *empowerment* e falta de infra – estrutura física e funcional na USFHS e complexo Ribeirão Verde: recursos humanos e materiais, transporte coletivo, políticas públicas e migração.

A partir destas análises, percebe-se similaridades com as outras codificações, decodificações descritas anteriormente, visto que remetem ações, reflexões de situações concretas, que eram vivenciadas pelos sujeitos envolvidos nas atividades de ‘círculo de cultura’.

O levantamento do tema de pronto atendimento vem reforçar a dificuldade que a USFHS estava encontrando para implantar as diretrizes da Saúde da Família, e faz com que o modelo biomédico ainda persista, como hegemônico nesta Unidade. Isto tem sido evidenciado, principalmente pela persistência da produção do cuidado centrado no profissional médico e da pouca incorporação do trabalho em equipe, na dificuldade de realizar acolhimento e estabelecer vínculos com usuários e famílias e desenvolver ações de promoção e prevenção da saúde.

Além disso, para que ocorra mudança nesta Unidade é necessário um maior engajamento entre profissionais e usuários para que juntos busquem mecanismos que possam intervir de modo positivo na promoção da saúde da população. Além disso, é importante trabalhar na perspectiva da gestão da clínica, da gestão do cuidado associando com a promoção da saúde. Devemos sair do curativo, de olhar somente para a doença, mas o importante é associá-los com as perspectivas mais emancipatórias, como os Círculos de Cultura e operar as transformações necessárias na organização dos serviços de saúde. Pois, na maioria dos serviços de saúde, no espaço...

não institucionalizado da participação da população no interior da equipe, ou seja, na relação direta e cotidiana do usuário e serviço e do usuário e trabalhador, o usuário está ausente do planejamento e da tomada de decisão. Ou

seja, no plano assistencial e da construção do projeto assistencial comum, o trabalho em equipe está “para dentro” da equipe. Nesse sentido, reproduz-se o modelo de “pensar por”, “planejar por”, “decidir por”, ao invés de “pensar com”, “planejar com”, “decidir com” o usuário e a população (CREVELIM, 2005, p. 330).

Na USFHS o resgate da participação popular nem sempre era visto como uma ação importante, necessitando ser estimulada e conquistada:

Nem a população e nem o profissional participa... eu parto por mim de não ir atrás dos problemas da população. Eles acham que não é da nossa competência, porque temos que trabalhar só a doença (profissional de saúde, Círculos de Diálogo).

Como possibilidade de desvelamento crítico, foi levantada pelos participantes dos círculos, alguma indicação de esclarecimento, como: informação para a população dos horários de funcionamento da USFHS, das atividades, dos procedimentos, dos agendamentos, das consultas de emergência, urgência e da compreensão do que é Saúde da Família. Como indicação de ação concreta e estímulo de implantação de mais equipes de Saúde da Família, melhora da assistência em situações de risco com ampliação da clínica e participação popular. Além disso, foi encaminhado abaixo assinado a TRANSERP para reestruturação do transporte coletivo do Ribeirão Verde para o distrital norte de saúde.

Dessa forma, o tema do pronto atendimento revelou desafios para as equipes que necessitavam enfrentar para operacionalizar seu processo de trabalho na lógica da Saúde da Família. Mas, também apontou possibilidades, que somente serão concretizadas se ocorrer o verdadeiro diálogo crítico entre os profissionais, usuários e lideranças comunitárias.

4.5.7 Quadro 7 – Tema Gerador: Dificuldade de realizar acolhimento na USFHS.

TEMA GERADOR: DIFICULDADE DE REALIZAR ACOLHIMENTO NA USFHS	
CODIFICAÇÃO	DESCODIFICAÇÃO
<ul style="list-style-type: none"> ➤ SMSRP determina a busca de diretrizes para implantar o acolhimento na USFHS. ➤ <u>Outros temas geradores presentes aqui:</u> ➤ Maior capacitação prática e teórica das equipes de SF; ➤ Resistência dos profissionais de saúde em trabalhar na lógica do PSF - trabalho voltado para a especialidade. ➤ Superpopulação no Complexo 	<ul style="list-style-type: none"> ➤ O processo de trabalho da equipe de Saúde da Família não está voltado para a humanização da assistência; ➤ Não há clareza de como realizar o acolhimento e quem pode realizar; ➤ Dificuldade de espaço físico e recursos humanos na USFHS para discutir e realizar o acolhimento; ➤ Necessidade de reestruturação e reorganização do processo de trabalho das equipes de Saúde da Família; ➤ População, usuários ficam receosos em falar, temem para serem assistidos. Pressão da demanda espontânea.
DESVELAMENTO CRÍTICO	
<ul style="list-style-type: none"> ➤ <u>Indicação</u> de levar à Comissão Local de Saúde, a possibilidade de organizar o acolhimento em reunião semanais com as equipes da USF/RV; ➤ <u>Sensibilização e estímulo</u> das equipes de saúde da família para trabalhar o acolhimento (humanização da assistência); ➤ <u>Ação muito discreta</u> da enfermagem em realizar a triagem das situações de risco no horário das 7:00 – 8:00 horas e a organização do agendamento após este horário; ➤ <u>Estímulo e integração</u> dos docentes e alunos (médicos e enfermeiros) do Centro Universitário do Barão de Mauá com a equipe da USFHS, para realizar ações de acolhimento; ➤ <u>Indicação dos alunos</u> e professores do BM para ajudar na realização do acolhimento na USF/RV; ➤ <u>Estímulo e sensibilização dos profissionais</u> para desenvolver uma assistência global na Unidade e comunidade, humanização, atenção, vínculo e responsabilização; ➤ <u>Estímulos à integração</u> entre os profissionais de nível superior com os profissionais de nível médio e ACS; ➤ <u>Indicação de diretrizes</u> da SMS para reestruturação do acolhimento na USFHS; ➤ <u>Dificuldade concreta</u> de espaço físico para realizar o acolhimento. Encaminhamento de ofício para o BM, para que o mesmo construa anexos na Unidade para realização de consultas; ➤ <u>Reflexão e análise</u> da importância de prestar assistência a comunidade do MST e chácaras; ➤ <u>Estímulo e indicação</u> para ocorrência de reuniões com mais frequência com a equipe de saúde. 	

Fonte: Círculos de Cultura realizados na USFHS e Complexo Ribeirão Verde, 2005.

O acolhimento é um dispositivo que perpassa todos os espaços de saúde, estando intimamente envolvido com o processo de trabalho, presente em diversos espaços, nas relações com os usuários, na recepção da clínica, na marcação de consultas e agendamentos, nos procedimentos realizados, nas informações prestadas, nas atividades educativas e nas diversas formas de atividades desenvolvidas nos serviços de saúde. O acolhimento é visto como a produção de relações de escuta e responsabilização que segundo Franco, Bueno e Merhy (2003, p. 40) procura:

Reorganizar o serviço, no sentido de garantia do acesso universal, resolubilidade e atendimento humanizado ‘oferecer sempre uma resposta positiva ao problema de saúde apresentado pelo usuário’, como tradução da idéia básica do acolhimento, que se construiu como diretriz operacional.

A SMSRP iniciou em meados de 2005, um processo de discussão em toda a rede de serviços de saúde para implantação do acolhimento. Na USFHS estas discussões foram realizadas durante as atividades de Círculos do grupo gestor, tendo como objetivo provocar mudanças no processo de trabalho em saúde das equipes com vistas a garantir o acesso mais humanizado e resolutivo dos usuários freqüentadores desta Unidade.

A discussão do tema do acolhimento foi motivada pela SMSRP, sendo codificada pelos participantes nos Círculos do grupo gestor como: a Secretaria determina a busca de diretrizes para implantar o acolhimento na Unidade. Estas reflexões foram positivas, pois impulsionaram a discussão do processo de análise da implantação do acolhimento como estratégia para aliviar a pressão da demanda espontânea, encaixes entre os agendamentos das consultas médicas e odontológicas (marcação uma vez no mês) e qualificar a escuta na recepção.

Na realidade, estas situações ocasionavam inúmeros conflitos como relatado no depoimento a seguir:

Chegou uma senhora de manhã para tentar encaixe, eu falei para a senhora que teria que esperar para ser agendada, aí coloquei a pasta dela em cima da mesa e o ‘fulano’ veio e tentou resolver, e não conseguiu encaixar e ficou muito chato isso (profissional de saúde, Círculos de Diálogo).

A questão do acesso da população aos serviços da USFHS, que associado a outros temas como: aumento da população, falta de capacitação prática e teórica das equipes, resistência para o trabalho de Saúde da família, tem sido objeto de discussão e preocupação nas atividades de Círculos de Cultura. Com a problematização do tema do acolhimento, se levantou algumas possibilidades de intervenção nesta realidade, como a de estabelecer vínculos, responsabilização com as equipes e usuários, aumentar a capacidade de escuta às demandas e, resgatar o conhecimento técnico da equipe ampliando suas ações. A fala deste usuário revela a importância do diálogo, da escuta:

O problema de ir ao médico é que não explicam direito as coisas – ‘isto é uma virose...ocorre isto e isto’, chega em casa com os nervos abalados, a gente é leigo, e não explicam direito...(usuário, Círculos de Quarteirão).

Na tentativa de implantar o acolhimento, se discutiu que a equipe ideal seria multiprofissional, pois todos inclusive os médicos, participam da assistência ao usuário. A partir de uma escuta, de um acolher, principalmente nas situações de risco, com definições de condutas e com base em alguns protocolos técnicos construídos pelo nível central, poderia ser implantado o acolhimento.

Assim, por meio destas reflexões nos círculos, se analisou as seguintes descodificações: o processo de trabalho das equipes da USFHS não está voltado para humanização da assistência, necessidade de reestruturação e reorganização do processo de trabalho; não há clareza de como implantar o acolhimento; dificuldade de espaço físico e falta de recursos humanos; populações, usuários ficam receosos para falar, temem para serem assistidos (excluídos do serviço), pressão da demanda espontânea.

Com relação à humanização da assistência é vista como um dado importante, pois:

Ontem eu fui no posto levar meu filho que estava com dor de dente, aí o dentista o colocou na cadeira e ele começou a chorar e ele me disse que se ele não acalmasse não iria atender, e não atendeu e eu cheguei no posto às 12:00 horas e fiquei lá até as 15:00 horas para ela não atender (usuário, Círculos de Quarteirão).

Estas descodificações apontavam as dificuldades e a forma que as equipes estavam encontrando para implantar o acolhimento, os quais demonstravam, novamente a forma como o serviço vinha se organizando. A maior parte dos agendamentos, da demanda eram destinados para o médico, se negando assim, as outras formas de intervenção e de saberes multiprofissionais, reduzindo a oferta de serviços nesta Unidade. Como alternativas para operacionalização do acolhimento apontavam a possibilidade de intervenção de toda a equipe, bem como de estabelecer uma articulação com os alunos e professores do Curso de Medicina e Enfermagem do Centro Universitário do Barão de Mauá.

No processo de formulação de alternativas, várias questões foram levantadas, como a necessidade de organizar uma equipe multiprofissional de acolhimento e buscar o apoio da CLS para divulgar na comunidade os horários de reuniões das equipes e organizar esta prática. Contudo, estas discussões não avançaram muito, sendo ainda desvelados alguns pontos importantes, mas não suficientes para sua operacionalização.

Como indicação de desvelamento crítico foi levantada a possibilidade de: apoio da CLS, integração dos alunos e professores do Barão de Mauá com os profissionais da Unidade e elaboração de diretrizes de acolhimento pela SMSRP e maior frequência das reuniões da equipe; como estímulo e sensibilização: desenvolvimento de ações de acolhimento, vínculo, responsabilização pelos profissionais da Unidade. Como dificuldades concretas foi apontada a dificuldade de espaço físico e aumento da população no complexo.

Portanto, o acolhimento se constitui como um importante dispositivo de mudanças dos serviços de saúde, introduzindo relações mais humanizadas entre os profissionais e usuários. Mas, a busca destas mudanças deve ser compartilhada em conjunto, e conforme levantamento dos temas geradores apresentados até o momento, requerem uma construção coletiva, principalmente porque dependem em muito da implementação das estratégias da promoção da saúde, tais como: política pública para implantar em conjunto com políticos e dirigentes organizacionais a melhoria da qualidade de vida dos indivíduos e coletivos; a criação de meio ambiente saudável para que possa ocorrer uma harmonia entre seres humanos e ambiente; o fortalecimento da ação comunitária para estimular a participação das comunidades no processos que visem a melhoria das suas condições de vida; a reorientação dos serviços de saúde para uma prática de atenção em saúde com enfoque clínico e curativo ampliado e visando ações integrais em saúde e a criação de habilidades pessoais para que indivíduos e coletivos possam melhor viver a vida.

4.5.8 Quadro 8 – Tema Gerador: Resistência dos profissionais de saúde e população em aceitar o trabalho dos Agentes Comunitários de Saúde – ACS.

TEMA GERADOR: RESISTÊNCIA DOS PROFISSIONAIS DE SAÚDE E POPULAÇÃO EM ACEITAR O TRABALHO DOS AGENTES COMUNITÁRIO DE SAÚDE	
CODIFICAÇÃO	DESCODIFICAÇÃO
<ul style="list-style-type: none"> ➤ Falta de conhecimento e compreensão da população e dos profissionais do trabalho dos Agentes Comunitários de Saúde. ➤ <u>Outros temas geradores presentes aqui:</u> ➤ Depressão dos ACS; ➤ Dificuldade da reestruturação do modelo assistencial; <p>Falta de informação sobre o tema da Promoção da saúde.</p>	<ul style="list-style-type: none"> ➤ Desmobilização dos ACS na USFHS; ➤ Dificuldade de aceitação e entendimento dos profissionais de saúde e da população para o trabalho dos ACS; ➤ Cadastramento dos ACS se sobrepõem as oficinas de territorialização dos alunos/professores do Barão de Mauá; ➤ Falta de reuniões na USFHS para discutir os problemas levantados nas microareas de atuação. Os problemas identificados não são trabalhados pelas equipes ficam “soltos”;

	<ul style="list-style-type: none"> ➤ Dificuldade da organização das ações dos ACS na comunidade; ➤ Dificuldade de implantar medidas simples da promoção/prevenção; ➤ Falta de capacitação dos ACS (demonstração de pouco interesse e respeito entre eles, bem como conhecimento teórico e prático).
DESVELAMENTO CRÍTICO	
<ul style="list-style-type: none"> ➤ <u>Indicação</u> para reforçar e apoiar a importância do trabalho dos ACS, tanto dos profissionais como dos próprios agentes; ➤ <u>Indicação</u> para que a SMS/RP realizasse treinamento introdutório para os Agentes Comunitários de Saúde; ➤ <u>Indicação</u> para que o enfermeiro se reúna semanalmente ou quinzenalmente com os agentes comunitários de saúde para discussão das situações de risco existentes nas microáreas de atuação; ➤ <u>Ação concreta</u> nas reuniões de equipe sobre a duplicidade do cadastramento e oficina de territorialização entre os alunos da BM e ACS. ➤ <u>Indicação</u> realização de círculo de cultura dos ACS. 	

Fonte: Círculos de Cultura realizados na USFHS e Complexo Ribeirão Verde, 2005.

O Programa de Agentes Comunitários de Saúde (PACS) foi criado oficialmente pelo Ministério em 1991. Cada ACS tem a responsabilidade e o acompanhamento de 150 a 200 famílias, concentradas em uma micro-área. A profissão de ACS foi criada pela lei nº 10504, de 10 de julho de 2002, seu exercício dar-se-á exclusivamente no âmbito do Sistema Único de Saúde e sob supervisão do gestor local em saúde (AGENTE COMUNITÁRIO DE SAÚDE, 2006).

O ACS integra as equipes do PACS e PSF, realiza atividades de prevenção de doenças e promoção da saúde, por meio de ações educativas em saúde nos domicílios e coletividade, em conformidade com as diretrizes do SUS, e estende o acesso às ações e serviços de informação, promoção social e de proteção de cidadania (AGENTE COMUNITÁRIO DE SAÚDE, 2006).

A USFHS conta com 01 equipe de PACS³⁵ representada por 01 enfermeiro e 04 ACS, além de 14 ACS inseridos nas 03 equipes de Saúde da Família (verde, vermelha e azul). Estes

³⁵ A partir do momento que for implantada a 4ª equipe de Saúde da Família na USFHS os ACS que compõem o PACS serão incluídos nesta nova equipe. Notas de observação.

ACS são residentes do complexo Ribeirão Verde e funcionam como elo entre a comunidade e o serviço de saúde. Apesar de suas atribuições serem bastante abrangentes o seu trabalho ainda se limita à obtenção de dados solicitados para alimentar o Sistema de Informação de Atenção Básica – SIAB, entrega de encaminhamentos de especialidades, visitas domiciliares, organização das atividades de quarteirão e coordenação e confecção de trabalhos manuais do grupo de artesanato.

Este tema da resistência de aceitar o trabalho dos ACS surgiu durante as atividades de Círculos de cultura, expresso, principalmente pelos agentes, lideranças comunitárias e usuários. As situações com as quais estes ACS conviviam no trabalho diário, bem como as limitações que encontravam na resolução das necessidades identificadas, faziam de suas atividades uma das causas que conduzia à resistência do seu trabalho. Como codificação foi apontada a falta de conhecimento e compreensão da população e dos profissionais do trabalho dos ACS. Foram agrupados ainda os seguintes temas geradores: depressão dos ACS; dificuldade de reestruturação do modelo assistencial; falta de informação sobre o tema da promoção da saúde.

As situações descritas a seguir reforçam a codificação deste tema:

Os ACS foram colocados aqui sem conhecimento nenhum, muitas Unidades de saúde atuam separadas dele.. agora que eles estão sendo incorporados na Unidade (profissional de saúde, Círculos de Equipe).

Quem faz as orientações aqui no bairro não são bem formados para orientar...esse negócio de ir de casa em casa, a formação que temos é de ir quando estamos doentes...mas o caminho é este ir na casa das famílias...mas o conhecimento dos profissionais é melhor do que dos ACS (liderança comunitária, Círculos de Diálogo).

Muitos ACS manifestaram que a relação com os profissionais era marcada por não reconhecimento, distanciamento, como expresso na fala a seguir:

A gente é o lado fraco da corda...os profissionais nunca têm tempo para discutir com os ACS. A minha equipe nunca teve uma reunião com a médica, só com a enfermeira, e só no fechamento do SIAB...eu sinto uma certa falta de interesse e compromisso do profissional com os agentes (ACS, Círculos de Diálogo).

