UNIVERSIDADE DE SÃO PAULO

ESCOLA DE ENFERMAGEM DE RIBEIRÃO PRETO

TERESA CRISTINA PINTO ROSA

Grupo de Promoção à Saúde: revendo práticas para o
fortalecimento da Atenção Básica

RIBEIRÃO PRETO

2015

TERESA CRISTINA PINTO ROSA

Grupo de Promoção à Saúde: revendo práticas para o fortalecimento da
Atenção Básica

Dissertação apresentada à Escola de Enfermagem
de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo,
para obtenção do título de Mestre em Ciências,
Programa de Pós-Graduação Mestrado Profissional
Tecnologia e Inovação em Enfermagem.

Linha de pesquisa: Tecnologia e Inovação no
Cuidado em Enfermagem

Orientador: Profa. Dra. Adriana Mafra Brienza

RIBEIRÃO PRETO

2015

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.

Rosa, Teresa Cristina Pinto

Grupo de Promoção à Saúde: revendo práticas para o fortalecimento da Atenção Básica. Ribeirão Preto, 2015.

102 p. : il. ; 30 cm

Dissertação de Mestrado, apresentada à Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto/USP. Área de concentração: Tecnologia e Inovação em Enfermagem.

Orientador: Adriana Mafra Brienza

1. Promoção de saúde. 2. Atenção primária à saúde. 3. Saúde da família.

ROSA, Teresa Cristina Pinto

Grupo de Promoção à Saúde: revendo práticas para o fortalecimento da Atenção Básica.

Dissertação apresentada à Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo, para obtenção do título de Mestre em Ciências, Programa de Pós-Graduação Mestrado Profissional Tecnologia e Inovação em Enfermagem.

Aprovado em / /

Comissão Julgadora

Prof. Dr. _____

Instituição: _____

Prof. Dr. _____

Instituição: _____

Prof. Dr. _____

Instituição: _____

DEDICATÓRIA

*Ao meu esposo, **Flávio**, que tem possibilitado minha vivência com a verdadeira compreensão
do que é ser otimista nas situações mais adversas da vida.*

*As minhas amadas filhas, **Larissa** e **Ana Laura**, sempre parceiras e cúmplices do meu
crescimento.*

*Aos meus pais, **Elsa** e **Antônio**, meus exemplos, que sempre acreditaram ser a educação
essencial para a vida.*

AGRADECIMENTOS

Este trabalho é fruto de décadas de experiência profissional pautada pelo respeito e comprometimento com o outro. Quero agradecer várias pessoas que participaram desta conquista.

*Minha querida orientadora, **Adriana**, amiga, parceira de trabalho, cuja participação foi condição indiscutível para que o estudo acontecesse. Fomos construindo esta pesquisa em meio a risos, angústias, aprendizado, doação e cumplicidade.*

***Jorge**, marido da **Adriana**, que muitas vezes aceitou dividir o tempo e a atenção de sua esposa comigo.*

*Eterna “mestra” e companheira, Professora Doutora **Maria José Bistafa Pereira**, que esteve presente me ensinando e incentivando em momentos decisivos e importantes das minhas escolhas profissionais.*

*Professora Doutora **Maria Lúcia do Carmo Cruz Robazzi**, coordenadora do mestrado profissional da Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto-USP, que me encorajou a enfrentar este desafio de retornar aos bancos universitários depois de tantos anos.*

*Meus familiares, especialmente minhas irmãs, **Rosane** e **Delda**, que sempre acreditam nas minhas apostas.*

*Agentes comunitários de saúde, elo entre o serviço e a comunidade: **Gilda, Nilza, Helena, Eliana, Marcelo, Ana Carolina, Camila** e **Renata**, solidários em diferentes estratégias, colaboraram muito para que este estudo acontecesse.*

*Trabalhadoras do CSE Vila Tibério: **Andreia, Josefina, Simara, Marisa, Odila, Gislaine, Juliana, Neuza, Inês, Lourdes** e **Fofa**, mulheres batalhadoras, que me apoiaram nos vários momentos em que me ausentei do nosso trabalho para investir no enriquecimento e na qualificação do nosso cotidiano.*

***Usuários do SUS** que são acolhidos no CSE Vila Tibério e que participam dos grupos de promoção à saúde, juntos proporcionamos o relato e a análise da nossa experiência, possibilitando dar maior visibilidade dessa prática tão importante para todos nós.*

*Representantes da população junto ao Conselho Local de Saúde: **Diva, Joab, Ademir, Maria do Carmo, Cleide, Josefita e outros**, que exercitam conosco a participação social como estratégia para alcançar melhores resultados e para sugerir novos caminhos para atender às necessidades de trabalhadores, usuários e comunidade.*

*Professoras Doutoradas da Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto-USP: **Maria José Clapis, Cinira, Marta Angélica, Leandra e outras** responsáveis pela supervisão dos alunos no CSE, por valorizarem os grupos de promoção como parte da formação e do aprendizado destes estudantes.*