O problema é que nós falamos uma coisa na comunidade e quando retornamos da visita para Unidade ninguém nos ouve...ninguém tem tempo...se colocamos para a enfermeira ela sempre fala que não tem tempo, depois quando param para conversar, nem lembram qual era a situação...mas quando não se consegue com a enfermeira procura-se o médico...precisamos resolver a situação para voltarmos para a comunidade...mas ninguém resolve nada (ACS, Círculos de ACS).

O ACS pode ter um papel estratégico nas mudanças desejadas, mas precisa exercer o diálogo com a equipe de saúde. Se não houver este diálogo em torno das dúvidas, angústias do trabalho realizado, ao invés de produzir os resultados esperados pode, quando muito, contribuir para a piora da qualidade de vida desses profissionais e, conseqüentemente não alcançar os objetivos que a Saúde da Família se propõe.

Por outro lado, os profissionais de saúde se protegem, utilizam mecanismos de defesa para se proteger, eles tem dificuldade de dialogar de trabalhar em grupo. Para Pereira (2001, p.166) ressalta que é importante reconhecer o saber do outro, mesmo que isso signifique:

Abandonar o marco de segurança o que pode provocar medo e temor de enfrentar as ansiedades. Enfrentar esses desafios abre possibilidades de aprendizagem, possibilidades de causar mudanças em nossas atitudes, em nosso modo de olhar o outro.

Essa dificuldade do diálogo tem sido muito ressaltada nos Círculos e isto provocou questionamentos que conduziram à análise crítica da codificação, e origem das seguintes descodificações: dificuldade de aceitação do trabalho dos ACS (usuários, lideranças comunitárias, profissionais); duplicidade de cadastramento pelos ACS e alunos do Barão de Mauá; falta de diálogo, dificuldade de organização e mobilização popular, capacitação; dificuldade para implantar medidas de promoção e prevenção.

A partir destas descodificações se discutiu com a gerência a possibilidade de organizar 'Círculos de Cultura' específicos com os ACS, pesquisador e auxiliar de pesquisa, a fim de

analisar as questões levantadas até o momento. Essa proposta de realização de círculo de cultura foi aceita e viabilizada durante o 3º momento e, permitiu que os ACS discutissem temas do seu interesse, com troca de opiniões e diálogos acerca da resistência ao seu trabalho.

Assim, como indicação de desvelamento crítico foi apontado: reforço e apoio do trabalho do ACS; treinamento e capacitação pela SMSRP; encontros e diálogos quinzenais com o enfermeiro e realização de Círculos de Cultura. Como ação concreta foi discutido com a equipe sobre a duplicidade do cadastramento pelos ACS e alunos do Barão de Mauá.

Com relação a esta duplicidade de cadastramento, se discutiu nos círculos de equipe a possibilidade de realizá-lo em conjunto:

O importante é não trabalhar sozinho, mas integrado...os ACS devem acompanhar a equipe da Barão...tem famílias que não gostam da Barão porque não dão continuidade (profissional de saúde, Círculos de Equipe).

Se isto acontecer vai ser muito bom...porque entre nós agentes conversamos e eles (BM) vão com muitos alunos e depois passam a bomba para nós...jogam o problema...(ACS, Círculos de Equipe).

Essa descodificação foi discutida em vários Círculos de Cultura, com a presença de professores do Barão de Mauá que se comprometeram a realizar algumas mudanças nas atividades práticas dos alunos e encaminhar para a coordenação de estágio. Por outro lado, os dados de cadastramento das famílias cobertas pelo PACS/PSF são essenciais para alimentar o SIAB e avaliar a situação de saúde, mas para atingir esses objetivos é necessário ter dados e indicadores completos e fidedignos.

Coloca-se assim, a importância do trabalho dos ACS para participar da construção de mudanças na sociedade, o qual torna necessária a sua valorização como pessoa e como profissional da área da saúde.

4.5.9 Quadro 9 – Tema Gerador: Falta de informação e compreensão sobre o tema da promoção da saúde.

TEMA GERADOR: FALTA DE INFORMAÇÃO E COMPREENSAO SOBRE O TEMA DA PROMOÇÃO DA SAUDE	
CODIFICAÇÃO	DESCODIFICAÇÃO
<ul style="list-style-type: none"> ➤ O tema da promoção da saúde está muito voltado para a promoção de eventos, de propaganda, confusão entre o tema da promoção e prevenção da saúde. ➤ <u>Outros temas geradores presentes aqui:</u> ➤ Diálogo autoritário (bancário) centrado nas queixas condutas medica e odontológicas; ➤ Falta de participação popular e engajamento da Associação de moradores no bairro; ➤ Falta de intersetorialidade/parcerias com as afiliações religiosas, comunitárias para o desenvolvimento das ações de promoção da saúde. ➤ Dificuldade de articular o atendimento domiciliar/ acompanhamento das famílias pela equipe de Saúde da Família. Realizar trabalho interdisciplinar. 	<ul style="list-style-type: none"> ➤ As afiliações religiosas e comunitárias têm contribuído timidamente para realização de atividades de promoção da saúde; ➤ A Unidade de saúde realiza alguns Flashs de promoção, necessita trabalhar mais; ➤ Falta de esclarecimento e compreensão do tema de promoção da saúde/prevenção; ➤ O processo de trabalho das equipes está centrado na lógica da produtividade (Boletins de produção); ➤ Equipes de saúde da família não realizam um trabalho integrado/articulado com a comunidade; ➤ Os interesses de grupos, pessoas é que tem conduzido a participação popular, intersetorialidade; ➤ Diálogos dos profissionais com a comunidade é voltado para a queixa/conduta. Não se problematiza a realidade do bairro.

DESVELAMENTO CRÍTICO	
<ul style="list-style-type: none"> ➤ <u>Indicação</u> da necessidade do diálogo entre usuários e profissionais de saúde sobre o significado de Promoção da saúde; ➤ <u>Indicação de buscar</u> a compreensão e refletir sobre o trabalho de promoção da saúde; ➤ <u>Indicação</u> de uma reflexão concreta da diferença entre prevenção e promoção; ➤ <u>Indicação e reforçar</u> as atividades de Promoção da Saúde (círculo de quarteirão, PIC, QI GONG, acuidade visual, artesanato, diálogos, CLS) e estimular novas estratégias de promoção, visando a qualidade dos serviços de saúde; ➤ <u>Indicação de buscar</u> apoio da SMSRP, não somente nas atividades de produtividade como também naquelas oriundas da participação com grupos de educação a saúde e outros; ➤ <u>Buscar</u> uma integração da assistência (promoção e prevenção); ➤ <u>Indicação de estimular</u> a mudança do modelo assistencial: trabalho mais voltado para as ações de promoção da saúde na prática. 	

Fonte: Círculos de Cultura realizados na USFHS e Complexo Ribeirão Verde, 2005.

O tema da falta de informação e compreensão sobre a estratégia da promoção da saúde, surgiu a partir de reflexões realizadas com os profissionais, usuários e lideranças comunitárias sobre ‘qual era a compreensão que eles tinham do tema da promoção da saúde?’.

Procurei abordar os cinco campos de promoção da saúde, que relacionados com a prática cotidiana dos participantes, colaboraram para investigação dos outros temas geradores descritos anteriormente e que foram priorizados, codificados, decodificados e desvelados criticamente.

A reflexão sobre os campos de ações da promoção da saúde permitiu uma reflexão crítica das condições de vida dos moradores, realidade de saúde, bem como puderam contribuir para alguns encaminhamentos e ações futuras. Diante disso, busquei compreender qual era o entendimento dos sujeitos participantes nos Círculos sobre o tema da promoção da saúde, no qual explicitaram confusão com o tema da prevenção, sendo codificado como: ‘o tema da promoção da saúde está muito voltado para a promoção de eventos, da propaganda, confusão entre o tema da promoção e prevenção da saúde. Esta confusão pode ser claramente percebida nas falas a seguir:

Promoção não sei, mas acho que é uma divulgação, uma propaganda...prevenção é você se prevenir de alguma doença...é procurar um médico para não deixa avançar a doença...(usuário, Círculos de Artesanato).

A promoção você tem que sair promovendo, divulgando, fazendo propaganda...prevenção é prevenir para não ter a doença mais grave, como na campanha de vacinação temos que sair para divulgar (ACS, Círculos de Equipe).

Promover a saúde é promover a melhora no geral, no contexto familiar, no trabalho. Na saúde pública é difícil de abordar, mas muitas coisas a gente consegue fazer. Na saúde privada se trabalha mais...dependendo da queixa tem que ser restrito (profissional de saúde, Círculos de Quarteirão).

A discussão do enfoque entre promoção e prevenção à saúde é visto por Czeresnia (2003) a partir do próprio conceito de saúde. Para a autora existe uma radical e pequena diferença entre promoção e prevenção³⁶. Aborda como radical as mudanças que devem ocorrer na formulação e operacionalização das práticas de saúde e pequena porque tanto as práticas de promoção como de prevenção, fazem uso do conhecimento científico. Os projetos de promoção da saúde utilizam os mesmos conceitos clássicos que orientam a produção do conhecimento em saúde, cuja racionalidade é utilizada pelo discurso preventivo. Isto pode trazer confusões e indiferenciação entre as práticas, porque a radicalidade da diferença entre ambas não é afirmada, exercida de modo explícito.

No contexto desta codificação foram agrupados, ainda, os termos de: diálogo autoritário, desmobilização popular, falta de intersetorialidade, interdisciplinaridade e dificuldade para acompanhar as famílias na comunidade.

³⁶ A palavra prevenção significa ‘ato ou efeito de prevenir (se)...’preparo antecipado e preventivo. A palavra promoção é definida “como ato ou efeito de promover, dar impulso a, avançar, ascensão” (FERREIRA, 1986).

Com relação a esses temas, é importante reconhecer que são necessárias mudanças na perspectiva da promoção da saúde para que conquistar a melhoria das condições de vida. A conquista de melhores condições de vida e saúde, objetivos almejados pela estratégia de promoção da saúde, deixa de ser utópico e abstrato, se concretizaram parcerias com as políticas sociais, o diálogo torna-se interdisciplinar, desenvolve-se ações intersetoriais, busca-se o fortalecimento/*empowerment* das comunidades envolvidas.

A partir deste contexto, se procedeu a análise crítica da codificação sendo ressaltado as seguintes descodificações: afiliações religiosas e comunitárias têm contribuído para algumas ações de promoção da saúde; UFSHS desenvolve alguns ‘flashes’ de promoção; interesses de alguns grupos, pessoas impulsionam a participação popular; diálogo autoritário, centrado nas queixas condutas; processo de trabalho dos profissionais centrado na lógica da produtividade e falta de esclarecimento do tema da promoção da saúde.

Tratando-se dessas descodificações, muitas já evidenciadas anteriormente, retrataram, parte da organização social do complexo e da Unidade de saúde. Dentre esses pontos, vale a pena destacar o apoio tímido, mais importante das afiliações religiosas e comunitárias e a realização de flashes de promoção pela Unidade. Em relação à contribuição das afiliações, expressou-se a participação da população nas igrejas de todas as religiões, principalmente, nas chamadas evangélicas ou pentecostais (neste bairro era em maior número). O fato de frequentar uma igreja era visto como positivo à saúde e relacionavam com a promoção:

Na igreja tem o pastor...a academia ajuda a ficar em forma. Eu já vi pessoas procurarem o pastor, porque eles estavam brigando muito e o pastor foi conversar com eles e amenizar os problemas (ACS, Círculo de Quarteirão).

Aquí no bairro tem vários problemas, e a promoção eu creio que seja ajudar as pessoas, ajudar na saúde. O que prevalece no bairro são as igrejas, onde se tem mais união é nas igrejas porque todo mundo (um ajuda o outro). O fato de se acreditar e permanecer na fé muda muito a vida de cada um ...(profissional de saúde, Círculo de Diálogo).

As afiliações comunitárias, representadas pelo AMCRV, destacava-se mais, pela organização das atividades de lazer no complexo, participação nos Círculos de Cultura de bairro, CLS e encaminhamento de alguns temas emergentes: transporte coletivo, superpopulação, pronto atendimento, lazer e outros. Esta associação tinha o papel importante no sentido de promover a intersetorialidade e contribuir para o desenvolvimento das estratégias de promoção da saúde. Porém, muitos participantes no círculo, levantaram que esta associação, em alguns momentos, criava mecanismos de cooptação que pode ocorrer através da participação popular, para legitimar interesses próprios:

Quando foi inaugurada a Unidade, a associação foi muito participativa...mas agora só participam por interesse (profissional de saúde, Círculos da CLS).

Com relação às ações de promoção da saúde foi destacado, principalmente pelos profissionais, que a USFHS realizava ‘alguns flashes’, ‘algumas atividades pontuais’ pois esta Unidade estava ainda muito distante para exercer o seu trabalho nesta direção. Para eles estes ‘flashes’ de promoção e que eram somente ‘flashes’ compreendiam as atividades de artesanato, acuidade visual na escola, visitas domiciliares, círculos de bairro e CLS, PIC, QI GONG. A partir disto, a Unidade de saúde vinha desenvolvendo algumas parcerias, articulações com AMCRV, escolas, MST cujo objetivo era a melhoria das condições de saúde e qualidade de vida dos moradores do complexo.

Diante deste contexto, como indicação de desvelamento crítico foi apontada a necessidade de diálogo entre usuários, profissionais da saúde, lideranças comunitárias, ACS sobre o significado do termo da promoção da saúde, no sentido de possibilitar: a compreensão e esclarecimento entre as diferenças de promoção e prevenção; o verdadeiro trabalho da promoção e reforço e estímulo das atividades já existentes; apoio da SMSRP para o desenvolvimento de

ações de promoção; integração entre as ações de saúde; reestruturação do modelo assistencial na USFHS.

Portanto, a incorporação destas indicações desveladas nos círculos, deve partir de cada pessoa do grupo, ou seja, desde os profissionais até os usuários, para que juntos possam construir e desenvolver as estratégias de promoção da saúde. Por outro lado, os profissionais de saúde têm dificuldade de incorporar na sua prática cotidiana, essas estratégias de promoção da saúde e existe uma complexidade de fatores, no entanto, destacarei 02:

O primeiro está relacionado à formação dos profissionais para o modelo médico de atenção à saúde. Através desta abordagem, o enfoque de atenção continua ainda sendo a doença, a cura e a reabilitação. A abordagem social quando incluída na determinação do processo saúde e doença, é vista muito como um campo de atuação exclusiva da saúde coletiva e também da promoção da saúde.

O segundo fator é a falta de formação, de conhecimento suficiente, da nova promoção da saúde, da maior parte dos profissionais. O grande desafio é agregar os cinco campos de ação da promoção nos serviços de saúde, mas quando isto ocorre é porque são desenvolvidos parte destas estratégias, como por exemplo, a concepção behaviorista de promoção da saúde.

Assim, no próximo capítulo descreverei como se procedeu ao desvelamento crítico destes 09 temas geradores identificados nas atividades de Círculos de Cultura realizado na USFHS e Complexo Ribeirão Verde. O organograma II abaixo demonstra o agrupamento dos 29 temas geradores em 21 e a sua priorização em 09 temáticas significativas que foram codificados e decodificados pelos participantes nos Círculos de Cultura. Realizar a síntese dos 09 temas geradores continua presente a mesma lógica evidenciada na primeira etapa. Os 08 temas voltam-se para questão do cuidado, que é a reorientação do serviço de saúde e 01 tema que é o da superpopulação se volta para o reforço da ação comunitária, meio ambiente, habilidades pessoais e políticas públicas. Para trabalhar estas questões seria importante incorporar a nova promoção da saúde, mas também uma clínica ampliada com novo aporte terapêutico, os círculos de cultura de Freire, acolhimento, criação de vínculos, processo de gestão do cuidado, supervisor de equipes na Saúde da Família e tanto outros.

Organograma II – Codificação/descodificação dos temas geradores

4.6 3º Momento – Desvelamento Crítico.

No terceiro momento, ocorrido de outubro a dezembro de 2005, se procedeu ao desvelamento crítico dos 09 temas geradores, investigados, codificados e decodificados. Neste momento, foi apresentado e discutido com os participantes, como resultado das participações nos Círculos de Cultura, o levantamento dos 29 temas geradores que foram agrupados em 21 e sintetizados em 09 temas mais relevantes.

A fase do desvelamento crítico, se constituiu no terceiro momento do Itinerário de Pesquisa de Paulo Freire, no qual os temas haviam sido sistematizados e estavam sendo reapresentados para os sujeitos participantes nos Círculos de Cultura para análise e reflexão. Estas temáticas tinham sido extraídas da realidade vívida, e voltavam agora para os participantes como situações que deveriam ser decifradas, desveladas criticamente. Para mediar estas discussões, procurei dialogar sobre cada tema, explicando que os mesmos haviam sido resultado da problematização nos diferentes eventos de Círculos de Cultura realizados. Para que ocorresse a discussão destas 09 temáticas com os sujeitos participantes, tiveram que ser reorganizados os Círculos na USFHS e Complexo. Através de um planejamento com a gerência da Unidade, ficou acertada a disponibilidade, frequência e em quais Círculos de Cultura, poderiam ser viabilizadas a devolução e o desvelamento dos temas geradores. A necessidade de reestruturar novamente os Círculos, quando eles já vinham ocorrendo, foi justificada por meio da gerência, pela falta de tempo e o grande fluxo de trabalho dos profissionais, que os impedia de dialogar mais de perto sobre os temas problematizados.

No entanto, a intenção era proceder ao desvelamento dos 09 temas, mas estava-se encontrando resistências por parte de alguns profissionais e lideranças comunitárias. Percebi em

inúmeras falas, gestos, uma resistência velada, expressa principalmente, pela falta de ‘tempo’, ‘excesso de trabalho’ de que não gostariam de refletir e analisar temas e/ou situações que expressassem situações de sua prática cotidiana, já que muitas das ações necessárias para operar mudanças na realidade dependiam deles. Até o momento de identificação dos temas geradores, codificados e decodificados não ocorreram resistências com relação a nenhum tema. Porém, quando se passou para o último passo do Itinerário de Pesquisa, ou seja, desvelamento crítico que requer ação concreta dos profissionais, como mudanças no seu modo de produzir saúde, com foco na saúde e na família com acolhimento, humanização, responsabilização e promovendo autonomia dos usuários, as resistências foram evidentes.