*Professora Doutora **Silvia Matumoto**, vice-coordenadora do Mestrado Profissional da Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto-USP, que nos orientou para fazer da melhor forma as transcrições dos grupos focais.*

*Professora Doutora **Suzana Munhoz** que gentilmente colaborou com o nosso resumo para o espanhol.*

***Joab**, vizinho, amigo e colaborador desse estudo, principalmente por suprir minhas deficiências em informática.*

***Trude e Eliana Redígolo**, queridas colegas, pela colaboração e apoio, incentivando o andamento deste projeto.*

***Carla e Natália**, alunas da Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto-USP, que participaram com atenção e zelo em etapas iniciais desse projeto.*

***Giovana, Gabriela, Malú e Luiza**, estudantes da pós-graduação da Universidade de São Paulo, que muito colaboraram na coleta e transcrição de dados dos grupos focais, enriquecendo as análises e os resultados deste estudo.*

***André**, aluno da Universidade Estadual Paulista – Unesp, que muito colaborou na transcrição de dados da entrevista com o técnico de informática.*

***Divisão de Enfermagem** da Secretaria Municipal de Saúde, que proporcionou a minha efetiva participação no mestrado profissional, possibilitando a qualificação da assistência prestada em serviço.*

Cristina e Velmara, funcionárias da Universidade de São Paulo, que deram um toque especial na finalização deste trabalho.

Por fim, quero agradecer a todos que, de alguma forma, colaboraram para que este projeto pudesse ser concretizado.

Resumo

ROSA, T. C. P. **Grupo de promoção à saúde**: revendo práticas para o fortalecimento da Atenção Básica, 2015. 102 f. Dissertação (Mestrado Profissional) - Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo, Ribeirão Preto, 2015.

O objetivo geral deste estudo foi caracterizar e analisar as práticas desenvolvidas pelos grupos de promoção à saúde do Centro de Saúde Escola (CSE) Vila Tibério como estratégia de fortalecimento da atenção básica. Como objetivos específicos, elegemos: descrever a dinâmica de funcionamento destes grupos realizados no CSE com ênfase na caracterização sociodemográfica dos integrantes; analisar as ações desenvolvidas nos grupos de promoção à saúde na ótica dos seus participantes; identificar e analisar os registros no CSE Vila Tibério e no nível central da Secretaria Municipal de Saúde de Ribeirão Preto que oficializam o trabalho prático do desenvolvimento dos grupos de promoção. O referencial teórico utilizado foi o da promoção da saúde com análise temática, que compreendeu os seguintes fundamentos: a equidade, a autonomia, a participação social, a intersetorialidade, a sustentabilidade e a integralidade. O estudo é de abordagem qualitativa de natureza descritiva e utilizou como instrumento de coleta de dados entrevista semiestruturada, grupo focal e fonte documental. Elegemos como sujeitos pessoas que participavam dos grupos de promoção de saúde maiores de 18 anos, com frequência mínima de 06 meses nesses grupos e um técnico da Secretaria Municipal da Saúde de Ribeirão Preto com atuação no sistema de informação. Na caracterização dos sujeitos participantes do grupo focal, encontramos 93,75% do sexo feminino e 68,7% foi a faixa etária de maiores de 60 anos. Quanto à escolaridade, 43,8% possuíam ensino médio completo e, sobre o tempo de participação nos grupos de promoção, identificamos 53,6% que referiram frequentar os grupos num período de 02 a 05 anos. A partir do referencial teórico proposto, passamos a analisar como os fundamentos da promoção da saúde estavam presentes na ótica dos participantes do grupo focal e, nesse movimento de articular o referencial teórico e os depoimentos dos participantes do grupo focal, elegemos a categoria empírica modelo de assistência e esta foi sustentada a partir de unidades temáticas que emergiram da análise, sendo elas: integralidade; participação social; sustentabilidade; intersetorialidade e equidade. Em relação ao sistema de informação, analisamos que o mesmo privilegia a produtividade quantitativa em saúde. Assim, não oportuniza o sentido desses registros para os profissionais que trabalham com grupos de promoção. Consideramos que os grupos de promoção à saúde podem contribuir como uma prática em direção à mudança de modelo assistencial; para o fortalecimento da atenção primária à saúde como principal porta de entrada do Sistema Único de Saúde, utilizando-se de premissas da estratégia de Saúde da Família; e para favorecer a adesão e o vínculo da comunidade aos serviços de saúde, principalmente através dos agentes comunitários de saúde. Os grupos de promoção à saúde também poderão compor de maneira sistematizada as ações na agenda de serviços da atenção básica de saúde de forma que sua produção seja incluída nos setores de informação e resulte, além de maior visibilidade do trabalho, uma importante ferramenta na composição do financiamento para a gestão municipal de saúde.

Palavras-chave: Promoção de saúde. Atenção primária à saúde. Saúde da família.

Resumen

ROSA, T. C. P. **Grupo de Promoción de la Salud**: revisión de las prácticas para fortalecer la Atención Básica, 2015. 102 f. Tesis (Maestría Profesional) - Escuela de Enfermería de Ribeirão Preto, Universidad de São Paulo, Ribeirão Preto, 2015.

El objetivo general de este estudio fue caracterizar y analizar las prácticas desarrolladas por los grupos de promoción de la salud, del Centro Salud-Escuela (CSE) Vila Tibério como estrategia de fortalecimiento de la atención básica. Como objetivos específicos, elegimos: describir la dinámica de funcionamiento de estos grupos realizados en el CSE con énfasis en la caracterización sócio-demográfica de los miembros; analizar las acciones desarrolladas en los grupos de promoción de la salud bajo la visión de sus participantes; identificar y analizar los registros en el CSE Vila Tibério y en la Secretaría Municipal de Salud de Ribeirão Preto que tornan oficial el trabajo práctico de los grupos de promoción. El referencial teórico utilizado fue el de la promoção de la salud con análisis temática que comprendió los siguientes fundamentos: la equidad, la autonomía, la participación social, la intersectorialidad, la sostenibilidad y la integralidad. El estudio es de abordaje cualitativo de naturaleza descriptiva y utilizó como instrumento de colecta de datos entrevista semi-estructurada, grupo focal y fuente documental. Elegimos como sujetos de investigación, personas que participaban de los grupos de promoción de la salud mayores de 18 años con frecuencia mínima de 06 meses en esos grupos y un técnico de la Secretaría Municipal da Saúde de Ribeirão Preto con atuação en el sistema de información. La caracterización de los participantes del grupo focal, encontramos 93,75% del sexo femenino y 68,7% mayores de 60 años. Referente a la escolaridad, 43,8% poseían formación secundaria completa y sobre el tiempo de participación en los grupos de promoción, identificamos que 53,6% manifestaron frecuentar los grupos durante um período de 02 a 05 años. A partir del referencial teórico propuesto, pasamos a analizar como los fundamentos de la promoción de la salud estaban presentes en la visión de los participantes del grupo focal y en ese movimiento de articular el referencial teórico y los relatos de los participantes del grupo focal, elegimos la categoría empírica Modelo de Cuidado que fue desarrollada a partir de unidades temáticas que surgieron del análisis, siendo elas: integralidad; participação social; sostenibilidad; intersectorialidad y equidad. En relación al sistema de información analizamos que el mismo privilegia la productividad cuantitativa en salud, sin mostrar el valor de esos registros para los profesionales que trabajan con grupos de promoción. Consideramos que los grupos de promoción de la salud pueden contribuir como una práctica para la transformación del modelo asistencial, el fortalecimiento de la atención primaria de la salud como principal puerta de entrada del Sistema Único de Salud, utilizando premisas de la estrategia de Salud de la Familia, promueve la adhesión y el vínculo de la comunidad a los servicios de salud, principalmente a través de los agentes comunitarios de salud. Los grupos de promoción de la salud también podrían conformar de manera sistematizada las acciones en la agenda de servicios de atención básica de la salud de manera que su producción sea incluida en los sectores de información y obtengan mayor visibilidad del trabajo, como una importante herramienta en la composición del financiamiento para la gestión municipal de salud.

Palabras claves: Promoción de la salud. Atención primaria de la salud. Estrategia de la salud de la familia.

Abstract

ROSA, T. C. P. **Group of health promotion**: reviewing practices to strengthen Primary Care, 2015. 102 f. Dissertation (Professional Master) - Nursing School of Ribeirao Preto, University of São Paulo, Ribeirão Preto, 2015.

The general objective of this study was to characterize and analyze the practices developed by groups of health promotion of the Health School Center (CSE) of Vila Tibério as a strengthening strategy of primary care. As specific objectives, we elected: describe the working dynamics of these groups performed in the CSE with an emphasis on socio-demographic characteristics of the members; analyze the actions developed in the health promotion groups from the viewpoint of its participants; identify and analyze the records in the CSE Vila Tibério and at the central level the Municipal Health Secretary of Ribeirão Preto that formalize the practical work of development of the promotion groups. The theoretical reference used was the health promotion with thematic analysis that included the following grounds: equity, autonomy, social participation, intersectoriality, sustainability and comprehensiveness. The study is a qualitative approach of descriptive character and used as instrument the data collected through semi-structured interview, focus groups and documentary source. We elected as subjects, people who participated in the health promotion groups and was aged over 18 years with minimum frequency of 06 months in these groups and a technician from the Municipal Health Secretary of Ribeirão Preto with expertise in the information system. The characterization of the subjects that participated in the focus group, we found 93.75% female, 68.7% was aged over 60 years. As for education, 43.8% had completed high school and regarding time of participation in promotion groups, we identified 53.6% who reported attending the groups over a period of 02 to 05 years. From the proposed theoretical reference, we analyzed how the fundamentals of health promotion were present in the view of the focus group participants and in this movement to articulate the theoretical reference and the statements of the focus group participants, we elected Assistance Model as empirical category and this was sustained from the thematic units that emerged from the analysis, as comprehensiveness; social participation; sustainability; intersectoriality and equity. Regarding the information system we analyzed that it focuses on quantitative productivity in health matter. Thus, it does not favor the meaning of these records to the professionals who work with promotion groups. We consider that health promotion groups can contribute as a practice towards the change of healthcare model, the strengthening of primary health care as the main gateway to the National Health System (SUS), using assumptions of the Family Health Program strategy, promotes adhesion and the bond of the community to health services, mainly through community healthcare agents. The health promotion groups can also compose in a systematic way the actions in the primary care service health agenda so that its production is included in the sectors of information and results, in addition to a greater visibility of the work, an important tool in the composition of financing for the municipal health administration.