Mas, apesar desses encontros e desencontros foram programados para este momento, 03 Círculos de Quarteirão para cada equipe (verde, vermelha e azul). Além desses, ocorreram 12 Círculos de Equipe, 03 do Grupo Gestor, 03 Círculos de Gestão do Trabalho, atividade prática coordenada pelos docentes do curso de Especialização em Saúde da Família, 07 Círculos dos ACS, 06 Círculos de Artesanato, 03 Círculos da CLS e 08 Círculos de Diálogos.

Com relação as atividades de Círculos de Equipe/Grupo Gestor, inicialmente, não foram disponibilizadas, devido ao grande fluxo de trabalho, mas como os profissionais das 03 equipes freqüentavam o curso de Especialização em Saúde da Família promovido pela USP/Ribeirão Preto, reuniões com docentes do referido curso deveriam ser realizadas nos serviços, e isto resultou na realização de encontros com cada equipe de saúde.

A partir desses encontros de ‘Gestão do trabalho’, foi problematizada a necessidade de redimensionamento das equipes de Saúde da Família na USFHS. Para que houvesse essa discussão com cada equipe, foram realizados encontros semanais, no qual solicitei permissão para realizar Círculos de Cultura com a discussão dos 09 temas para o desvelamento crítico. Não houve grandes resistências quanto a apresentação da importância destas temáticas, mas apesar de

insistir na relevância desta análise crítica e discutir durante todo o processo, predominou por parte de alguns profissionais a relevância de algumas questões como sendo as mais significativas e responsáveis pela dificuldade de operacionalizar mudanças efetivas para melhoria da assistência na Unidade de Saúde.

Dentre a programação para realização dos Círculos, os eventos de ‘Quartirão’ foram os que mais apresentaram resistência para sua ocorrência. Nas discussões para apresentar o desvelamento crítico nestes Círculos, as opiniões na USFHS se dividiram entre aquelas que consideravam positivo a participação de um grande número de usuários, pois não tinham medo e/ou insegurança de discutir questões relativas às limitações da Unidade de Saúde. Mas, por outro lado, prevalecia a idéia de que a divulgação dos temas com mais pessoas ocasionaria conflitos, e muitos dos profissionais passaram a resistir dizendo ‘ estamos com uma demanda reprimida, só temos consulta para o próximo ano, como vamos explicar para a população?’ Apontaram que no bairro existia um grande número de pessoas que reivindicava assistência na Unidade, e eles (profissionais de saúde) não tinham condições de prestar atendimento para toda esta população.

Na verdade, havia dificuldade para ocorrer o verdadeiro diálogo entre profissionais e usuários da Unidade, que no dizer de Freire (1992), deveria ser construído como relação entre sujeitos mediatizados pelo mundo. Para ele a relação de diálogo, não anula o ato de ensinar, mas pelo contrário, reforça o aprendizado e se torna verdadeiramente possível quando o pensamento crítico, inquieto e que neste caso, do profissional da saúde, não impede a capacidade de pensar e começar a pensar do usuário. Se o pensamento do profissional anula, esmaga, dificulta o pensamento do usuário, então o pensar deste profissional, autoritário, tende a gerar nos usuários, um pensar tímido, inautêntico ou, às vezes, puramente rebelde.

Para a realização dos Círculos de Quarteirão, foi-se organizando um movimento na Unidade, de insatisfação, diante da distribuição dos convites e reserva da sala da AMCRV para realização desta atividade.

Em vez de muitos profissionais colaborarem para organização e participação destes Círculos, aliando-se a discussão dos temas com os usuários e lideranças, utilizaram seu poder para desmobilizar e desestimular os ACS, de forma que atritos e conflitos surgiram, sendo suspensa a continuidade da divulgação deste Círculo de Quarteirão na comunidade.

Na realidade, estavam ocorrendo muitas ‘conversas paralelas’, ‘falas veladas’ nos corredores, na sala de café, nos consultórios sobre a realização dos ‘Círculos de Quarteirão’. Alguns profissionais manifestavam medo, insegurança, diante da possibilidade de participação de um grande número de usuários.

Fui convocada para uma reunião com a gerência e equipe de saúde responsável, a fim de explicar a dinâmica que seria utilizada no Círculo, principalmente se houvesse a participação de muitas pessoas. Pois, no...

círculo da equipe x...foram 05 pessoas armadas com pedras nas mãos...questionaram tudo, reclamaram de tudo...e falaram muito negativamente sobre a Unidade de Saúde, não deixaram os outros usuários se manifestar, parece que tinham combinado o que iriam falar. Imagina se neste Círculo de Quarteirão comparecer umas 10 pessoas e se vierem para brigar, pronta para criticar o trabalho que estamos desenvolvendo na Unidade, como é que fica quem vai nos defender, a gente sabe que não estamos conseguindo atender todo mundo no Posto e aí o pessoal vem pronto para brigar (profissional de saúde, notas de observação).

Diante disto, expressei que não ficassem temerosos, seria apresentada a investigação, codificação, decodificação dos temas e proposto a análise do desvelamento crítico. Abordei durante este diálogo, os 09 temas geradores que deveriam ser apresentados e procurei resgatá-los a partir do levantamento que vinha sendo realizado nos Círculos de Cultura. Refleti com eles a importância de realizar um diálogo crítico destas temáticas, nos Círculos de Quarteirão, pois

envolveria profissionais de saúde, lideranças e usuários para que em conjunto pudessem resgatar o *empowerment*, a articulação de um projeto político comum a todos. Por outro lado, mesmo com a resistência, avalei como positivo este movimento, pois fez com que dialogássemos mais de perto sobre as temáticas geradoras e que estavam envolvidas diretamente com a realidade de saúde do complexo e da USFHS.

Entretanto, muitos profissionais expressavam mecanismos de defesa diante das inúmeras situações da sua prática cotidiana. Pereira (2001) aborda que muitos trabalhadores de saúde não estão dispostos e/ou preparados para enfrentar as dores inevitáveis que ocorrem fora do seu espaço de segurança. É difícil entrar em contato com o não saber, com o invisível, e para se conseguir o *empowerment* dos sujeitos o outro também precisa falar, dialogar, é necessário escutá-lo.

Apesar da dificuldade foram realizados 03 Círculos de Quarteirão, e em nenhum deles houve a participação expressiva da comunidade. Nesses, houve mais a presença de um grande número de profissionais, gerência da Unidade, professores e alunos do Barão de Mauá e lideranças da AMCRV. Diante do número reduzido de usuários, iniciaram-se os Círculos com uma breve apresentação, exposição dos temas e foi proposta a análise no grande grupo. Após a apresentação, alguns profissionais da Unidade e lideranças da Associação de Moradores conduziram principalmente as discussões para somente dois temas que foram o da ‘superpopulação’ e necessidade de ‘pronto atendimento’ na Unidade, provocando a participação das demais pessoas presentes que, quando interviam expressaram que desconheciam as condições de vida e saúde do complexo. Desconsideraram os outros temas não querendo discutí-los.

Para proceder ao desvelamento dos temas nos Círculos de Cultura da CLS, dos ACS e do Artesanato, também foi solicitado permissão para reapresentá-los. Com relação aos Círculos dos

ACS abordarei um pouco mais adiante a dinâmica utilizada, detendo-me neste momento nos Círculos da CLS e Artesanato.

Com objetivo de dar continuidade a discussão dos temas geradores, procurei levar para a Comissão Local de Saúde as reflexões que iam sendo produzidas nos Círculos de Quarteirão, Equipe/Grupo Gestor. Este momento representava “a tomada de consciência da situação existencial compartilhada, que é vista com outros olhos e que possibilita e nos leva a uma ação na busca de sua superação e não mais de adaptação”(SAUPE; BRITO; GIORGI, 1998, p.261).

Os representantes da Comissão Local de Saúde, já estavam participando dos Círculos e reforçaram a importância dos 09 temas geradores, mas conduziram novamente para 03 as temáticas mais relevantes. Em suas análises consideraram que o tema da superpopulação, pronto atendimento constituíam os pontos chave da problemática vivenciada na Unidade e complexo. O tema da falta de informação sobre a nova promoção da saúde, também foi acrescentado como prioritário. É importante analisar que queriam compreender a promoção da saúde somente enquanto concepção, pois excluíram do desvelamento crítico seis temas que se relacionavam à promoção da saúde como: “depressão” na população; resistência dos profissionais de saúde de trabalhar na lógica da Saúde da Família; dificuldade para acolher e atender os problemas e necessidades da população; dificuldade para realizar acolhimento; necessidade de maior capacitação prática das equipes; resistência dos profissionais e população para aceitar o trabalho dos ACS. Considero que os temas excluídos do desvelamento crítico são aqueles que dizem de perto sobre mudanças de atuação do profissional de saúde, e que não são fáceis de serem implementadas e a construção de um projeto comum, que no momento só começava a se delinear.

Retomando a discussão dos Círculos da CLS houve muita divergência de opiniões, já que alguns compreendiam que a sensibilização dos moradores para os temas desvelados dependia exclusivamente das ações da AMCRV. Na Unidade de Saúde estas questões seriam discutidas

entre os profissionais, reservando-se o espaço da CLS para participação dos usuários e lideranças comunitárias. Porém, neste espaço faltava articulação entre os usuários e técnicos da saúde, prevaleciam os interesses imediatos e particulares, não se garantia a eficácia da CLS e isto estava diminuindo a participação dos seus membros e periodicidade dos encontros.

O depoimento a seguir reflete o distanciamento entre os profissionais e usuários:

É melhor que a Unidade seja UBS ou Distrital? Temos que chamar a comunidade para discutir com eles, Qual é o projeto que queremos, aqui para o bairro. Mas não dá para realizar este trabalho sozinho, e era importante que vocês profissionais pudessem participar mais de perto, pois do contrário vai ter muitas posições divergentes (liderança comunitária, Círculo da CLS).

Neste contexto, a noção de *empowerment*, visto como o incremento do poder técnico e político das comunidades não vinha ocorrendo. A noção de *empowerment* é importante porque ela pode contribuir para diminuir as diferenças de poder que ocorre na relação entre os profissionais e usuários. É necessário estimular as articulações e parcerias entre ambos para que em conjunto busquem alternativas que possam garantir a melhoria do nível de saúde da população (BUSS, 2000; CARVALHO, 2002).

Por outro lado, mesmo com a dificuldade de implantar as estratégias de promoção à saúde, a experiência no Círculo da Comissão Local de Saúde tem sido válida para todos, e o importante é garantir a sua continuidade. Algumas propostas e encaminhamentos foram aparecendo e já estavam sendo discutidas, principalmente, no Círculo de Equipe. Estas propostas diziam respeito ao redimensionamento das equipes de Saúde da Família, redefinição da Unidade de Saúde (UBDS, UBS, USF), discussão e implantação das estratégias de promoção e mobilização popular. Além disso, estas reflexões culminaram na realização de um encontro entre representantes da comunidade e profissionais de saúde com o gestor municipal da SMSRP.

Para proceder o desvelamento crítico no Círculo de Artesanato, procurou-se dar continuidade a dinâmica de exposição dos temas identificados, codificados e decodificados. Nestes Círculos também foram reapresentados as 09 temáticas mais relevantes para alguns usuários e ACS presentes. Porém, não houve manifestação de interesse, por parte dos participantes, para encaminhar e discutir estas questões, contemplando a temática da superpopulação, como prioritária para melhoria das condições de vida e em função disto solicitaram para discutir o tema da “depressão” e desarmamento³⁷.

Havia dúvidas e incertezas quanto à aprovação pelo Governo Federal e Congresso Brasileiro do Estatuto do Desarmamento, para combater a violência, solicitando o grupo uma discussão mais aprofundada sobre esta temática.

Durante estes Círculos de Artesanato, como animadora do grupo estimei o diálogo crítico bem como os ajudei a analisar e alcançar as sínteses dos temas solicitados e sua relação com os temas mais relevantes. A discussão dos temas apresentados impulsionou os participantes a perceber significados da realidade, atribuídos principalmente a falta de infraestrutura provocada pelo aumento da população e que se evidenciava como dificuldades e carências que interferiam nas suas condições de vida, mas não caminharam para análise da totalidade das temáticas que deveriam ser desveladas.

Esta falta de infraestrutura aumentava o contexto da violência, falta de oportunidades educacionais, acesso ao trabalho, atividades sociais que impulsionavam a incidência de: depressão, drogas, violência, gravidez na adolescência. Analisou-se, assim, a necessidade de

³⁷ A discussão do desarmamento emergiu, a partir da campanha lançada ao nível nacional sobre a importância de votar no referendo que perguntava a opinião das pessoas sobre a proibição ou não pela comercialização das armas de fogo.

programar políticas e iniciativas para conter a migração e/ou impulsionar atividades de cultura, lazer e esporte na comunidade. Estas iniciativas poderiam atenuar ou remediar de certo modo estes problemas, na medida em que apresentavam alternativas para a população.

Nos Círculos de Diálogo também foram reapresentados os 09 temas desvelados para alguns profissionais e ACS individualmente, como resultado da codificação e decodificação dos temas geradores identificados no 1º e 2º momento. Os temas apontados representavam a compreensão das condições de vida e saúde, da USFHS e complexo RV e o seu desvelamento crítico deveria levar a reflexão crítica dessa realidade e através de uma nova visão eles teriam um melhor entendimento da realidade vivida.

Além dos Círculos da CLS, do Artesanato, Quarteirão, Diálogos foram realizados 03 Círculos de Cultura com cada equipe de saúde (verde, vermelha e azul). Estes Círculos originaram-se a partir de reflexões produzidas nos Círculos de Especialização em Saúde da Família, que diante da realidade da USFHS, avaliou-se a necessidade de redimensionamento das equipes de saúde da família. Nestes encontros, também foi apresentado para os participantes o levantamento dos 29 temas geradores que foram agrupados em 21 e sintetizados em 09 temas mais relevantes, e que neste momento estavam sendo desvelados.

O processo de desvelamento crítico já vinha ocorrendo, simultaneamente em outras atividades de Círculo, emergindo neste grupo as temáticas de: superpopulação, pronto atendimento e promoção da saúde. Estes temas, principalmente o da superpopulação, era apontado como o responsável pelo aumento da demanda no processo de trabalho das equipes e isto dificultava a implantação das diretrizes da Saúde da Família.

Em contrapartida, as 03 equipes do Programa de Saúde da Família – PSF, visto como principal estratégia de reorientação do modelo assistencial a partir da atenção básica, é que

poderia em conjunto com os segmentos populares do complexo, organizar e planejar as ações de promoção e atenção à saúde da população do Ribeirão Verde.

Apesar de apontar a existência de inúmeros problemas que interferiam na organização do seu processo de trabalho, como: falta de espaço físico e recursos humanos, aumento da população e desmobilização popular entre outros, estes profissionais deveriam iniciar uma discussão internas para não aumentar os conflitos na USFHS.

Por outro lado, as discussões iniciadas pelo curso de Especialização em Saúde da Família com alguns membros da Unidade foram fundamentais para organizar e estimular a realização de Círculos com as Equipes de Saúde. Alguns profissionais, professores do Barão e pesquisador, já vinham reivindicando a realização de encontros quinzenais com as equipes de saúde, mas a gestão dos serviços demonstrava resistência para organizá-los. Argumentava-se que existiam muitas ‘fichas’ e ‘encaminhamentos’, ‘as consultas não podiam ser suspensas e ou remarcadas’...(profissional de saúde, notas de observação).

Mesmo, assim, reforçou-se a importância de organizar o processo de trabalho das equipes de saúde, pois conforme depoimento:

É necessário planejar, e isto deve ser realizado a partir da realidade, mas...tem sido pactuado com esta realidade, aceita-se do jeito que está...(profissional, Círculo de Especialização).

Aplicou-se um instrumento do planejamento estratégico para auxiliar na identificação, análise e encaminhamento dos principais problemas na USFHS. A partir deste, o tema do aumento da população no complexo e implantação de uma equipe de pronto atendimento foi reforçado e discutiu-se a necessidade de implantar mais equipes de Saúde da Família para cobrir os 18.469 moradores existentes e a estimativa de mais 16 508 pessoas para futuro próximo (SIAB, 2005).

Como propostas para enfrentar o aumento da população e desvelamento crítico da situação, propuseram os participantes a realização de Círculos específicos com cada equipe de Saúde da Família. Nestes Círculos seria discutida a possibilidade de reestruturação das equipes a partir das diretrizes e lógica da Saúde da Família e de acordo com a realidade da população e do complexo.

Além disso, buscar-se-ia organizar e desenvolver ações de promoção à saúde, reforçando as parcerias e articulações intersetoriais com vários segmentos da sociedade, como: universidades, conselho municipal de saúde, gestor municipal, associação de moradores, escolas, instituições religiosas e outros.

A partir desta contextualização foram realizados 03 Círculos com cada equipe de Saúde da Família (verde, vermelha e azul), durante horário de funcionamento da Unidade. As agendas médicas, odontológicas e de enfermagem, procedimentos e atividades terapêuticas foram organizadas de forma que cada profissional pudesse participar do círculo da sua equipe sem comprometer a dinâmica de funcionamento da Unidade de Saúde. Desta atividade também participaram, professores do curso de medicina do Barão de Mauá, uma vez que assumiram o compromisso de auxiliar na reestruturação e dinamização do processo de trabalho das equipes na lógica de Saúde da Família.

A problematização da ‘dificuldade dos profissionais em trabalhar na lógica de Saúde da Família’ havia sido codificada, decodificada como um dos 09 temas mais relevantes produzidos nos Círculos de Cultura. Mas, neste momento, não estava sendo desvelado como um dos temas principais, e sim como análise o aumento da população do complexo e isto estava dificultando a atuação das equipes como Saúde da Família. Não levaram em consideração a sua atuação política

e técnica enquanto profissionais de saúde e que por isso poderiam operar mudanças nos seus microespaços locais.

Assim, no período de novembro a dezembro de 2005, iniciaram-se na Unidade, os Círculos específicos com as equipes de Saúde da Família. Como base para auxiliar na análise foram buscadas as principais diretrizes de Saúde da Família preconizadas pelo Ministério da Saúde, e que permitiram identificar as condições de funcionamento e desenvolvimento desta estratégia na Unidade e Complexo. A partir disto, constatou-se a inadequação na implementação da Saúde da Família e planejaram ações estratégicas para que em janeiro de 2006 houvesse redimensionamento do processo de trabalho das equipes para este modelo de atenção à saúde.