Keywords: Health Promotion. Primary health care. Family health.

LISTA DE FIGURAS

Figura 1	Módulos do Sistema Hygia web.....	42
Figura 2	Distribuição percentual, segundo sexo dos participantes do grupo focal.....	59
Figura 3	Distribuição percentual, segundo a idade dos participantes do grupo focal.....	60
Figura 4	Distribuição percentual, segundo a escolaridade dos participantes do grupo focal.....	61
Figura 5	Distribuição percentual, segundo o tempo de participação nos grupos de promoção da saúde dos participantes do grupo focal.....	62
Figura 6	Unidades temáticas e categoria empírica.....	64

LISTA DE SIGLAS

ACS	Agente Comunitário de Saúde
ABS	Atenção Básica de Saúde
CBO	Classificação Brasileira de Ocupações
CEBES	Centro de Estudos Brasileiros Em Saúde
CENDES	Centros de Estudos do Desenvolvimento
CONADE	Conselho Nacional de Direitos da Pessoa com Deficiência
CSE	Centro de Saúde Escola
EACS	Equipe de Agentes Comunitários de Saúde
FMRP	Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto
IBGE	Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística
MRS	Movimento da Reforma Sanitária
MTE	Ministério do Trabalho e Emprego
OMS	Organização Mundial de Saúde
ONG	Organização Não Governamental
PET-SAÚDE	Programa de Educação para o Trabalho em Saúde
PIASS	Programa de Interiorização de Ações de Saúde e Saneamento
PMAQ	Programa Nacional de Melhoria ao Acesso e da Qualidade da Atenção Básica
PNH	Política Nacional de Humanização
PSF	Programa de Saúde da Família
SESP	Serviço Especial de Saúde Pública
SI	Sistema de Informação
SMS	Secretaria Municipal de Saúde
SUS	Sistema Único de Saúde
TCLE	Termo de Consentimento Livre e Esclarecido
USF	Unidade de Saúde da Família
USP	Universidade de São Paulo
WHO	World Health Organization

SUMÁRIO

	APRESENTAÇÃO	13
1.	INTRODUÇÃO.....	17
1.1	Referencial Teórico: Promoção da Saúde.....	24
2.	OBJETIVOS.....	38
2.1	Objetivo Geral.....	39
2.2	Objetivos Específicos.....	39
3.	PERCURSO METODOLÓGICO.....	40
3.1	Tipo de Estudo.....	41
3.2	Local de Estudo.....	41
3.3	Cenário local do estudo.....	43
3.4	Sujeitos do Estudo.....	45
3.4.1	Sujeitos que participam dos grupos de promoção de saúde e que integram o grupo focal.....	45
3.4.2	Sujeito Técnico da Saúde.....	45
3.5	Estratégia de Coleta de Dados.....	46
3.5.1	Grupo focal.....	46
3.5.1.1	O cuidado para o acontecer do Grupo Focal.....	47
3.5.1.2	Coleta de dados no Grupo Focal.....	48
3.5.2	Entrevista Semi Estruturada.....	50
3.5.3	Fonte documental.....	51
3.5.4	Análise dos dados.....	51
3.5.5	Aspectos Éticos.....	53
4.	RESULTADOS E DISCUSSÃO.....	55
4.1	Os grupos de Promoção da Saúde do CSE Vila Tibério.....	56
4.2	Caracterização dos sujeitos.....	59
4.2.1	Sujeitos que participam dos grupos de Promoção da Saúde e integraram o Grupo Focal.....	59
4.3	Unidades Temáticas.....	63
4.3.1	Modelo Assistencial.....	64
4.3.2	A promoção da saúde e sua potência para produzir práticas na perspectiva da integralidade da atenção.....	66
4.3.3	A promoção da saúde e sua potência para produzir práticas na perspectiva da participação social.....	70
4.3.4	A promoção da saúde e sua potência para produzir práticas na perspectiva da sustentabilidade.....	71
4.3.5	A promoção da saúde e sua potência para produzir práticas na perspectiva da intersetorialidade.....	73
4.3.6	A promoção da saúde e sua potência para produzir práticas na perspectiva da equidade.....	74
4.4	Registros do trabalho prático dos grupos de promoção.....	77
5.	CONSIDERAÇÕES FINAIS.....	81
	REFERÊNCIAS.....	85
	ANEXOS.....	94