Apontaram, assim, como elementos importantes para reestruturação do processo de trabalho na Unidade:

- **Ações práticas imediatas:** recadastramento das famílias, territorialização e planejamento local, redefinição das áreas de abrangência com delimitação de mapas, sensibilização da população quanto à reestruturação do processo de trabalho das equipes (consultas médicas não seriam mais realizadas por especialidade, mas clínico geral-médico da família), participação do professores e alunos do curso de medicina do Barão de Mauá nos agendamentos de Saúde da Família na Unidade, replanejamento e organização das agendas dos profissionais médicos, enfermeiros, odontólogos (atendimento individual, ações de promoção à saúde, visitas domiciliares, trabalho de grupo e outros), redistribuição do espaço físico na Unidade e estímulo para manter periodicidade dos encontros com as equipes de Saúde da Família.
- **Ações políticas:** readequação do espaço físico da USFHS, com articulação do Barão de Mauá e gestor Municipal para instalação de salas anexas na Unidade de Saúde. Sensibilização das

lideranças e população para reestruturação do processo de trabalho das equipes na lógica da Saúde da Família. Encaminhamento de documento e agendamento de reunião com a SMSRP expondo situação de saúde da USFHS: aumento da população, necessidade de equipe de pronto atendimento, dificuldade para realizar ações de promoção.

- **Ações durante o processo:** identificação de problemas de saúde mais comuns e de risco, continuidade de reestruturação do processo de trabalho das equipes de saúde e readequação de espaço físico, promoção de atividades de vigilância à saúde, ambiental e outros. Incentivo para melhorar a capacitação clínica e técnica dos profissionais da Unidade. Importância de manter as parcerias e articulações com a equipe do Barão de Mauá. Sensibilização dos profissionais para desenvolver ações de promoção da saúde, trabalho de grupos e visitas domiciliárias. Estimular parcerias e ações intersetoriais com a comunidade e demais segmentos sociais, estimulando e fortalecendo a participação da população para o enfrentamento dos seus problemas. Promover o diálogo com os usuários dos serviços sobre o que é Saúde da Família.

A partir disto, iniciou-se uma dinâmica interna na Unidade que buscava caminhar para reestruturação do processo de trabalho das equipes de saúde. O desvelamento dos temas geradores ocorridos também nos Círculos de Artesanato, CLS, Quarteirão, Especialização, ACS contribuíram como dispositivo para reforçar este processo.

Dentre as ações apontadas, os participantes mencionaram alguns pontos conflitantes que dificultavam a reestruturação do processo de trabalho das equipes. Dentre estes, reforçaram a dificuldade de desmistificar a questão das especialidades e atribuições profissionais:

Como vamos trabalhar com os alcoolistas, e ou curativos de outras equipes...cada profissional tem sua especialidade e presta assistência na área de abrangência das 03 equipes ...não são todos que tem habilidades e conhecimentos de clínica geral (profissional de saúde, Círculos Equipe).

Para transformar essas resistências ‘quanto às mudanças de especialidades e atribuições do profissional da saúde’, deveriam ocorrer mais capacitações e sensibilizações na perspectiva da Saúde da Família. Conforme evidenciado nos Círculos, a maior resistência não era dos usuários, mas do próprio profissional que permanecia estático à realidade, pois a maioria afirmava que...toda mudança é difícil e até ‘entrar na cabeça’(profissional, Círculo de Equipe).

Nas análises produzidas nos Círculos, levantou-se que os usuários não tinham muita dificuldade para aceitar o cuidado realizado por um profissional generalista

...o importante é conversar com a população...porque uma mãe não vai se incomodar que um médico que não é pediatra realize uma sutura no seu filho...ou se uma mulher está com algum problema ginecológico e não é assistida por um ginecologista...o importante é a pessoa ser atendida... (ACS, Círculos de Equipe).

Além dessas questões, evidenciaram a ‘falta de infraestrutura física’ na USFHS como um dos obstáculos que dificultava a reestruturação do processo de trabalho das equipes. Analisaram que a pouca disponibilidade de espaço físico na Unidade trazia limitações para a equipe, pois impedia que fossem realizadas consultas, simultaneamente, em todas as áreas disciplinares. Ocorriam dificuldades para realização de atividades em grupo, ações educativas e de promoção à saúde, procedimentos e atividades terapêuticas. Para o grupo, essas limitações interferiam tanto na organização do seu processo de trabalho, como na integração e articulação com os saberes interdisciplinares, bem como dificultava a implantação da 4ª equipe de Saúde da Família.

As reflexões oriundas do processo de trabalho dos profissionais ocorreram a partir do desvelamento do tema da superpopulação. Mediante isto as temáticas do ‘pronto atendimento’ e ‘promoção da saúde’ também estavam sendo desveladas como resultado do aumento da população no complexo Ribeirão Verde.

Enquanto aumentava o crescimento da população nesta comunidade, os problemas de infraestrutura de habitação, de saúde, de educação, de lazer, de saneamento básico continuavam a interferir de forma negativa nas condições de vida e saúde desses moradores. Neste contexto, como alternativa para o setor saúde, os participantes apontaram que além da reestruturação do processo de trabalho deveria ser implantada uma equipe de Pronto Atendimento 24 horas. Esta alternativa também era corroborada pelos usuários e lideranças locais.

Analisaram os participantes, que uma equipe de Pronto Atendimento acolheria os ‘casos eventuais’, a ‘população extra área de abrangência’ e os casos que não pudessem se deslocar até a Distrital de Saúde Norte. Desvelaram, ainda, que para auxiliar no cuidado a ‘demanda reprimida’ deveria ter organizado o trabalho de enfermagem para realização de triagens, e implantação de uma equipe de acolhimento para situações de risco.

Em relação às consultas odontológicas que apresentavam número expressivo de agendamentos para toda a área de abrangência do complexo, apontavam como solução à organização de mutirões:

Na odontologia os procedimentos são diferentes, é de 30 a 40 minutos...vamos fazer um mutirão de ‘extração dos dentes’...a maioria do problema é esse, dá uma limpada boa na boca e resolve...aí se escreve o paciente que precisa, que procura...se abre uma agenda menor...e o mutirão resolve...porque tem muita boca boa, mas tem muita boca feia (profissional de saúde, Círculos de Equipe).

A USFHS não dispunha ainda de um de programa de saúde bucal eficiente, com atendimento amplo nos 03 níveis de atenção. Entretanto, a proposta de mutirão vista como alternativa para resolver a estreita oferta de atenção secundária na Unidade, não melhora a qualidade de vida dos usuários do complexo. Os profissionais de saúde apresentavam uma sobrecarga de trabalho na Unidade, relacionada principalmente aos atendimentos individuais e a implantação de mutirão e/ou uma equipe de Pronto Atendimento, nas diversas áreas profissionais,

não diminuiria a complexidade dos problemas relacionados à realidade do complexo Ribeirão Verde, mas manteria o modelo curativo de atenção à saúde.

Na realidade buscava-se solução imediata, rápida para as questões levantadas, sendo ainda remotas, as parcerias e articulações com os vários segmentos da sociedade (gestor, associação de moradores, universidades, lideranças e outros). A saúde vista como expressão da qualidade de vida, defendida pela nova promoção da saúde, deveria ser incorporada pelas equipes de saúde. Ou seja, englobar os fatores ambientais, biológicos, psicológicos, culturais, sócio econômicos e políticos na definição do processo saúde e doença, cuidado ainda era um processo que necessitava ser estimulado na prática dos profissionais da saúde.

Com a problematização das 03 temáticas, os sujeitos manifestaram que estes temas eram os que mais interferiam nas condições de vida e saúde da população. Não levaram em consideração a riqueza dos demais temas explorados e levantados na fase da investigação, codificação e decodificação. Durante a rerepresentação dos 09 temas, alguns profissionais de saúde e lideranças comunitárias, principalmente nos Círculos de Quarteirão, Equipe, CLS, conduziram a redução temática para 03 temas principais. Porém, nos diversos momentos destes Círculos, procurei reforçar a importância da totalidade das temáticas, enfatizando como resultado dos momentos do Itinerário de Pesquisa de Freire e a participação desses sujeitos no processo.

Busquei, assim, incentivar o envolvimento dos participantes nas reflexões da realidade para que não houvesse resistências das 06 temáticas que não tinham sido reforçadas como relevantes e que também deveriam ser avaliadas. Mas, percebi em inúmeras intenções de falas, principalmente de alguns profissionais e lideranças comunitárias, a culpabilização do aumento da população no complexo, a necessidade de pronto atendimento e falta de informação do tema da promoção da saúde, como responsáveis pelos problemas inerentes a realidade de saúde da

Unidade e Complexo. Não se posicionaram como co/partícipes, co/responsáveis para operar e/ou desenvolver um projeto político de atenção comum nos microespaços locais, políticos e sociais em que exercem a sua prática cotidiana, responsabilizando em diversas situações as macroestruturas pela dificuldade de operacionalizar as mudanças necessárias em prol da melhoria da qualidade de vida da população, pois conforme depoimento a seguir:

O complexo Ribeirão Verde completou nove anos e desde o início sofremos com o atendimento relacionado à saúde. No início éramos atendidos na UBS Vila Mariana, depois no Jardim Aeroporto. Após tanto sofrimento e dificuldade nos organizamos e exigimos a construção de uma UBS aqui no Ribeirão Verde, fato esse ocorrido no início de 2004. Com a inauguração desta Unidade achávamos que os nossos problemas estavam resolvidos, mas logo percebemos que isso não iria acontecer. Na época a Secretaria da Saúde fez uma projeção errada da nossa população estimando-a em seis mil habitantes. A diretoria da Associação alertou que na realidade nosso Complexo contava com 15.000 habitantes, mas não fomos atendidos. Hoje a Secretaria continua com o mesmo erro, pois sua equipe foi preparada para atender 6.000 habitantes, além do mais esses profissionais não tem condições técnicas viáveis para atender a demanda da USFHS. O pronto atendimento foi e é transferido para o Quintino II sem que haja o questionamento quanto ao fato da locomoção, pois para ir até lá é necessário a utilização de quatro passagens de ônibus. Esses problemas vem se agravando cada dia mais, já se passou um ano e meio e hoje a população já esta em 18.000 habitantes continuam sendo atendidos pela mesma equipe e pior ainda, contando com a defasagem daqueles profissionais que pedem transferência ou saem de licença, sem contar também que a Unidade não tem profissionais de limpeza (Liderança Comunitária, parte da fala de um documento que seria encaminhado para o SMSRP)

Na verdade, muito dos profissionais reafirmavam as palavras desta liderança e continuavam a reforçar estas situações nos Círculos de Cultura que participavam. Observei, em diversos momentos uma negação frente aos demais temas, e isto demonstrava que eles tinham dificuldade e não estavam preparados para realizar uma prática de saúde mais humanizada e acolher os usuários na Unidade, não assumiram os princípios e diretrizes da Saúde da Família. Por outro lado, não estavam dispostos e não demonstravam disponibilidade interna para enfrentar temas levantados. O desenvolvimento de um projeto político comum na atenção básica e com a participação efetiva dos usuários, requer dos profissionais o compromisso e

reorganização de suas práticas para este fim. Porém, o descompasso entre os princípios do SUS e o perfil das equipes de Saúde da Família associado ao baixo interesse para atuar na atenção básica foram determinantes da resistência dos profissionais para a mudança do modelo hegemônico de saúde.

A articulação entre população, profissionais da saúde e lideranças comunitárias é essencial para melhorar a integração e envolvimento entre ambos. Ou seja, esta mediação entre população e poder público, assim como a capacitação para o exercício da cidadania e controle social são contribuições importantes que a prática de promoção da saúde pode trazer para incrementar a qualidade de vida da comunidade (BUSS, 2000).

Neste sentido, Carvalho (2004) aponta como sendo de extrema importância a incorporação das premissas e estratégias de promoção da saúde no SUS. Porém, ressalta ser necessário superar as iniquidade na saúde para que isto ocorra, principalmente o de: garantir o acesso a bens e serviços de saúde e qualidade (a); produção de sujeitos autônomos e socialmente responsáveis e (d); contribuir para a democratização do poder político (c).

É importante destacar, ainda que a falta da capacitação prática dos profissionais, tema evidenciado como relevante e não reforçado no desvelamento crítico, surge como um dos desafios que dificultam a construção e reorientação do modelo assistencial na lógica da Saúde da Família e princípios da promoção à saúde. Esta temática foi codificada e decodificada pelos profissionais de saúde, mas no momento do desvelamento crítico, não foi classificado como prioridade para eles. Considero que a educação permanente é importante e imprescindível para assegurar a atenção focada na família.

Com relação as lideranças comunitárias elas assumiam que o aumento da população, necessidade de pronto atendimento e falta de informação sobre o tema da promoção da saúde

eram os fatores que interferiam nas condições de vida e saúde da população do complexo. A redução das temáticas em 03, demonstrava a diminuição de suas responsabilidades frente as demais questões que haviam sido investigadas, codificadas e decodificadas. Por este motivo, procurei sempre reforçar nos Círculos de Cultura a importância das 09 temáticas, mas geralmente era apresentado por alguma liderança e/ou profissional de saúde, através de um ‘cartaz’, o crescimento da população e as conseqüências que isto poderia trazer para a região. Considero que, de fato, o aumento populacional em uma região adscrita, sem planejamento e infraestrutura necessária de vida, provoca deteriorização das condições de vida e saúde, mas ela só se resolve com a participação conjunta dos diversos segmentos sociais.

A análise crítica e reflexiva dos 09 temas desvelados manifestou inicialmente, nos sujeitos participantes a impossibilidade imediata para enfrentá-los, de encaminhar determinada ação, culpabilizando, por exemplo, o tema do ‘aumento da migração na região’ como o responsável pelo surgimento dos demais problemas e inviabilização de ações concretas na realidade.

O reconhecimento das situações que incidiam sobre a realidade e que deveriam ser transformadas dependia de inúmeros fatores dentre eles destaco: a atuação mais comprometida dos diversos atores sociais, tanto nos micro espaços como nos macro espaços políticos, sociais e econômicos deste cenário representado pelo setor saúde.

Na realidade, os participantes expressavam o seu pensar, a sua visão de mundo e que estava explícita, no trabalho que desenvolviam enquanto profissionais de saúde, usuários e lideranças comunitárias. Neste momento, não se conseguiu desabrochar o empoderamento dos sujeitos participantes para que pudessem estimular a participação de mais pessoas e contribuir para a transformação daquela realidade.

Como sujeitos reflexivos nos Círculos de Cultura, eles até tinham condições de questionar, de denunciar e transformar a realidade que se apresentava. Porém, o desvelamento crítico do tema da superpopulação, pronto atendimento 24 horas e falta de informação do tema de promoção da saúde, por si só não respondia às reais contradições sociais e políticas dos determinantes do processo saúde e doença da USFHS e Complexo Ribeirão Verde. Estas contradições deveriam ser reconhecidas na totalidade dos temas que haviam sido codificados/descodificados, para que em conjunto, profissionais, usuários dos serviços de saúde e os diversos segmentos sociais pudessem se articular e incrementar o poder político e técnico para construção da melhoria da qualidade de vida.

Além desses aspectos, é importante destacar ainda que não foi possível dialogar, com maior profundidade a interligação da totalidade dos temas problematizados com a complexidade da realidade. O limite disponível de tempo para o desenvolvimento da pesquisa, dificultou de certa forma o aprofundamento de algumas questões, tendo de proceder em determinados momentos com análises mais rápidas, mas que não deixaram de ser importante para a realização do trabalho.

Além das reflexões críticas sobre os temas que estavam sendo desvelados, neste momento da pesquisa, foram realizados também Círculos específicos com os ACS. Estes Círculos tinham o objetivo de discutir o tema da ‘resistência dos profissionais e população para com o trabalho dos ACS’, que havia sido codificado e descodificado no segundo momento do Itinerário de Pesquisa e fazia parte dos 09 temas desvelados.

O Círculo dos Agentes Comunitários de Saúde foi formado com o objetivo de discutir o tema da “resistência do trabalho do ACS” e, a partir disto, gerar propostas efetivas de melhorar a sua valorização profissional na Unidade de Saúde e complexo Ribeirão Verde. Este tema foi

resgatado a partir da preocupação do pesquisador com a manifestação dos ACS sobre esta temática. Os 18 ACS foram convidados a discutir e analisar a temática apontada, mas também proceder o desvelamento crítico dos 09 temas geradores.

Foram realizados esses encontros de Círculos com os ACS, pesquisador e auxiliar de pesquisa, em uma sala da USFHS. Inicialmente questionou-se nos Círculos “Qual o tema gostariam de discutir”, sendo elaborado uma dinâmica para auxiliar na identificação das temáticas. Nesta dinâmica os ACS foram questionados sobre: o que mais gostariam de fazer no seu trabalho; o que menos gostariam de fazer e quem eles gostariam de ter apoio e incentivo na USFHS. A partir disto, os ACS reuniram-se em 03 grupos (verde, vermelho e azul) e selecionaram as seguintes atividades para discutir nos Círculos:

1)direitos e deveres dos ACS; 2)atribuições dos ACS, piso salarial e condições de trabalho; 3) diferença entre promoção e prevenção da saúde.

Em relação a análise dos 09 temas, conduziram, também o desvelamento para “resistência do trabalho dos ACS”, “superpopulação”, “pronto atendimento” e “promoção da saúde”, já que estas discussões estavam perpassando o contexto dos Círculos de Cultura que vinham sendo realizados. Para desvelar estes temas e analisar as temáticas específicas foram utilizados alguns recursos didáticos, como: técnicas de teatro, diálogos, exposição de textos e cartazes. Durante os Círculos, cada ACS teve espaço para discussão dos conteúdos emergidos e no final houve uma síntese e avaliação. Assim, os encontros foram organizados em 03 dinâmicas específicas:

1. Dinâmica: Funções dos ACS.

Nesta atividade os ACS foram divididos em 02 grupos, para discussão e análise das seguintes questões: a) o que os ACS podem e devem realizar durante as visitas domiciliárias; b) o que os ACS não podem realizar durante as visitas domiciliárias.

Para esta atividade os ACS dramatizaram um situação de visita domiciliar, o do “Não” e o do “Sim”. O grupo do “Não” colocou que a prática de receitar chás pelo ACS para tratar uma doença, não deixando a pessoa procurar o médico, está “errada”, deve ser “banida”,...também dramatizaram a situação de uma mãe que procura o serviço de saúde, porque sua filha apresenta fortes dores... o agente diagnostica como cólica renal e passa uma receita de remédio, pois já presenciaram isto em outras situações de saúde e doença.