Acolhendo pessoas em trinta anos como enfermeira nos vários serviços de saúde dos diferentes níveis da rede de atenção à saúde, na maioria das vezes, conforme nossa formação biologicista, nos preocupamos com a demanda das queixas orgânicas apresentada pelos usuários dos estabelecimentos de saúde. Nos últimos nove anos, atuando em uma Unidade Básica de Saúde da Secretaria Municipal de Saúde do Município de Ribeirão Preto (CSE – Vila Tibério), deparei-me com usuários que, mesmo apresentando os tão valorizados sinais e sintomas considerados normais e sem queixas, compareciam frequentemente ao serviço para constataremos essa normalidade.

Comecei a refletir sobre esta procura, que nos alertava que as respostas padronizadas e as tentativas de “enquadrar” a fala do usuário em situações antigas e já previamente conhecidas não conseguiam contemplar as necessidades do usuário. (PEREIRA, 2012)

Fui observando que esta procura incessante estava menos presente em alguns usuários que aceitaram o convite para conhecer e passaram a participar dos Grupos de Promoção à Saúde (artesanato, dança de salão, atividade física, entre outros) que o serviço oferecia e que são coordenados pelos Agentes Comunitários de Saúde (ACS), com a possibilidade de criar outro tipo de vínculo e “fazer de um encontro terapêutico uma relação de cuidado”. (AYRES, 2004, p 27)

Inclusive, comecei a constatar que estes pacientes criavam, literalmente, uma nova porta de entrada para frequentar a unidade, já que passavam a adentrar na mesma pelo corredor lateral e não mais pela sala de acolhimento para fazer suas queixas. Vou confessar que, de quando em vez, ainda desejam aferir sua pressão arterial.

Diante desta observação, emergiram algumas inquietações que apresento como perguntas norteadoras deste estudo: Como os participantes dos grupos de promoção à saúde oferecidos no CSE Vila Tibério analisam esses grupos? A participação nesses grupos promoveu alguma mudança no cotidiano dos participantes? Como se dá a conformação desses grupos, em relação às características sociodemográficas? A dinâmica de funcionamento do grupo facilita a adesão ao grupo?

Nesta minha inserção como enfermeira da rede de Atenção Básica de

Saúde (ABS) da Secretaria Municipal da Saúde do Município de Ribeirão Preto-SP, compondo uma Equipe de Saúde da Família, executo planejamento, gerenciamento e coordenação das ações desenvolvidas pelos ACS e participo efetivamente na educação permanente da equipe de ACS, conforme propõe Bornstein (2007). Procuro exercer uma mediação, na perspectiva de facilitar o processo de transformação no trabalho, propondo o diálogo como elemento central no processo pedagógico do ACS. Nesta prática, portanto, evito uma mediação reprodutiva que favorece a manutenção de um modelo de saúde marcado pelo tecnicismo, pela hierarquização de relações entre membros da equipe e pela negação de que os participantes da pesquisa populares sejam capazes de constituir um saber válido e relevante sobre saúde. Desde já, quero destacar que neste trabalho, o ACS tem um papel fundamental para a aceitação desse convite pela população, pois ele se coloca como “elo” de aproximação do serviço e da comunidade.

Nesse processo de trabalho, outra inquietação que passou a estar presente no meu cotidiano é a forma como é efetuado o registro sobre as ações de promoção de saúde, tanto no CSE Vila Tibério, como no nível central da Secretaria Municipal de Saúde de Ribeirão Preto (SMS). Passei a questionar: O registro que é feito no CSE – Vila Tibério fornece subsídios para seu reconhecimento institucional, possibilitando a sua inserção no sistema de informação adotado pela SMS? O registro tem sido um recurso para contribuir na visibilidade desses grupos? O registro tem como sistematizar tanto no sistema de agendamento como no sistema de informação as ações desses grupos de promoção da saúde com vistas a ser uma das formas de dar visibilidade a execução das mesmas? E, ainda, possibilitar o repasse financeiro do Ministério da Saúde para a SMS-RP?

Incluindo esta inquietação referente à gestão de serviço, foi que me motivei como analisadora desses grupos, também estudar como a promoção da saúde poderá contribuir na sistematização de ações na agenda de serviços da ABS. Seria importante explorar essas ações, visando identificar as potencialidades, de forma que sua produção seja integrada nos sistemas de informação e resulte, além de maior visibilidade do trabalho, uma importante ferramenta na composição do financiamento para a gestão municipal.