O grupo do “Sim” demonstrou o interesse do agente em tentar resolver o problema de uma senhora que estava com fortes dores e encaminharam a paciente para o posto para tentar uma consulta...a paciente vai na recepcionista e esta diz que a agenda esta cheia, só irá abrir em dezembro, deve voltar outra hora...não dá para encaixar...o agente fala com a enfermeira que não dispõem de tempo, ...a situação precisa ser resolvida e a mulher vai embora com dores.

A partir destas situações, os ACS revelaram que muito de suas ações giravam em torno de condutas médicas, controle de medicação, tratamento e marcação de consultas e exames. Quando questionados sobre o desvelamento da resistência do seu trabalho, resgatou-se essas situações, e exerceu-se o diálogo sobre seus conhecimentos, saberes, e estimulou-se a troca de opiniões com os profissionais da saúde.

2. Dinâmica: Atribuições dos ACS. Distribuição de textos sobre atribuições específicas dos ACS, modalidades de contratação, profissão, competências.

Nesta dinâmica, discutiu-se alguns aspectos que conformam as atribuições e as características necessárias ao desenvolvimento de seu trabalho, o que para eles significava: informação, respeito para com o outro, descrição e compromisso, diálogo, ouvir o que eles têm a dizer, espaço físico e recursos materiais (uniformes, canetas, cadernos, etc).

O depoimento a seguir revela a opinião de um dos ACS sobre a resistência da comunidade sobre o seu trabalho:

Fui realizar uma visita e solicitei de jogar umas garrafas de água fora, porque estava tendo a epidemia de dengue. A dona de casa disse, pode olhar todas as garrafas e/ou água que tiver...tem o quartinho lá de traz que esta sujo, não quer limpar também...(ACS, Círculos de Cultura).

Na maioria dos depoimentos, durante os Círculos de Cultura, os agentes demonstravam insatisfação como o seu trabalho, quer pelo valor do salário recebido, quer pelo não reconhecimento de alguns profissionais e comunidade sobre seu trabalho.

A falta de diálogo com os outros profissionais de saúde, era apontado como o principal problema, pois gerava tensões e conflitos no seu processo de trabalho e diminuição da resolutividade de suas ações.

...precisamos dar um retorno para as famílias que visitamos...primeiro procuramos a enfermeira, mas sempre está ocupada, diz que depois irá resolver o problema deles...e nunca resolve, não tem tempo...os outros profissionais também não têm (ACS, Círculos de Cultura).

3. Dinâmica: Promoção da saúde. Discussão sobre o tema da promoção e prevenção da saúde.

Durante os Círculos havia muitas dúvidas com relação às diferenças entre promoção e prevenção da saúde. A partir disto, elaborou-se um texto sobre os conceitos e diferenças destes termos que foram discutidos com os participantes. Identificou-se, assim uma série de opiniões e confusões sobre estes temas:

Estamos fazendo somente prevenção, porque nós tínhamos dúvidas do que era promoção e achamos que estávamos fazendo promoção. Prevenção é prevenir para não ficar doente porque a saúde envolve tudo. Dormir bem, viver bem, ter paz na cabeça. Se a pessoa não prevenir, não adianta ter saúde, porque não é só o remédio que preveni para não ficar doente. A promoção iria custar muito menos, se houvesse..não precisa ficar atrás de medicamentos. Na minha área

tinha muitas mulheres depressivas e tomando remédio, a partir da nossa visita começamos a conversar e muitas já estão sem tomar medicamentos. Na parte da promoção eu não entendia e quando soube qual era a diferença isso ajudou muito a pensar melhor (ACS, Círculos de Cultura).

Na realidade, o desvelamento do tema da “resistência do trabalho do ACS” revelou a carência de diálogos e encontros com os profissionais da USFHS. A realização de reuniões com a equipe de saúde possibilitaria tanto o exercício da dialogicidade dos temas que emergem da realidade como a interação com outros saberes e com o pensamento interdisciplinar, que poderia auxiliar na instrumentalização para o trabalho da promoção da saúde.

Essa constatação da falta de diálogo emergiu com bastante clareza durante a avaliação desta atividade pelos ACS. Manifestaram que esses Círculos foram altamente positivos, pois permitiram que alguém os ouvisse, escutasse. As discussões foram transparentes, os sentimentos, conhecimentos não foram omitidos, mas expressos sem medos. Tiveram apoio, solidariedade para com seu trabalho. Foi possível dizer o que se ‘pensava’, criou-se oportunidades:

No começo ficamos ressabiados, mas depois fomos perdendo o medo...achamos que você ia ficar cobrando, pedindo...mas sentimos durante estes Círculos que somos ACS, pois conseguimos desabafar, colocar para fora (ACS, Círculos de Cultura).

A importância do diálogo na prática de saúde, vai ao encontro do que Ayres (2001;2002 apud CRACO, 2006, p.77) denomina de uma dialógica do cuidado:

como uma forma de compreender as práticas voltadas à atenção à saúde coletiva e como um desafio prático para o pensar, conhecer e fazer das práticas de saúde. Segundo ele, atentar para a dimensão dialógica das práticas de saúde implica em um alargamento de sentido do que se entende por tecnologia, destacando a sua dimensão não-tecnológica de produção de mundos, de construção de significados compartilháveis que se dá na e pela construção de objetos, produtos e instrumentos de trabalho. Mais que uma ação teleológica, as intervenções em saúde se configuram como cuidado que é essa atividade realizadora na qual caminho e chegada se engendram mutuamente e onde revelam-se questões não técnicas, projetos de felicidade, modos de ver, valorizar e compartilhar.

Assim, para finalizar a pesquisa na USFHS participei de uma reunião com o gestor municipal de saúde, representantes dos profissionais da saúde, usuários, lideranças comunitárias para encaminhar os temas que vinham sendo debatidos nos Círculos de cultura. Como propostas de ação e de encaminhamentos, discutiu-se: implantação e consolidação de mais 01 equipe de Saúde da Família para o ano de 2005 e possibilidade de novas equipes para 2006, conforme diretrizes do Ministério da Saúde; encontros quinzenais com gestor municipal, lideranças, usuários e profissionais da saúde e demais segmentos sociais para discutir problemas inerentes a realidade de saúde da Unidade e complexo; sensibilização dos usuários quanto ao cuidado à saúde voltado para a lógica da Saúde da Família; inviabilização da implantação de um serviço de Pronto Atendimento 24 horas na USFHS.

Em relação a estas questões, principalmente a do Pronto Atendimento, a AMCRV encaminhou documento ao gestor municipal, reforçando esta reivindicação. A Secretaria manifestou-se contrária a esta solicitação, salientando que o município dispunha de 05 Unidades funcionando regularmente e com inúmeras dificuldades. Sugere como proposta a melhoria de acesso ao serviço de saúde, por meio do transporte coletivo, além de melhorar o trabalho de promoção e prevenção e implantação de mais equipes de Saúde da Família.

Assim, considerei que a partir da discussão dos temas geradores com o gestor municipal e o tempo limite do trabalho, estava encerrando-se a pesquisa na USFHS e complexo Ribeirão Verde. Apesar de terem sido levantadas inúmeras propostas de ação para as temáticas investigadas, ainda existia muito que fazer e os encaminhamentos encontravam-se em processo de construção e representavam uma possibilidade de mudança.

Durante os 09 meses vívidos no campo dessa pesquisa baseada no referencial de Paulo Freire (1968) descobri uma diversidade de riquezas e experiências das práticas de saúde. Apesar

de terem sido apontados inúmeros obstáculos que dificultam as ações de promoção à saúde como: falta de diálogo entre profissionais e comunidade, infraestrutura precária da USFHS e complexo Ribeirão Verde, dificuldade de participação e mobilização popular e outros, este trabalho revelou tanto aspectos positivos como negativos que podem contribuir para compreender os caminhos que possibilitam a inserção dos campos de ação da promoção à saúde: políticas públicas de diversos atores sociais, meio ambiente saudável para desenvolvimento do ser humano e ambiente, *empowerment* e participação popular para melhoria das condições de vida da população, criação de habilidades pessoais para criação de um melhor controle da saúde dos indivíduos e coletivos e reorientação dos serviços de saúde que incorpore uma clínica ampliada, a gestão dos cuidados com enfoque integral em saúde.

A experiência vivida na USFHS a partir da investigação da promoção da saúde no processo de trabalho das equipes de Saúde da Família, possibilitou maior proximidade e conhecimento com a realidade do estudo. Em alguns momentos, esta pesquisa através dos Círculos de Cultura, trouxe desconfiança por parte de alguns participantes em relação à inserção das estratégias de promoção da saúde, mas também revelou possibilidades de reflexão destas na prática concreta.

A avaliação deste trabalho, durante os Círculos de Equipe, demonstrou positivities com relação às análises produzidas sobre as temáticas de promoção da saúde. Muitos profissionais afirmaram que gostaram dos questionamentos e levantamentos realizados durante os Círculos de Cultura e mencionaram que tinham confusão entre o tema da promoção e prevenção:

No meu ponto de vista, eu nunca tinha visto um trabalho com tanto empenho, com tanta dedicação, eu tinha dificuldade de entender no início, mas agora já compreendo, por exemplo, a diferença entre promoção e prevenção.. Quando você começou a conversar com a gente eu estava com muito trabalho, eu não conseguia entender o que você estava querendo fazer, e porque estava fazendo. Pensei que coisa tola discutir essa coisa de promoção, tem tanto

trabalho aqui na Unidade...mas foi muito importante o seu trabalho, aprendi a importância da promoção (profissional de saúde, Círculos de Equipe)

Dentre os temas levantados a superpopulação foi uma das temáticas justificadas como mais importante, e serviu de desculpa para não desvelar o processo de trabalho e produzir cuidado em saúde. Essa temática demonstrou a dificuldade que os profissionais tinham em olhar o seu processo de trabalho e problematizar o tema que mais interferia nesta ação como a resistência para trabalhar na lógica de Saúde da Família.

Assim, acredito que a sequência dos passos, oportunizados pelo Itinerário de Pesquisa de Paulo Freire, revelou tanto aspectos positivos como negativos para realização deste trabalho. Como aspectos positivos, considere a realização dos Círculos de Cultura, com a investigação, codificação/descodificação e desvelamento crítico dos temas mais relevantes da realidade da Unidade e Complexo, mesmo que ainda necessitando de maiores aprofundamentos. Estes aspectos de certa forma permitiram tanto conhecer a realidade como propor alguns instrumentos de intervenção.

Como aspectos negativos devo ressaltar a dificuldade para realização dos Círculos de Cultura em uma realidade de saúde, que se propõem ser Saúde da Família, mas que mantêm um modelo de saúde hegemônico, centrado na doença, na cura e reabilitação. Percebi, em diversos momentos, uma resistência velada, explicitada pela maioria dos profissionais, algumas lideranças comunitárias de se engajarem em um projeto político comum e operar mudanças nos seus microespaços políticos, locais, sociais de atuação. Além disso, gostaria de enfatizar ainda, a dificuldade que os profissionais da saúde têm de aproximação com a vida cotidiana dos usuários e lideranças comunitárias, principalmente nos Círculos de Quarteirão, CLS e que poderia significar uma forma inicial de inserção na realidade de vida e saúde da população.

5 CONSIDERAÇÕES FINAIS: PROMOÇÃO DA SAÚDE, A NECESSIDADE DE CONSTANTE CONSTRUÇÃO

Finalizando, penso e reflito sobre os momentos passados e presentes vivenciados, as vitórias, conquistas, desafios e limites encontrados durante este trabalho de pesquisa. Analiso que o fato desta ter sido realizada em uma realidade diferente da minha vivência profissional revelou tanto pontos positivos como negativos que, apesar de tudo, possibilitaram compreender e conhecer um serviço de atenção básica saúde com similaridades, particularidades com outros serviços de saúde, e também com características inerentes a sua própria realidade e região de estudo.

A USFHS e o Complexo RV apresentam identidade própria, e apesar de toda a movimentação de profissionais, estagiários, lideranças comunitárias, usuários na unidade, a migração acelerada e urbanização crescente da região, considero que a pesquisa conseguiu atingir o seu objetivo que foi analisar a incorporação das ações de promoção da saúde no processo de trabalho das equipes de Saúde da Família, em uma Unidade Básica de Saúde. Isto é, através de um diálogo crítico realizado com estes sujeitos nos Círculos de Cultura, nos micro-espacos político e social, nas diversas atividades de grupos e visitas domiciliares foi possível inserir ações concretas que contribuíram para transformação daquela realidade.

Considero, assim que a inserção da pesquisadora neste contexto, com a metodologia dos Círculos de Cultura de Freire possibilitou realizar, concomitante ao trabalho de pesquisa, intervir junto à realidade. Pois, acredito ter impulsionado a dialogicidade entre os sujeitos, e contribuído com reflexões acerca do cotidiano dessas práticas de saúde e a busca

de alternativas e soluções para transformá-las. Por este motivo, as considerações aqui apresentadas superam a sua condição final e expressam um momento vivenciado, uma transitoriedade própria dos momentos de ação, reflexão, ação ocorridos neste trabalho. Portanto, são levantados neste momento algumas reflexões, questionamentos e considerações que tanto são transitórias, como passíveis de novas leituras e reinterpretações.

Ao iniciar este estudo partiu-se do pressuposto de que a nova promoção da saúde pode favorecer uma práxis libertadora, transformadora nas ações da Estratégia de Saúde da Família. Este foi o desafio e o caminho escolhido: buscar compreender, com a equipe de Saúde da Família e comunidade, como está sendo construído e reconstruído o processo de trabalho no cuidado à saúde, voltado para as ações de promoção da saúde.

A utilização do referencial teórico do educador Paulo Freire, através do seu Itinerário de Pesquisa, foi muito importante para auxiliar na compreensão da realidade do estudo e envolver os profissionais, usuários e lideranças comunitárias a participar deste processo. Além disso, permitiu problematizar os principais temas geradores que estavam interferindo nas condições de vida e saúde da população, e desenvolver um conhecimento mais crítico acerca desta realidade, que adquirido através de seu desvelamento, possibilitou operar algumas mudanças e outras não e desvelar as dificuldades de incorporar as ações de promoção da saúde .

Na realidade os Círculos de Cultura, além de delinear uma metodologia de ação, provocaram intervenção sobre a realidade estudada. Ou seja, a articulação da promoção da saúde com o pensamento de Freire revelou ser bastante eficaz na construção e identificação dos temas geradores que avançaram na direção e superação destes, mas permitiram também, a análise sobre a prática cotidiana dos atores envolvidos neste processo de ação-

reflexão-ação. Criou-se, um ambiente de maior aproximação cultural entre os diversos participantes, e alguns encaminhamentos e reflexões foram possíveis, como: diálogos acerca do processo de trabalho das equipes de Saúde da Família; comunicação entre usuários, lideranças e profissionais da saúde; análise sobre as diferenças entre o tema da promoção e prevenção, rediscussão do modelo de atenção a saúde e Saúde da Família, reflexões ainda que superficiais mas importantes sobre a inserção do social na determinação do processo saúde e doença e análise dos principais temas que interferiam nas condições de vida e saúde da população do Complexo Ribeirão Verde.

Entretanto, acredito, ainda que poderiam ter ocorrido mudanças mais concretas se houvesse uma continuidade maior dos Círculos de Cultura, para além do período da investigação. Mas, apesar disso esse trabalho foi importante e permitiu operar reflexão sobre o modelo de atenção em saúde hegemônico nesta Unidade e repensar o enfoque da nova promoção da saúde. Quanto à incorporação das ações de promoção permanecem, ainda distante da prática concreta dos profissionais da saúde, é difícil incorporá-las no seu processo de trabalho, especialmente, quando ainda prevalece um modelo de atenção à saúde que tem como base de sustentação o modelo biomédico. No município de Ribeirão Preto este modelo de atenção é predominante, mesmo na atenção básica. Na relação entre os tipos de sistemas de saúde, ou seja, entre o Sistema Único de Saúde, Sistema de Atenção Supletiva (medicina de grupo, autogestão, cooperativa médica e o seguro saúde) e desembolso direto (MENDES, 2001), há uma grande tensão que resulta em conflitos constantes de grupos corporativos que interferem diretamente e dificultam que o SUS desenvolva um modelo de atenção voltado para a integralidade. Mesmo a Secretaria Municipal de Saúde, tendo incorporado a Saúde da Família na atenção básica com algumas equipes de Saúde da Família, não conseguiu mudar o tradicional modelo de saúde vigente.

De acordo com Santos (2006, p.21), então Secretário Municipal de Saúde de Ribeirão Preto, (fevereiro 2005 a maio de 2006) batalhou arduamente para o fortalecimento da Atenção Básica em Saúde, dentre as dificuldades enfrentadas apontou:

a ampliação da rede assistencial e de vigilância à saúde não hospitalar, através da expansão da estratégia da Saúde da Família, no município, tem sido lenta. Entre os anos de 1999 e 2004, a Universidade de São Paulo (USP) implantou cinco equipes de saúde da família e o município, apenas, 13. Entre 2005 e maio de 2006 foram implantadas seis equipes e a meta até o fim do ano, com a conclusão das reformas das unidades em curso é a instalação de mais 14 equipes. O imperativo de organizar e consolidar a atenção não hospitalar às urgências, jamais será atingido, em curto e médio prazo, com os dispositivos do município. É flagrante a falta de profissionais, sobretudo médicos, com habilidades para atuar na urgência não hospitalar e na estratégia da saúde da família, assim como o desempenho insatisfatório desses serviços no município.

A Estratégia de Saúde da Família pode ser vista como um dos ambientes favoráveis ao desenvolvimento das ações de promoção, mas apesar de todas as discussões, oficinas, seminários, capacitações, produzidas no nível de ministério, secretarias, universidades, serviços e outros espaços locais e/ou segmentos sociais, têm avançado ainda pouco para impulsionar as mudanças necessárias para reorganização deste modelo de atenção à saúde.

De acordo com Sucupira (2003) é importante reconhecer o esgotamento do atual modelo de saúde, pois este não responde às necessidades de saúde da população. Enfatiza que os países desenvolvidos já redirecionaram a atenção à saúde, fortalecendo a promoção da saúde. Para a autora a questão que se coloca é como construir um novo processo de trabalho, centrado na perspectiva prioritária da promoção. A construção da Saúde da Família, teoricamente tem na sua essência a integralidade da atenção e desta forma incorpora as diretrizes da promoção na carta de Ottawa e os princípios do SUS.

Através do desenvolvimento das etapas do Itinerário de Pesquisa nos Círculos de Cultura estabeleceu-se inúmeras possibilidades dialógicas, que foram críticas, criativas,

éticas e se complementaram, contribuindo para desvelar os verdadeiros significados da realidade de estudo. Os temas geradores identificados, codificados, decodificados e desvelados representaram a compreensão, o conhecimento do mundo vívido, tornando os sujeitos participantes mais emancipados e dialógicos, diante da realidade que necessitava ser transformada.

É importante considerar ainda, que houve algumas dificuldades para exercer uma atitude dialógica, de troca de saberes e não de domesticação entre os sujeitos envolvidos durante os Círculos de Cultura. A utilização da metodologia do Itinerário de Pesquisa de Freire possibilitou a construção prática de relações mais emancipatórias, autônomas e dialógicas, principalmente em uma realidade que apresenta dificuldades de organização e mobilização social. Prevalecem ainda relações de manipulação e de interesses político-partidários na maioria das organizações populares.

A organização e articulação dos diversos sujeitos sociais constitui-se como uma referência importante para a concepção de promoção, mas encontra ainda dificuldades quanto a sua operacionalização nos serviços de saúde, especialmente no município de Ribeirão Preto, visto que depende de um movimento de fortalecimento do *empowerment* econômico, político, social e cultural dos múltiplos atores sociais.

No Brasil, este movimento que busca o fortalecimento, o *empowerment* dos sujeitos pode ser concretizado através das Estratégias de Saúde da Família e Agentes Comunitários de Saúde, mas apesar de sua concepção inovadora, podem apresentar práticas muito diversificadas, inclusive com a presença de abordagens verticais, higienizantes e normatizantes. No nível das ações e práticas de saúde, a concepção freireana impulsiona nos sujeitos a participação e o diálogo com a cultura, as representações sociais de saúde e

doença e as práticas terapêuticas populares, bem como o apelo ao uso de estratégias de *empowerment* (VASCONCELOS, 2003).

Em relação à realidade da USFHS e Complexo Ribeirão Verde emergiram inúmeras possibilidades, mas também limitações para a inserção da nova promoção da saúde no processo de trabalho das equipes de saúde. Como possibilidades pode ser apontado: a presença de equipes de Saúde da Família e de Agente Comunitário de Saúde na USFHS; a disponibilidade de algumas lideranças comunitárias para discutir os problemas relacionados às condições de vida e saúde do Complexo Ribeirão Verde; a capacitação e aperfeiçoamento das equipes de Saúde da Família; a disponibilidade de diálogo com o gestor municipal da SMSRP.

Tratando-se das limitações, os aspectos relacionados ao próprio desvelamento da realidade e que interferem nas condições de saúde e vida dos moradores do Complexo, como os 09 temas levantados: superpopulação no Complexo, depressão na população, resistência dos profissionais em trabalhar na lógica da Saúde da Família-trabalho voltado para especialidade, dificuldade para atender e acolher os problemas da população, necessidade de maior capacitação prática das equipes, necessidade de pronto atendimento 24 horas e/ou equipe de referência, dificuldade de realizar acolhimento na USFHS, resistência dos profissionais e população para aceitar o trabalho dos ACS, falta de informação e compreensão sobre o tema da promoção da saúde.

No entanto, a resistência de alguns profissionais, lideranças comunitárias para reduzir a importância destas temáticas como sendo 03 as mais significativas, demonstrou a falta de compromisso, vontade política e técnica de atuar nos microespaços locais, e desenvolver um projeto político comum e contribuir para mudanças do atual modelo de saúde.

O desvelamento crítico dos 03 temas como os mais relevantes e os outros 06 desvelados como não significativos revelou a dificuldade dos participantes em discutir criticamente o seu próprio processo de trabalho, apontando que as limitações referiam-se a problemas externos ou fora da sua prática cotidiana. Neste momento da pesquisa, que para fins deste trabalho foi a etapa final, deveria estar sendo reiniciado os Círculos de Cultura para trabalhar as resistências identificadas.

Trabalhar com a temática da nova promoção e a concepção dialógica de Freire em uma realidade de saúde que reflete um contexto mais amplo de iniquidades, desigualdades e injustiças sociais foi desafiante e ao mesmo tempo gratificante. Ou seja, alcançar equidade, integralidade, emancipação dos sujeitos constitui-se ainda como uma proposta que se encontra no plano do ideário e que necessita ser construída, visto que envolve diversos atores sociais e políticos e em meio a muitas rupturas e poucos encontros o desafio é grande para alcançar qualidade de vida para a população.

Além disso, um dos grandes desafios da promoção da saúde, principalmente no contexto latino americano, é a de mudança das condições de vida, que se caracterizam por um desenvolvimento econômico excludente, relações injustas e condições de vida e saúde iníquas. A luta por saúde equivale à melhoria da qualidade de vida (renda, educação, transporte, lazer, habitação e outros) e deve estar presente nas principais estratégias de promoção, como a de políticas públicas e criação de ambiente favorável à vida.

Assim, as proposições e justificativas deste estudo continuam evidentes, haja visto o aumento das doenças crônicas, como as doenças cardiovasculares, infartos, cânceres, depressão, diabetes, HIV e AIDS. Desde a carta de Ottawa de 1986, que a promoção da saúde vem sendo reforçada como importante para redirecionar os serviços de saúde e

entender e intervir nos determinantes do processo saúde doença e cuidado, mas apesar disso permanece como ainda um desafio no sistema de saúde.

A recente conferência internacional sobre o tema da promoção realizada em Bangkok (2005) reafirma a importância da promoção da saúde e reforça a necessidade das articulações, intersetorialidade e engajamento de políticos, sociedade civil, setor privado, organizações internacionais e serviços públicos de saúde para endereçar os determinantes de saúde em um mundo globalizado.

A inserção da promoção no processo de trabalho das equipes de saúde, objeto deste estudo revela-se, assim, como importante e necessária à construção de um novo modelo de atenção à saúde.

Mas, a complexidade para incorporar as estratégias de promoção no processo de trabalho das equipes de saúde está ligada principalmente ao desconhecimento e falta de capacitação dos profissionais de trabalhar sobre esta lógica e as próprias políticas de saúde, que sustentam o modelo de assistência à saúde curativo, biológico.

Durante esta pesquisa, o que se observou é que os profissionais, quando incorporam esta estratégia na sua prática cotidiana, relacionam-na com o modelo behaviorista de promoção da saúde. Isto é, propõem ações de promoção voltadas para fatores específicos de estilo de vida, como dieta, fumo, drogas e conduta sexual. Não que estas ações não sejam importantes, pois ajudam no entendimento dos cuidados e da assistência relativa aos agravos e lesões, mas elas tendem a ser reducionistas, quando abordam o indivíduo doente e tem dificuldade de incorporar no seu processo de trabalho a abordagem social de promoção.

Desse modo, faz-se necessário superar a visão tradicional de estilo de vida e incorporar os diversos campos de ação da promoção à saúde: desenvolvimento de

habilidades e atitudes pessoais favoráveis à saúde, políticas públicas favoráveis; criação de ambientes saudáveis, reforço da ação comunitária e reorientação do sistema de saúde. Pode-se resgatar a dimensão da educação em saúde na prática cotidiana dos serviços de saúde, mas é preciso avançar com a idéia do *empowerment* comunitário, do poder político dos indivíduos e comunidades. Neste estudo, identificou-se que o conhecimento da concepção de promoção voltava-se para mudanças de estilo de vida, confusão entre prevenção de doenças e promoção. Foram encorajadas novas possibilidades de enfrentamento do processo saúde doença e cuidado e discutidos nos Círculos de Cultura os cinco campos de ação da promoção à saúde, estimulando-se, principalmente a participação dos usuários e lideranças comunitárias neste processo, pois isto requer uma ação organizada e conjunta de toda sociedade em favor da qualidade de vida das pessoas.

É indispensável estimular o exercício permanente de compreensão crítica da realidade e todas as pessoas envolvidas devem se sentir mobilizadas e se assumirem como protagonistas deste processo.

Neste sentido, a equipe de Saúde da Família necessita produzir o diálogo para desenvolver os cinco campos de ação da promoção da saúde. A tradicional promoção voltada para educação em saúde, na forma de palestras, abordada no contexto da Atenção Básica de Saúde, nos currículos acadêmicos dos profissionais de saúde e até nos planos de capacitação das equipes de Saúde da Família, precisa ser reestruturada, e enfocada a nova promoção da saúde. É preciso que os profissionais de saúde compreendam que a promoção constitui-se em um campo amplo e complexo e que envolve diversas estratégias de intervenção com atuação desde a clínica até o contexto dos determinantes sociais e políticos do processo saúde e doença.

No campo da reorientação dos serviços de saúde a clínica ampliada, que além de focar os aspectos biológicos da doença contempla a integralidade dos sujeitos na interação com os profissionais de saúde, é uma das possibilidades de incorporação da promoção da saúde.

É importante considerar, ainda, que para construir um modelo de saúde voltado para promoção da saúde, é preciso resgatar as parcerias, a intersetorialidade, as articulações entre os diversos setores sociais, governos, profissionais da saúde e população usuária do sistema de saúde.

Neste sentido, é preciso compreender como os múltiplos atores sociais, podem contribuir com os princípios do SUS da nova promoção da saúde. Perceber quais são as articulações e estratégias necessárias para a melhoria da qualidade de vida e saúde. Os objetivos da promoção da saúde dependem destas articulações, movimentos sociais, instituições e iniciativas e devem ser articulados em redes/ teias, para atingir um bem maior que é a saúde. Há vários problemas, principalmente a dificuldade de mobilização social impulsionada pelas transformações do mundo do trabalho e avanços tecnológicos, mas estes se colocam como desafios que devem ser enfrentados pelos múltiplos atores sociais neste processo de luta.

Pensar em promoção da saúde é pensar em políticas públicas, com intervenção intersetorial sobre os determinantes do processo saúde e doença, cuidado, principalmente no contexto latino americano. Conforme Verdi, Caponi (2005), a idéia de política pública implica, ter como diretriz a diminuição das carências individuais e coletivas, pobreza, fome, exclusão social, inclusive de acesso aos serviços de saúde.

De acordo com Westphal, (2003), a melhoria da qualidade de vida da população em países em desenvolvimento como o Brasil não ocorre sem a efetivação de políticas

públicas, com o envolvimento do Estado, pois as necessidades de construção de infraestrutura são muito grandes e a sociedade civil não pode dar conta sozinha. A construção da promoção da saúde depende de inúmeros parceiros como o Estado, sociedade civil, organizações sociais e tanto outros e depende de diferentes projetos que, por sua vez, devem se articular, constituindo uma ação intergovernamental para a melhoria da qualidade de vida.

Tratando-se do município de Ribeirão Preto este apresenta inúmeros conflitos, embates e interesses corporativos que dificultam o fortalecimento da atenção básica e sua ampliação, por meio da estratégia da saúde da família. Para Santos (2006) prevalece neste município métodos e estratégias que são verdadeiros ‘balcões de negócios’ e visam atender interesses e desejos de políticos históricos, sindicalistas, entidades corporativas e segmentos da mídia envolvendo os assuntos administrativos e financeiros, com acesso privilegiado à assistência e a flexibilização dos procedimentos de vigilância em saúde.

Santos (2006) reforça ainda, que a produção de consultas na atenção básica é muito inferior à capacidade instalada do município. A partir de uma coleta de dados, iniciada em 2004, identificou que a baixa eficácia da atenção básica ocorre em parte devido a necessidade de rever a distribuição dos profissionais entre os diferentes componentes da rede assistencial, bem como efetivar uma gestão mais rigorosa do trabalho desses profissionais. Para ele,

as unidades básicas e os núcleos de saúde da família têm potencialidade para resolver, cerca de 80 a 90%, respectivamente, dos problemas de saúde da população, ainda na sua fase inicial. As fragilidades na organização dessas unidades, que incluem a ambiência, o padrão de lotação de profissionais, bem como a gestão do trabalho, reduzem a capacidade de resolução dos problemas de saúde da população e conseqüentemente a sua adesão a este nível de cuidado. A baixa produção da atenção básica, a distribuição inadequada dos médicos entre as unidades básicas, de urgência e especializadas, associado ao absenteísmo

dos usuários às consultas agendadas tanto na atenção básica quanto na atenção especializada contribuem para a desordem no acesso dos usuários à instância mais apropriada de atendimento e, conseqüentemente, para a superlotação nos serviços de urgência e criação de demandas desnecessárias para os serviços especializados (SANTOS, 2006, p.9).

Por outro lado, as políticas públicas não podem ser pensadas como iniciativas exclusivas do Estado. Devem ser elaboradas com os diversos segmentos da sociedade, envolvendo tanto a sociedade civil como o Estado, indivíduos e coletivos, público e privado. A participação da sociedade neste processo implica a luta pela saúde com diminuição das iniquidades existentes no acesso a bens e serviços, principalmente no contexto Latino Americano cujas evidências são ainda maiores.

Alcançar equidade se constitui como um dos recursos fundamentais para a saúde, sendo um dos focos da promoção da saúde, em que as ações permitam a capacitação das pessoas para exercerem o controle dos fatores determinantes da sua saúde. A sua defesa (advocacy) depende do compromisso entre os profissionais de saúde, como também das comunidades e movimentos sociais organizados. O *empowerment* de tais parceiros, através das evidências das relações entre saúde e seus condicionantes, da construção de mecanismos de atuação, é central na estratégia de promoção da saúde para a reivindicação de políticas públicas saudáveis (BUSS, 1998).

Através do reconhecimento da interdependência entre os diversos setores é possível pensar ainda na “criação de ambientes favoráveis à saúde”, conforme preconizado na Carta de Ottawa (WHO, 1986). A criação de espaços saudáveis, como cidades, comunidades, territórios, famílias depende dos projetos e ações do nível local para a promoção da saúde e meio ambiente. Neste cenário que confluem múltiplos atores, a Saúde da Família surge como um importante coadjuvante, pois se caracteriza por um modelo de atuação local.

O eixo fundamental desse processo é a ação educativa entre os profissionais que atuam no âmbito das políticas sociais locais. Os profissionais neste processo têm o importante papel de promover o diálogo com a comunidade, resgatando sua cultura, seus valores, sua condição de vida. Além disso, devem se comprometer em conjunto com população e construir intervenções nos problemas de saúde a serem enfrentados, uma vez que conhecem as condições em que os indivíduos moram e trabalham. Devem envolver ações intersetoriais para atuar nos diversos fatores que interferem na saúde como educação, saneamento, habitação, emprego, renda e outros.

O Complexo Ribeirão Verde, local desta pesquisa, apresenta áreas completamente inadequadas ou desprovidas de qualquer infraestrutura, relacionadas ao aumento da migração para região e necessita dessas articulações intersetoriais para amenizar este processo. Para intervir nesta falta de infraestrutura é necessário reforçar novas e diversificadas parcerias, principalmente para interferir, promover e prestar assistência em realidades complexas como aquelas que as equipes de Saúde da Família têm que dar conta.

Além das políticas públicas e criação de espaços saudáveis, o enfrentamento dos determinantes de saúde em toda a sua amplitude, requer uma efetiva articulação intersetorial do poder público e da mobilização da população. Para tanto é necessário resgatar a participação popular, que tem sido vista como um conceito importante desde a Declaração de Alma Ata de 1978 e reforçado através da idéia de *empowerment* defendida pela Carta de Ottawa, 1986. Isto é válido, principalmente, quando a questão do individualismo é bastante presente na sociedade, que vem sendo reforçada através da política neoliberal vigente.

O conceito de participação e *empowerment* inserem-se em uma das cinco estratégias de promoção, quando trata do 'incremento do poder técnico e político das comunidades',

mas permanece ainda muito desarticulado da prática dos profissionais da saúde e necessita ser estimulado pela população. Mas, para consolidação do *empowerment* enquanto abordagem comprometida com a defesa da vida, individual e coletiva é importante utilizar o empowerment comunitário ao invés do empowerment psicológico (CARVALHO, 2005).

Conforme observado nesta pesquisa, a participação da população e/ou a idéia de *empowerment*, era vista como a frequência das pessoas nas atividades, mas através do diálogo entre o pesquisador e os sujeitos participantes da pesquisa, proporcionou maiores discussões e reflexões sobre a realidade que permitiram operar ações de intervenção e autonomia da comunidade, conseqüentemente catalisou algumas mudanças significativas dos temas que foram identificados, codificados, decodificados e desvelados criticamente.

A metodologia de Paulo Freire contribuiu com o diálogo libertador, a educação problematizadora, e auxiliou na construção do fortalecimento das pessoas a buscar soluções para encaminhamento dos determinantes do processo saúde e doença. Isto é, através do diálogo entre pesquisadora e os sujeitos participantes houve oportunidades de encontro e de troca entre os profissionais e os usuários do sistema de saúde, fortalecendo e emancipando o poder da comunidade para conquista de uma melhor qualidade de vida.

Apesar de este trabalho ter sido importante e propiciado a abertura do diálogo em diversos momentos, presenciei que muito dos técnicos da saúde, com seu conhecimento científico, determinam o que é melhor para as pessoas e delimitam as ações e estratégias de intervenção que devem ser trabalhadas. Apesar de ser amplamente difundida a importância do diálogo, da humanização da assistência, dos vínculos, do acolhimento nos serviços de saúde, da participação e *empowerment*, repete-se, ainda um diálogo autoritário que Paulo Freire chama de educação bancária.

Por esta educação Freire (1987, p.67) aborda que os homens não se libertam, mas permanecem ou ficam alienados. A libertação, a humanização dos homens...

não é uma coisa que se deposite nos homens...a educação que se impõem aos que verdadeiramente se comprometem com a libertação não pode fundar-se numa compreensão dos homens como seres vazios a quem o mundo 'encha' de conteúdos...consciência...compartimentada....Não pode ser a do depósito de conteúdos, mas a da problematização dos homens em suas relações com o mundo.

Além desses aspectos, a noção de promoção da saúde envolve múltiplas dimensões para o desenvolvimento da autonomia das pessoas e não pode ser realizada com uma única área de conhecimento. Porém, existe dificuldade no campo da saúde de exercer as alianças interdisciplinares e de reconhecer os diversos campos de saber. De acordo com Alonso (2003) em sua pesquisa com 'profissional de Saúde da Família em âmbito familiar', identificou que os profissionais de saúde realizam um trabalho desarticulado, fragmentado, pontual em diferentes momentos junto à família, sem uma certa convergência dessas ações para um processo coletivo de trabalho. Para a autora, um trabalho desarticulado tende a justaposição e repetição de ações, divergência entre as orientações e condutas e, conseqüentemente, um menor grau de eficácia no âmbito do seu conjunto. Isso desgasta as relações entre a equipe e a família, trazendo o descrédito ao trabalho, a desmotivação e desintegração no ambiente profissional. Esta situação gera insatisfação, mas também pode gerar energia para mudança.