O Ministério da Saúde já salientou (BRASIL, 2007, p. 14, grifos nossos):

[...] persiste o desafio de organizar estudos e pesquisas para identificação, análise e avaliação de ações de promoção da saúde que operem nas

estratégias mais amplas que foram definidas em Ottawa e que estejam mais associadas às diretrizes propostas pelo Ministério da Saúde na Política Nacional de Promoção da Saúde, a saber: integralidade, equidade, responsabilidade sanitária, mobilização e participação social, intersectorialidade, informação, educação e comunicação, e sustentabilidade.

Tendo em sua base os pressupostos do SUS, a estratégia do PSF traz no centro de sua proposta a expectativa relativa à reorientação do modelo assistencial a partir da atenção básica (BRASIL, 1997).

Os alcances e os limites desta proposta têm alimentado discussões, cujos argumentos visitam desde estatísticas oficiais sobre a expansão do número de equipes até a reflexão crítica sobre as práticas de saúde desenvolvidas no contexto das unidades de saúde da família. Para acompanhar este debate, principalmente sob a ótica da segunda perspectiva, é essencial compreender o que traduz um modelo assistencial e, sobretudo, o que implica sua reorientação.

Diante dessa imersão inicial, teórica e articulada, na experiência de mais de uma década, temos como pressupostos deste estudo:

- a decisão adotada para a formação e o desenvolvimento dos grupos de promoção da saúde no CSE Vila Tibério tem sido considerada, na visão dos usuários participantes, um outro espaço de produção de saúde;
- esse trabalho tem potência para fortalecer a ABS na perspectiva da autonomia/cidadania.

Assim, esta aqui exposto, de forma sucinta, a minha relação com o meu objeto de estudo, que construí a partir de minha inserção e vivência nos serviços de saúde. A seguir, continuarei a redigir o processo de construção desta investigação.

O Sistema Único de Saúde (SUS) brasileiro é, por definição constitucional, um sistema público de saúde nacional e de caráter universal com base na concepção de saúde como direito de cidadania, sustentado, portanto, pelos princípios doutrinários da universalidade, da integralidade da atenção e da equidade, e pelas diretrizes organizativas: descentralização, com direção única em cada esfera de governo; regionalização e participação da comunidade (BRASIL, 1988).

O processo do cuidado integral à saúde é missão básica do SUS e, nas últimas décadas, a Atenção Básica à Saúde (ABS) foi definida como eixo estruturante para a (re)organização das práticas de atenção em saúde no SUS (BRASIL, 2011), estabelecendo a Estratégia da Saúde da Família como um desenho organizativo para assegurar os princípios da universalidade, do acesso e da acessibilidade, do vínculo, da continuidade do cuidado, da integralidade da atenção, da responsabilização, da humanização, da equidade e da participação social e, desta forma, possibilita assumir o compromisso com o cuidado integral. Este envolve desenvolver uma prática de saúde onde se considera também a dimensão subjetiva do participante de pesquisas na produção da atenção, nas ações de promoção da saúde, de redução de risco ou de manutenção de baixo risco, de tratamento e de reabilitação (BRASIL, 2010a).

Vale destacar que a Portaria MS/GM nº 2488/2011, além de manter os princípios anteriores estabelecidos na Portaria MS/GM nº 648/2006, acrescenta, entre outros aspectos, a redução de danos como parte das ações a serem desenvolvidas nos serviços de ABS e, ainda, ações que impactem na autonomia das pessoas e nos determinantes e condicionantes de saúde das coletividades. Os conceitos de risco, vulnerabilidade e resiliência foram também acrescentados nesta última portaria para serem integrados na prática de saúde da ABS. Esse conjunto de princípios prevê o desenvolvimento de processo de trabalho na ABS por meio do exercício de práticas de cuidado e de gestão, democráticas e participativas, sob forma de trabalho em equipe, dirigidas a populações de territórios definidos, pelas quais assume a responsabilidade sanitária, considerando a dinamicidade existente no território em que vivem essas populações. Para tanto, pressupõe utilizar tecnologias de cuidado, complexas e variadas, que devem auxiliar no manejo das demandas e das necessidades de saúde de maior frequência e relevância em seu território.

Nesta perspectiva, entende-se que, em serviços da ABS, o desenvolvimento do processo de trabalho deve se dar com alto grau de descentralização e capilaridade, próximo da vida das pessoas. Estes serviços devem ser o contato preferencial dos usuários, a principal porta de entrada e o centro de comunicação da rede de atenção à saúde (BRASIL, 2000). Destaca-se, como um atributo fundamental na produção do cuidado, a consideração inscrita na Portaria MS/GM nº 2488/2011 acerca da necessidade de considerar o participante de pesquisa em sua singularidade e inserção sócio-cultural, buscando produzir a atenção integral (BRASIL, 2011).

Conforme já assinalado, a Política Nacional de Atenção Básica tem na saúde da família sua estratégia prioritária para expansão e consolidação da atenção básica. Esta estratégia oferta possibilidades de proporcionar um *novo* trabalho em equipe e com a família, aproximando das reais necessidades da comunidade.