Para Matumoto et al (2005, p.9) as situações de conflitos, de limitações que uma equipe pode encontrar na sua prática cotidiana, podem ser mediadas através de um supervisor externo ou pela supervisão das equipes de Saúde da Família. Através desta supervisão pode ocorrer a "construção, desconstrução e reconstrução de saberes e práticas,

construção de uma grupalidade na equipe e de um projeto coletivo, com o propósito de deslocar a atenção da equipe, da produção de procedimentos para a produção de cuidado”.

Conforme dados da pesquisa, conclui-se que não havia um projeto assistencial comum entre os membros da equipe de Saúde da Família, pois estes trabalham desarticulados e desintegrados entre si. O diálogo entre os sujeitos dos diversos saberes profissionais, ocorria esporadicamente e quando acontecia, era para discutir atividades burocráticas, que competiam aos membros das equipes de saúde para atender às exigências da Saúde da Família. Geralmente, a alta demanda de trabalho e a necessidade de cumprir as agendas dos relatórios de produção das atividades assistenciais dificultavam o envolvimento dos profissionais e os impediam de produzir cuidado em saúde em conjunto.

Portanto, a interligação entre a concepção dialógica de Freire e a promoção da saúde se constitui em proposta possível a construção das mudanças necessárias no cotidiano das práticas das equipes de saúde. Os dados desta pesquisa demonstraram dificuldades para efetivação desta proposta de promoção da saúde na prática concreta, mas ao mesmo tempo este trabalho proporcionou discussões no micro espaço político e social do cotidiano da Unidade de Saúde e de algumas organizações populares, durante as diferentes atividades dos Círculos de Cultura e isto se constituiu num campo fértil que pode impulsionar mudanças no modelo de saúde vigente.

Adotar os princípios do SUS e a nova promoção da saúde é um caminho ainda em construção para melhoria da qualidade de vida que favoreça o desenvolvimento humano. Isto deve envolver solidariedade, interdisciplinaridade, articulação e comunicação entre um maior número de atores sociais, para que possam contribuir com a estratégia estruturante do setor saúde brasileiro, a Saúde da Família - SF.

O cenário que se descortina é tanto de dificuldades e desafios como de iniciativas e avanços, no qual a implantação do SUS, a estratégia de promoção da saúde e a Saúde da Família fazem parte do processo. São os verdadeiros protagonistas, mas que na teatralidade da saúde se constitui em mais um ato se não participarem novos atores, como a rede de movimentos sociais, sociedade civil, Estado, profissionais da saúde, organizações governamentais e não-governamentais, instituições privadas, públicas e tanto outras.

REFERÊNCIAS

ALMEIDA M. C. P., et al. Os determinantes dos Modelos assistenciais e a qualificação da força de trabalho em enfermagem. In: CONGRESSO BRASILEIRO DE ENFERMAGEM, 48., 1996, São Paulo. **Anais...**São Paulo: ABEn, 1996. p.142-149.

ALMEIDA, T. J.; VALLE, S. Biotecnologia só com bioética. **Democracia Viva**, Rio de Janeiro, n. 10, p. 16-18, mar.-junho. 2001.

ALONSO, I.L.K. **Luzes e sombras no ritual do encontro entre o universo profissional e o mundo da intimidade familiar:** a intervenção profissional na Saúde da Família em âmbito domiciliar. 2003. 265f. Tese (Doutorado em Enfermagem) – Pós Graduação em Enfermagem, Universidade Federal de Santa Catarina, Florianópolis, 2003.

ALVES, V.S. Um modelo de educação em saúde para o Programa de Saúde da Família: pela integralidade da atenção e reorientação do modelo assistencial. **Interface –comun.,saúde, educ.**, Botucatu, v.9, n.16, p.39-52, set.-fev. 2005.

AROUCA, S. A História Natural das Doenças. **Saúde em Debate**, São Paulo, n.1, p.15-19, 1976.

AGENTE COMUNITÁRIO DE SAÚDE – ACS. Disponível em: <http://www.Soleis.adv.br> Agente Comunitário de Saúde. Acesso em: 15 março de 2006.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Relatório Final da VIII Conferência Nacional de Saúde.** Brasília: Ministério da Saúde, 1986.

_____. **Constituição da República Federativa do Brasil.** Brasília, DF: Senado, 1988.

_____. **Promoção de Saúde.** Carta de Ottawa, Declaração de Adelaide, Sundsvall, Bogotá. Brasília: Ministério da Saúde, 1996.

_____. Secretaria de Assistência à Saúde. Coordenação de Saúde da Comunidade. **Saúde da Família:** uma estratégia para a reorientação do modelo assistencial. Brasília: Ministério da Saúde, 1998.

_____. **I Seminário de Experiências Internacionais em Saúde da Família.** Brasília: Ministério da Saúde, 1999.

_____. **O trabalho do agente comunitário de saúde.** Brasília: Ministério da Saúde, 2000.

_____. Secretaria de Políticas de Saúde. Cadernos de Atenção Básica. Programa de Saúde da Família. 1. **A implantação da unidade de saúde da família.** Brasília: Ministério da Saúde, 2000a.

_____. Programa de Saúde da Família. 3. **Educação Permanente.** Brasília: Ministério da Saúde, 2000b.

_____. **O Programa de Saúde da Família – PSF.** Brasília: Ministério da Saúde, 2001.

_____. **As cartas de promoção à saúde.** Tradução Luis Eduardo Fonseca. Brasília: Ministério da Saúde, 2002.

_____. Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde. Departamento de Gestão da Educação na Saúde. **Pólos de Educação Permanente em Saúde.** Brasília: Ministério da Saúde, 2004.

_____. **Saúde da Família, quantos Somos.** Disponível em: <http://www.Portal.Saúde.gov.br>. Acesso em: 05 julho de 2006.

_____. **Sistema de Informação da Atenção Básica – SIAB.** Disponível em: <http://www.Portal.Saúde.gov.br>. Acesso em: 05 julho de 2006.

BOBBIO, N. M. N. P.G. **Dicionário de política.** 5^a.edição. Brasília: Edunb, 1993.

BUSS, P. **Promoção da saúde e a saúde pública.** Contribuição para o debate entre as escolas de saúde pública da América Latina. Rio de Janeiro, julho de 1998.

_____. Promoção e educação em saúde no âmbito da Escola de Governo em Saúde da Escola de Governo em Saúde da Escola Nacional de Saúde Pública. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, 15(Sup. 2), p.177-185, 1999.

_____.Enfoques prioritários em salud pública. In: ORGANIZACIÓN PANAMERICANA DE LA SALUD (OPS). **Desafíos para educación en salud pública, la reforma sectorial y las funciones esenciales de salud pública**. Washington, junho de 2000.

_____.Promoção da Saúde e qualidade de vida. **Ciências & Saúde Coletiva**, v.5, n.1, p.163-177, 2000.

_____.Uma introdução ao conceito de Promoção da Saúde. In: CZERESNIA D.; FREITAS C.M. **Promoção da saúde: conceitos, reflexões, tendências**. Rio de Janeiro: FIOCRUZ, 2003.

CARVALHO, R.S. **Saúde coletiva e promoção á saúde: uma reflexão sobre os temas do sujeito e da mudança**. 2002. 189 f. Tese (Doutorado em Ciências Médicas) – Pós Graduação em Ciências Médicas, Universidade Estadual de Campinas, Campinas, 2002.

_____. **Saúde coletiva e promoção da saúde**. Sujeito e mudança. São Paulo: Hucitec, 2005.

_____.As contradições da promoção à saúde em relação à produção de sujeitos e a mudança social. **Ciências & Saúde Coletiva**, v.9, n.3, p. 669-678, 2004.

CRACO, P.F. **Ação comunicativa no cuidado à saúde da família: encontros e desencontros entre profissionais de saúde e usuários**. 2006. 308 f. Tese (Doutorado em Enfermagem de Saúde Pública) – Pós Graduação em Enfermagem em Saúde Pública, Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo, Ribeirão Preto, 2006.

CARVALHO, A. I. Desenvolvimento recente em conceitos e métodos e práticas da promoção da saúde. In: BUSS et al. **Promoção da Saúde e a Saúde Pública**. Rio de Janeiro, 1998.

CAMPOS, G. W. S. Subjetividade e administração de pessoal: considerações sobre modos de gerenciar o trabalho em equipes de saúde. In: MERHY, E.E.; ONOCKO, R. **Agir em Saúde**. Um desafio para o público. 2^o.ed. São Paulo: HUCITEC, 2002.

CAMPAÑA, A. Em busca da definição de pautas atuais para o delineamento de estudo sobre condições de vida e saúde. In: BARATA, R. B. (Org.) **Condições de vida e situação em saúde**. Rio de Janeiro: ABRASCO, 1997. P.115-165.

CANESQUI, A. M. Saúde coletiva, sujeito e sociedade: comentários sobre uma proposta. **Ciência & Saúde Coletiva**, v.6, n.1, p. 20-47, 2001.

CHIZZOTTI, A. **Pesquisa em Ciências Humanas e Sociais**. 4º ed. São Paulo: Cortez, 2000.

CREVELIM, M.A. Participação da comunidade na equipe de saúde da família: é possível estabelecer um projeto comum entre trabalhadores e usuários? **Ciência & Saúde Coletiva**, v.10, n.2, p. 323-331, 2005.

CZERESNIA, D. O conceito de saúde e a diferença entre prevenção e promoção. In: CZERESNIA D.; FREITAS, C.M. (ORG.) **Promoção da saúde: conceitos, reflexões, tendências**. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2003.

COELHO, F.M.G. et al. Educação para promoção da saúde infantil: relato de experiência em um assentamento de reforma agrária, Vale do Rio Doce (MG). **Ciência & Saúde Coletiva**, v.10, n.3, p. 739-747, 2005.

COUTINHO, S. S.; PEREIRA, M.J.B.; VULCZAK, A. Promoção da Saúde: a percepção dos secretários municipais de Saúde. **Saúde em Debate**, Rio de Janeiro, v.29, n.70, p. 148-156, maio - ago. 2005.

CUTOLO, L.R.A. **Estilo de pensamento em educação médica**. Um estudo do currículo do curso de graduação em Medicina da UFSC. 2001. Tese (Doutorado em Educação) – Pós Graduação em Educação, Universidade Federal de Santa Catarina, Florianópolis, 2001.

CUNHA, G.T. **A construção da clínica ampliada na atenção básica**. São Paulo: Hucitec, 2005.

DA ROS, M.A **Fleck e os estilos de pensamento em saúde pública**. Um estudo da produção da FSP-USP e ENSP – Fiocruz, entre 1948 e 1994. 2000. Tese (Doutorado em Educação) – Pós Graduação em Educação, Universidade Federal de Santa Catarina, Florianópolis, 2000.

DECLARAÇÃO DE ALMA-ATA. Conferência Internacional sobre Cuidados Primários de Saúde. Alma-Ata, URSS, 6-12 de setembro de 1978.

DECLARAÇÃO DE JACARTA. Sobre Promoção da Saúde no Século XXI, julho de 1997.

FERREIRA, J.R. A promoção da saúde na Nova Política Mundial de Saúde da OMS. In: BUSS et al. **Promoção da Saúde e a Saúde Pública**. Contribuições para o debate entre as Escolas de Saúde Pública da América Latina. Rio de Janeiro, julho de 1998.

FERREIRA, J.R; BUSS, P. Atenção primária e promoção da saúde. In: BRASIL, Ministério da Saúde. Secretaria de Políticas de Saúde. Projeto Promoção da Saúde. **As Cartas da Promoção da Saúde**. Série:B. Textos Básicos em Saúde. Brasília-DF, 2002.

FEREIRA, A B.H. **Novo dicionário da Língua Portuguesa**. Rio de Janeiro: Nova Fronteira, 1986.

FEURERWERKER, et al. Diversificação de cenários de ensino e trabalho sobre necessidade e problema da comunidade. **Saúde em debate**, Rio de Janeiro, n.22, p. 36-48, dezembro de 2000.

FLECK, et al. Associação entre sintomas depressivos e funcionamento social em cuidados primários à saúde. **Rev. Saúde Pública**, v.36, n.4, p. 431-438, 2002.

FREIRE A. M. A voz da esposa. A trajetória de Paulo Freire. In: GADOTTI, M. (Org.). **Paulo Freire uma Biobibliografia**. 3^a ed. Brasília, DF: UNESCO, 2001. P. 27-67.

FREIRE, P. **Pedagogia do Oprimido**. 17^a ed. Rio de Janeiro: Paz e Terra, 1987.

_____. **Pedagogia da Esperança**. Rio de Janeiro: Paz e Terra, 1992.

_____. **Educação como prática da liberdade**. 22^o ed. Rio de Janeiro: Paz e Terra, 1996.

_____. **Educação e Mudança**. 21^o ed. Rio de Janeiro: Paz e Terra, 1997a.

_____. **Pedagogia da Autonomia**. Saberes necessários à prática educativa. Rio de Janeiro: Paz e Terra, 1997b.

_____. **Pedagogia da Indignação**. Cartas pedagógicas e outros escritos. São Paulo: UNESP, 2000.

FREIRE, P.; HORTON M. **O caminho se faz caminhando**. Conversas sobre educação e mudança social. 2^a ed. Petrópolis, R.J: Vozes, 2002.

FRANCO, T.B.; MERHY, E.E. Programa de Saúde da Família (PSF): Contradições de um programa destinado à mudança do modelo tecnoassistencial. In: MERHY, E. E.; MAGALHÃES, H.M.; RIMOLI, J. et al. **O trabalho em Saúde: olhando e experienciando o SUS no cotidiano**. São Paulo: HUCITEC, 2003.

FRANCO, T.B.; MAGALHÃES, H.M. Integralidade na assistência à saúde: a organização das linhas do cuidado. In: MERHY, E. E.; MAGALHÃES, H.M.; RIMOLI, J. et al. **O trabalho em Saúde: olhando e experienciando o SUS no cotidiano**. São Paulo: HUCITEC, 2003.

FRANCO, T.B.; BUENO, W.S.; MERHY, E.E. O acolhimento e os processos de trabalho em saúde: o caso de Betim (MG). In: MERHY, E. E.; MAGALHÃES, H.M.; RIMOLI, J. et al. **O trabalho em Saúde: olhando e experienciando o SUS no cotidiano**. São Paulo: HUCITEC, 2003.

GADOTTI, M. A voz do biógrafo brasileiro: a prática à cultura do sonho. In: GADOTTI, M. **Paulo Freire uma biobibliografia**. 3º ed. Brasília, DF: UNESCO, 2001.

GOLDBAUM, M. et al. Utilização de serviços de saúde em áreas cobertas pelo Programa de Saúde da Família (Qualis) no município de São Paulo. **Rev. Saúde Pública**, v.39, n.1, p. 90-99, 2005.

GUTIERREZ, P.R.; OBERDIEK, H.I. Concepções sobre a saúde e a doença. In: ANDRADE, S.M.; SOARES, D.A.; JUNIOR L.G. (Org.). **Bases da Saúde Coletiva**. Londrina: Ed. Uel, 2001. P. 01-25.

HEIDEMANN, I.T.S.B. **Participação popular na busca de uma melhor qualidade de vida: uma alternativa**. 1994.158f. Dissertação (Mestrado) - Pós Graduação em Assistência de Enfermagem, Universidade Federal de Santa Catarina – UFSC, Florianópolis, 1994.

JÚNIOR, T.M.; ANDRADE, L. O. M.; BARRETO, I.C. A Estratégia da Família no Brasil e a superação da medicina familiar. **SANARE**, ano 4, n.1, p. 57-64, jan.-mar. 2003.

LABONTE, R. **Centre for Health Promotion. University of Toronto**. Toronto: Issues in Health Promotion Series, 1993.

LABONTE, R.; FEATHER, J.; HILLS M. A story/dialogue method for health promotion knowledge development and evaluation. **Health Educ Res.**, v.14, n.1, p. 39-50, 1999.

LEAVELL H. & CLARK G.G. **Medicina Preventiva**. Rio de Janeiro: Editora McGraw-Hill do Brasil, 1978.

LEFEVRE, F.; LEFEVRE, A. M. C. **Promoção de Saúde**. a negação da negação. Rio de Janeiro: 2004.

LUZ, M.T. Políticas de descentralização e cidadania: Novas práticas em saúde no Brasil atual. In: PINHEIRO, R.; MATTOS, R.A. **Os sentidos da integralidade na atenção e no cuidado à saúde**. Rio de Janeiro: ABRASCO, 2001.

MACDONALD T. H. **Rethinking health promotion**. à global approach. New York: ROULEDGE, 1998.

MARICATO, E. Urbanismo na periferia do mundo globalizado/metrópoles brasileiras. **Perspectiva**, São Paulo, v.14, n.4, p. 21-33, out-dez.2000.

MATUMOTO, S. et al. Supervisão de equipes no Programa de Saúde da Família: reflexões acerca do desafio da produção de cuidados. **Interface – Comunic.,Saúde, Educ.**, Botucatu, v.9, n.16, p.9-24, set.2004-fev.2005.

MELLO, D. Reflexões sobre promoção à saúde no contexto do Brasil. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v.16, n.4, p. 1149, out-dez. 2000.

MERHY, E.E . **O capitalismo e a saúde pública**. Campinas: PAPIRUS, 1985.

_____. **Saúde a cartografia do trabalho vivo**. São Paulo: Hucitec, 2002.

_____. Um dos grandes desafios para os gestores do SUS: Apostar em novos modos de fabricar os modelos de atenção. In: MERHY, E. E.; MAGALHÃES, H.M.; RIMOLI, J. et al. **O trabalho em Saúde: olhando e experienciando o SUS no cotidiano**. São Paulo: HUCITEC, 2003.

_____. O ato de governar as tensões constitutivas do agir em saúde como desafio permanente de algumas estratégias gerenciais. **Ciência & Saúde Coletiva**, v.4, n.2, p. 305-324, 1999.

MENDES, E.V. **Uma agenda para saúde**. 2º ed. São Paulo: HUCITEC, 1999.

_____. **Os grandes dilemas do SUS**. Fortaleza: Tomo I, 2001.

_____. **A Atenção Primária à Saúde no SUS**. Fortaleza: Escola de Saúde Pública do Ceará, 2002.

MINAYO, M.C.S. Estrutura e sujeito, determinismo e protagonismo histórico: uma reflexão sobre a práxis da saúde coletiva. **Ciência & Saúde Coletiva**, v.6, n.1, p. 7-19, 2001.

_____. (Org.). **Pesquisa Social**. Teoria, método e criatividade. 20^o ed. Petrópolis, RJ: Vozes, 2002.

_____. **O desafio do conhecimento**. Pesquisa qualitativa em saúde. 8^a ed. São Paulo: HUCITEC, 2004.

MISHIMA, S. M. **A gerência de serviços de atenção primária à saúde como instrumento para a reorganização da assistência à saúde: o caso do Programa de Saúde da Família**. 2003.153f. Concurso para Docência – Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo, Ribeirão Preto, 2003.

MISHIMA, S. M., et al. A classificação internacional para a prática de enfermagem em saúde coletiva no Brasil – CIPESC – apresentando o cenário de pesquisa do município de Ribeirão Preto – São Paulo. In: CHIANCA, T.C.M.; ANTUNES, M.J.M. A classificação internacional das práticas de enfermagem em saúde coletiva – CIPESC. **Série didática: enfermagem no SUS**. Brasília: ABEn, 1999.

MULLER, J. Vínculo e proximidade afetiva com a população. In: **Seminário de Experiências Internacionais em Saúde da Família**. Brasília, 1999.

OFFE, C. A democracia partidária competitiva e o Welfare State Keynesiano: fatores de estabilidade e desorganização. **Rev. de Ciências Sociais**, Rio de Janeiro, v.26, n.1, p. 29-51, 1983.

OLIVEIRA, M.M. **A prevenção do câncer do colo do útero, no contexto da Estratégia de Saúde da Família, da área básica da distrital – oeste/ sumarezinho do município de Ribeirão Preto – SP**. 2003. 139 f. Dissertação (Mestrado em Enfermagem) – Pós Graduação em Enfermagem, Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo, Ribeirão Preto, 2003.

OLIVEIRA, et al. O PSF como cenário de ensino-aprendizagem em Marília (SP). **Divulgação em Saúde para Debate**, Rio de Janeiro, n.30, p. 99-102, março 2004.

ONOCKO, C. R. O encontro trabalhador-usuário na atenção à saúde: uma contribuição da narrativa psicanalítica ao tema do sujeito na saúde coletiva. **Ciência & Saúde Coletiva**, v.10, n.3, p. 573-583, 2005.

PEDROSA, J.I.; TELES, J.B.M. Consenso e diferenças em equipes do Programa Saúde da Família. **Rev. Saúde Pública**, v.35, n.3, p. 303-311, 2001.

PEREIRA, M.J.B. **O trabalho da enfermeira no serviço de assistência domiciliar** – potência para (re) construção da prática de saúde e de enfermagem. 2001. Tese (Doutorado em Enfermagem) – Pós Graduação em Enfermagem de Saúde Pública, Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto – Universidade de São Paulo, 2001.

RENNER, C.H.; PATARRA, N.L. Migração. In: SANTOS, J.L.F.; LEVY, M.F.; SZMRECSÁNYI, T. (Org.). **Dinâmica da população**: Teoria, métodos e técnicas de análise. Série 2. São Paulo: USP, 1980.

ROBERTSON, A. Shifting discourses on health in Canada: from health promotion to population health. **Health Promotion International**, Oxford University Press, v.13, n.2, p.156-166, 1998.

ROCHA, S.M.M.; ALMEIDA, M.C.P. O processo de trabalho da enfermagem em saúde coletiva e a interdisciplinariedade. **Rev. Latino-am. Enfermagem**, Ribeirão Preto, v.8, n.6, p. 96-101, dezembro, 2000.

ROSA, W.A.G.; LABATE, R.C. Programa Saúde da Família: a construção de um novo modelo de assistência. **Rev. Latino-am-Enfermagem**, Ribeirão Preto, v.13, n.6, p.1027-34, nov.-dezembro. 2005.

RIBEIRÃO PRETO. Secretaria Municipal de Saúde. **Projeto Municipal de Expansão de Saúde da Família de Ribeirão Preto**. Disponível em: <http://www.coderp.com.br/saúde.html>. Acesso em: 27 de setembro 2006a.

RIBEIRÃO PRETO. Secretaria Municipal de Saúde. **Projeto ETHOS de Atenção Básica à Saúde**. Disponível em: <http://www.coderp.com.br/saúde.html>. Acesso em: 10 julho de 2006b.

SIAB (Sistema de Informação da Atenção Básica). Dados da Unidade de Saúde do Ribeirão Verde, Ribeirão Preto SP. Outubro de 2005.

SANTOS, J.S. **Relatório ao povo de Ribeirão Preto sobre os rumos da Saúde Pública**. Ribeirão Preto, 2006. (Mimeografado)

SAUPE, R.; BRITO, V.H.; GIORGI M, D.M. Utilizando as concepções do educador Paulo Freire no pensar e agir da enfermagem. In: SAUPE, R. (Org.). **Educação em enfermagem: da realidade construída à possibilidade em construção**. Florianópolis: Editora UFSC, Série Enfermagem, Repensul, 1998. p. 245-272.

SILVA, J.A.; DALMASO, A. S. W. **Agente Comunitário de Saúde**. O ser, o saber, o fazer. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2002.

SCHWENDLER, S.F. Ação cultural para a liberdade um encontro com a pedagogia da indignação. In: SOUZA, A I. (Org.). **Paulo Freire. Vida e Obra**. São Paulo: Expressão Popular, 2001.

STARFIELD, B. **Atenção primária**. Equilíbrio entre necessidades de saúde, serviços e tecnologia. Brasília: UNESCO, Ministério da Saúde, 2002.

SUCUPIRA, A. C. Marco conceitual da promoção da saúde no PSF. **SANARE**, ano 4, n.1, p.11-14, jan.- mar. 2003.

SOUZA, H. M. Programa saúde da família: Entrevista. **Rev. Bras. Enfermagem**, Brasília, v.53, n.especial, p.7-16, dez. 2000.

SOPHIA, S. Os homens se educam entre si, mediatizados pelo mundo. In: Educação popular em saúde. **RADIS**, n.21, p. 4-6, nov.- dez. 2001.

VALLA,V.V. Sobre participação popular: uma questão de perspectiva. **Cad. Saúde Pública**, Rio de janeiro, v.14, supl.2, p.7-18, 1998.

VASCONCELOS, E.M. **Educação popular e a atenção à saúde da família**. São Paulo: Hucitec, 1999.

VASCONCELOS, E.M. **O poder que brota da dor e da opressão.** Empowerment, sua história, teorias e estratégias. São Paulo: Paulus, 2003.

VASCONCELOS, M.L.M.C.; BRITO, R.H.P. **Conceitos de educação em Paulo Freire.** São Paulo: Vozes, 2006.

VIANA, A.L.D.; DAL POZ, M.R. A reforma do Sistema de Saúde no Brasil e o Programa de Saúde da Família. **PHYSIS: Rev. Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v.8, n.2, p.11-48, 1998.

VÍCTORA, C.G.; KNAUTH, D.R.; HASSEN, M.N. **Pesquisa qualitativa em saúde:** uma introdução ao tema. Porto Alegre: Tomo editorial, 2000.

VALENTINI, W. et al. Treinamento clínico para o diagnóstico e o tratamento da depressão. **Rev. Saúde Pública**, v.38, n.4, p. 431-8, 2002.

VERDI, M.; CAPONI, S. Reflexões sobre a promoção da saúde numa perspectiva bioética. **Texto Contexto Enferm.**, v.14, n.1, p.82-8, jan-mar. 2005.

ZITKOSKI, J.J. **Horizontes da (RE) fundamentação em educação popular:** um diálogo entre Freire e Habermans. Frederico Westphalen: Ed. URI, 2000.

WALLERSTEIN, N.; BERNSTEIN, E. Empowerment Education: Freire's Ideas Adapted to Health Education. **Health Educ. Q.**, v.15, n.1, p.379-394, 1988.

WALLERSTEIN, N.; SANCHEZ-MERKI, V. Freirian praxis in health education: research results from an adolescent prevention program. **Health Educ. Res.**, v.9, n.1, p. 105-118, 1994.

WALLERSTEIN, N.; LAVERACK, G. Measuring community empowerment: a fresh look at organizational domains. **Health Promotion Int.**, v.16, n.2, p.179-185, 2001.

WESTPHAL, M. F. O Programa de Saúde da Família: Um compromisso com a qualidade de vida. **SANARE**, ano 4, p.19-29, jan.- mar. 2003.

WESTPHAL, M. F. Múltiplos atores da promoção da saúde. **SANARE**, ano 4, p. 43-49, jan.-mar. 2003.

WORLD HEALTH ORGANIZATION –WHO. **The Ottawa Charter For Health Promotion.** Ottawa, Canadá, November, 1986.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. **Bangkok Charter for Health Promotion in the a Globalized World.** Disponível em: <http://www.worldhealthorganization2005>. Acesso em 02 de setembro de 2005.

APÊNDICES

APÊNDICE A

UNIVERSIDADE DE SÃO PAULO ESCOLA DE ENFERMAGEM DE RIBEIRÃO PRETO

“CAMPUS” DE RIBEIRÃO PRETO
TELEFONE: 602-3391 - TELEX (0166) 354 - FAX (016) 633-3271 ou 630-2561
CEP: 14040-902 - RIBEIRÃO PRETO - SP - BRASIL

Ilmo Sr.
Prof. Dr. José Sebastião Santos
Secretário Municipal de Saúde de Ribeirão Preto – SP.

Ivonete Teresina Schülter Buss Heidemann, pós-graduanda do Programa de Pós-Graduação de Enfermagem em Saúde Pública da Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto – EERP/USP, sob orientação da Profa Dra Maria Cecília Puntel de Almeida, vem por meio deste solicitar autorização para realizar a pesquisa (Tese de Doutorado), denominada a ““A inserção da promoção da saúde e a concepção dialógica de Freire: possibilidades e limites de sua inserção no processo de trabalho das equipes de SF””.

O presente trabalho tem como objetivo compreender e estimular a construção da Promoção à Saúde no processo de trabalho das equipes de saúde da Família. Como metodologia será utilizado o referencial teórico pedagógico de Paulo Freire que através do seu Itinerário de Pesquisa (coleta e análise de dados) organiza reuniões grupais, em Círculos de Cultura, investigando e propondo a inserção da Promoção à Saúde das equipes.

O prazo para a realização dos círculos de cultura será aproximadamente de 04 a 06 meses.

Informamos que já entramos em contato com os profissionais da Unidade Básica de Saúde de Ribeirão Verde, para uma aproximação e conhecimento da realidade local, das equipes de Saúde da Família, bem como dos usuários, para verificar possibilidade de aceitação da proposta.

Colocamo-nos a disposição para qualquer esclarecimento, em qualquer momento da realização da pesquisa.

Aguardando o pronunciamento de Vossa Senhoria,

Atenciosamente

Profª. Dra. Maria Cecília Puntel de Almeida
Orientadora

Ivonete T. S. Buss Heidemann
Pós-Graduada

APÊNDICE B**TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO**

Esclarecimentos que serão compartilhados com os usuários.

Nome da pesquisa: “A inserção da promoção da saúde e a concepção dialógica de Freire: possibilidades e limites de sua inserção no processo de trabalho das equipes de SF”.

Pesquisadora responsável: Ivonete Teresinha Schülter Buss Heidemann.

Orientadora: Profa. Dra. Maria Cecília Puntel de Almeida.

Eu, Ivonete Teresinha Schülter Buss Heidemann, abaixo assinado, pós-graduanda da Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo (EERP – USP), estou realizando um trabalho de pesquisa (tese de doutorado), denominada “A inserção da promoção à saúde na Estratégia de Saúde da Família: possibilidades e limites”.

Este trabalho tem por objetivo compreender e estimular a construção da promoção à saúde no trabalho realizado pelos profissionais de saúde, e como os usuários freqüentadores da UBSF estão participando deste processo.

Portanto, venho solicitar permissão para a coleta de dados que será realizada através das reuniões de quarterão e no conselho local de saúde. Nestas reuniões, serão levantados os temas e como as atividades de promoção à saúde podem estar sendo incorporadas pelas equipes de saúde e pelos usuários da Unidade de Saúde de Ribeirão Verde.

Assim, este trabalho vai depender muito da sua participação e colaboração nas reuniões e nas atividades advindas das discussões.

Lembramos que as informações fornecidas ficarão no mais absoluto sigilo. Você, usuário da UBS, terá liberdade total de se recusar a participar da pesquisa.

Ribeirão Preto, ____ de _____ de 2005.

Assinatura do pesquisador responsável - (016) 39661653

Assim, eu, _____, abaixo assinado, concordo em participar de maneira livre e voluntária do desenvolvimento desta pesquisa.

Ribeirão Preto, ____ de _____ de 2005.

Assinatura do sujeito da pesquisa.

Endereço _____ Fone _____

Minha participação nesta pesquisa é inteiramente voluntária, e estou livre para recusar quando a desejar.

Nome completo _____

Ribeirão Preto, ____ de _____ de _____.

Assinatura do sujeito da Pesquisa

Endereço _____ Fone _____

APÊNDICE C
TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

Esclarecimentos que serão compartilhados com os profissionais.

Nome da pesquisa: “A inserção da promoção da saúde e a concepção dialógica de Freire: possibilidades e limites de sua inserção no processo de trabalho das equipes de SF”.

Pesquisadora responsável: Ivonete Teresinha Schülter Buss Heidemann.

Orientadora: Profa. Dra. Maria Cecília Puntel de Almeida.

Eu, Ivonete Teresinha Schülter Buss Heidemann, abaixo assinado, pós-graduanda da Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo (EERP – USP), estou realizando um trabalho de pesquisa (tese de doutorado), denominada “A inserção da promoção à saúde na Estratégia de Saúde da Família: possibilidades e limites”.

Este pesquisa tem por objetivo compreender e estimular a construção da promoção à saúde no trabalho realizado pelos profissionais de saúde, e como os usuários frequentadores da UBSF estão participando deste processo. Desta forma, este estudo, pretende dialogar sobre as possibilidades e dificuldades de como estão sendo implantadas as ações de promoção à saúde, no trabalho das equipes de saúde.

Portanto, venho solicitar permissão para a coleta de dados que será realizada nas reuniões de quarteirão, de equipe e no conselho local de saúde. Nestas reuniões, serão levantados os temas e como as atividades de promoção à saúde podem estar sendo incorporadas pelas equipes de saúde e pelos usuários da Unidade de Saúde de Ribeirão Verde.

Assim, este trabalho vai depender muito da sua participação e colaboração nas reuniões e nas atividades advindas das discussões.

Lembramos que as informações fornecidas ficarão no mais absoluto sigilo. Você, profissional da UBS, terá liberdade total de se recusar a participar da pesquisa.

Ribeirão Preto, ____ de _____ de 2005.

Assinatura do pesquisador responsável - (016) 39661653

Assim, eu, _____, abaixo assinado, concordo em participar de maneira livre e voluntária do desenvolvimento desta pesquisa.

Ribeirão Preto, ____ de _____ de 2005.

Assinatura do sujeito da pesquisa.

Endereço _____ Fone _____

Minha participação nesta pesquisa é inteiramente voluntária, e estou livre para recusar quando a desejar.

Nome completo _____
Ribeirão Preto, _____ de _____ de _____.

Assinatura do sujeito da Pesquisa

Endereço _____ Fone _____

APÊNDICE - D

Ilmo. Sr.

Prof. Dr. Marcelo Marcos Piva Domarzo

Coordenador da Disciplina - Saúde Coletiva

Centro Universitário Barão de Mauá

Ivonete T.S. Buss Heidemann, Pós-Graduanda da Escola de enfermagem de Ribeirão Preto - Universidade São Paulo - EERP/USP, sob orientação da Profa. Dra. Maria Cecília Puntel de Almeida, venho por meio deste solicitar autorização para realizar minha pesquisa (Tese de Doutorado), denominada “A inserção da promoção da saúde e a concepção dialógica de Freire: possibilidades e limites de sua inserção no processo de trabalho das equipes de SF”.

O presente trabalho tem como objetivo, compreender e estimular a construção da Promoção à Saúde no processo de trabalho das Equipes de Saúde da Família. Como metodologia utilizarei o referencial teórico pedagógico de Paulo Freire, que através do seu Itinerário de Pesquisa (coleta e análise de dados) será realizado reuniões em círculos de cultura, investigando a inserção da Promoção à Saúde no processo de trabalho das equipes. Pretendo concluir a pesquisa no prazo de aproximadamente 04 quatro a 06 (seis) meses.

NESTES TERMOS

PEDE DEFERIMENTO

Ribeirão Preto, 25 de Abril de 2005

Ivonete T.S. Buss Heidemann, Pós-Graduanda da Escola de enfermagem de Ribeirão Preto - Universidade São Paulo - EERP/USP

ANEXO

ESCOLA DE ENFERMAGEM DE RIBEIRÃO PRETO - UNIVERSIDADE DE SÃO PAULO
CENTRO COLABORADOR DA ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE PARA
O DESENVOLVIMENTO DA PESQUISA EM ENFERMAGEM

Avenida Bandeirantes, 3900 - Campus Universitário - Ribeirão Preto - CEP 14040-902 - São Paulo - Brasil
FAX: 55 - 16 - 633-3271 / 55 - 16 - 630-2561 - TELEFONES: 55 - 16 - 633-0379 / 602-3382

COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA DA EERP/USP

Of.CEP-EERP/USP – 0164/2005

Ribeirão Preto, 28 de novembro de 2005.

Prezado Senhor,

Comunicamos que o projeto de pesquisa, abaixo especificado, foi analisado e considerado **APROVADO** pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo, em sua **81ª Reunião Ordinária**, realizada em 24 de novembro de 2005.

Protocolo: nº 0550/2005

Projeto: **A Inserção da Promoção à Saúde na Estratégia de Saúde da Família: Possibilidades e limites**

Pesquisadores: Maria Cecília Puntel de Almeida (Orientadora)
Ivone Te Teresinha Schuller Buss Heidemann (Doutoranda)

Em atendimento à Resolução 196/96, deverá ser encaminhado ao CEP o ~~relatório final da pesquisa~~ e a ~~publicação de seus resultados~~, para acompanhamento, bem como comunicada qualquer intercorrência ou a sua interrupção.

Atenciosamente,

Profª Drª Claudia Benedita dos Santos
Coordenadora do CEP-EERP/USP

Ilmo. Sr.

Profª. Dra. Maria Cecília Puntel de Almeida

Departamento de Enfermagem Materno-Infantil e Saúde Pública
Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto-USP