Nessa direção, visa ser um dispositivo de mudança do cuidado em saúde e tem um caráter substitutivo do modelo assistencial vigente, *espaço* de reorganização que possa garantir a universalização do acesso aos serviços de saúde (ASSIS et al, 2010) e ainda ressalta a necessidade de desenvolver um *novo jeito* de fazer saúde, incorporando o conceito positivo de saúde e a integralidade da atenção no cotidiano das práticas, deslocando, desta forma, o olhar centrado na doença.

Na forma substitutiva, tem sido possível contar com uma nova força de trabalho, que são os Agentes Comunitários de Saúde (ACS), bem como a ampliação da participação das pessoas nos espaços das unidades de saúde, valorizando a singularidade dos participantes da pesquisa, considerando o seu contexto familiar. De acordo com a Classificação Brasileira de Ocupações (CBO), elaborada e atualizada pelo Ministério do Trabalho e Emprego-Brasil (MTE), o ACS é um trabalhador em serviço de promoção e apoio à saúde, que visita domicílios periodicamente; orienta a comunidade; assiste pacientes, dispensando-lhes cuidados de saúde, sob orientação e supervisão de profissionais da saúde; rastreia focos de doenças específicas; promove educação sanitária e ambiental; participa de campanhas preventivas e incentiva atividades comunitárias. O ACS formaliza um contexto diferente que se aproxima melhor da realidade das pessoas, facilitando a vinculação da comunidade com os serviços de saúde.

Este profissional traz, para o planejamento do cuidado, aspectos intra e extrafamiliares que ampliam o reconhecimento de necessidades mais complexas, enriquecem as discussões, impulsionam o redirecionamento das ações, potencializam a ocorrência de resultados positivos esperados, na tentativa de amenizar as necessidades da população para além das dimensões biológicas.

A equipe da saúde vinculada ao ACS, em nossa experiência, tem revelado a valorização da escuta e de aspectos que pareciam detalhes antes não considerados e que, às vezes, são de grande relevância. O ACS, ao desenvolver o trabalho inserido nessa perspectiva, pode surpreender as expectativas da equipe ao trazer as necessidades nas suas diferentes dimensões e, ao mesmo tempo, contribuir para atender ou minimizar estas necessidades, tanto a nível individual como familiar.

O ACS desempenha um papel de mediador social, sendo considerado um “elo” entre os objetivos das políticas sociais do Estado e os objetivos próprios ao modo de vida da comunidade (BRIENZA, 2001).

Neste sentido, Cecílio (2013, p. 61) aponta que:

Se há algo a celebrar dos 20 anos da ESF, sem titubear, eu falaria dos agentes comunitários de saúde. Nas minhas andanças pelos serviços, a novidade que vejo são os ACS (mais elas, que eles), embora não consigam ainda uma articulação orgânica com as equipes assistenciais, mantidos em situação de subalternidade dentro do campo de relações de poder e dominação que atravessam e constituem as UBS. Extrapolando a perspectiva higienista e controladora sobre as populações mais pobres que lhes foi atribuída inicialmente, os ACS, se escutados, poderão nos dizer da complexidade da produção da vida nos territórios existenciais por onde circulam.

Neste novo trabalho e nas novas formas de constituir a assistência, a equipe de saúde pode se aproximar dos indicadores de um determinado local, fortalecendo responsabilidades e oferecendo oportunidades para elaborar, conjuntamente, reorientação e aprimoramento das ações e motivação para a participação continuada da comunidade, modificando o processo de trabalho da equipe.

O processo de trabalho deve ganhar contornos específicos, o profissional precisa ter qualificação e apresentar perfil diferenciado, já que a ênfase da assistência não está somente nos procedimentos técnicos, mas, sim, na inter-relação equipe/comunidade/família e equipe/equipe, aspectos estes que têm sido

contemplados de maneira mais efetiva pela atuação do ACS (LOPES et al., 2012).

Lopes et al. (2012) concordam com Ministério da Saúde que tem se preocupado com esses aspectos, pois as práticas de saúde, ainda hoje, caminham com dificuldades para o atendimento da família, enfatizando, dessa forma, o atendimento individual.

Sobre o atendimento, Cecílio (2012) refere que por mais que, explícita ou implicitamente, tentemos enquadrar as pessoas aos ditames a à lógica do sistema formal de saúde e aos preceitos da medicina preventiva, somos obrigados a reconhecer que elas “transgridem a regra” o tempo todo, emergindo a figura viva do “*usuário-real*”, cuja compreensão e reconhecimento passam a ser centrais se a proposta é a inovação na produção de práticas, de cuidados e do conhecimento.

Na inovação de práticas, Merhy (2002) sinaliza que é possível pensar na promoção da saúde e nos trabalhos que a cercam. Com a análise dos dados populacionais, é possível propor ações voltadas para grupos de promoção à saúde. Assim, considerando que a promoção da saúde é um dos principais eixos que norteiam o trabalho na equipe de agentes comunitários de saúde (EACS), acreditamos que a prática de grupos seja capaz de contribuir na promoção da saúde das pessoas, com foco na cidadania, autonomia e “empoderamento”.

Utilizando como referência autores como Sá e Moysés (2009, p. 31), que conceituam empoderamento de várias formas, dentre as quais, destacamos: 1) “um dos conceitos centrais da promoção da saúde, sendo considerado, por um lado, como um processo gerador de mudanças, e, por outro, um resultado esperado deste processo”; 2) “é um processo dinâmico em desenvolvimento, centrado na comunidade local e que envolve a dignidade recíproca, a reflexão crítica, a participação e o cuidado do grupo por meio do qual aqueles que carecem da possibilidade de compartilhar os recursos existentes ganham maior acesso e controle sobre tais recursos, pelo exercício de ampliação do equilíbrio de poder”.

Foi nesta perspectiva que a equipe de Centro de Saúde Vila Tibério, no interior paulista, teve a iniciativa de compor grupos de promoção e de incluir a população nas decisões sobre atividades promocionais; em parceria com o Conselho Local de Saúde, que sempre está atento às transformações, articula possíveis alternativas e apoia novos projetos. A decisão foi de que os grupos seriam constituídos para desenvolver varias atividades, vivências, atividade física, com a

participação da comunidade através do voluntariado e em parceria com trabalhadores da saúde e mais frequentemente coordenados pelo ACS, que em momentos específicos solicitariam a contribuição do conhecimento de um núcleo específico ou de outro membro da equipe para complementar o cuidado.

Desta forma, este trabalho conciliou com a diretriz apontada pelo Ministério da Saúde ao afirmar que um grupo é constituído a partir de interesses e temas em comum. É um espaço possível e privilegiado de rede de apoio e um meio para discussão das situações comuns vivenciadas no dia-a-dia dos seus integrantes.

A estratégia grupal de promoção à saúde permite descobrir potencialidades e trabalhar a vulnerabilidade e, conseqüentemente, tem potência para elevar a autoestima. O trabalho em grupos possibilita a ampliação do vínculo entre equipe e usuários. Pode ser uma realidade no cotidiano das equipes de Atenção Básica/Saúde da Família (BRASIL, 2007).

Vale destacar que o recorte definido para este estudo não pressupõe romper com as ações curativas e, desta forma, concordamos com Campos (1991), quando afirma que a transformação da atenção não pressupõe rompimento ou desligamento do apoio da clínica, mas se refere à necessidade de ampliação desta prática, no sentido de que os indivíduos tenham relações mais maduras com a doença, com a prevenção, com técnicos de saúde, com os dispositivos tecnológicos, com as instituições de saúde e com seus pares na comunidade e que seja, em sua ação norteadora, um processo de aflorar nos indivíduos bases que podem potencializar a autonomia, emancipação e vínculo.

Consideramos que o vínculo é o resultado de uma relação mais próxima da população com a equipe e tem sido percebido como facilitador da adesão aos serviços de saúde.

Pela nossa experiência de trabalho em serviços da ABS, onde tem sido possível experimentar a construção e desconstrução de um trabalho médico verticalizado, passamos a entender que, muitas vezes, esse novo modo de agir em saúde se constitui em uma prática que é árdua e pode sentir a interferência certa e direta na relação profissional de saúde e paciente, mas é uma medida que deve ser estimulada, uma vez que vínculo e trabalho de grupo podem permitir outras formas de tratamento terapêutico.

Mesmo diante da potencialidade das atividades de grupo na promoção da

socialização dos integrantes, no reconhecimento das suas habilidades pessoais, no desenvolvimento de processos de discussão, mobilização e articulação de diferentes recursos com ênfase na promoção da saúde, em nossa prática, deparamo-nos com dificuldades advindas da hegemonia de uma assistência pautada no modelo biologicista, já alertada por Almeida (1991, p. 69), quando refere que a saúde toma como eixo condutor principal de ação “[...] a doença e não o doente [...]”.

Assim, as práticas grupais constituem importante recurso no atendimento aos usuários da Atenção Básica e, ao mesmo tempo, um campo de aprendizado aos trabalhadores de saúde. Estas não devem ser pensadas somente como uma forma de dar conta da demanda, mas, sim, como tendo características que propiciem socialização, integração, apoio psíquico, trocas de experiências, saberes e construção de projetos coletivos. O pertencimento a um grupo favorece a saúde dos sujeitos (CAMPOS, 2008).

Acreditamos que, para adotar ações diferentes de atuação como citado pelo autor, seria necessário planejarmos readequações físicas nos serviços de saúde, que hoje atendem prioritariamente o modelo assistencial hegemônico e que carecem de espaços físicos voltados para realização de atividades coletivas de promoção de saúde, sendo que estas conseguiriam ampliar, inclusive, a participação de outros profissionais que não aqueles ligados exclusivamente ao núcleo de competência da produção de ações de saúde. Esse modelo assistencial hegemônico é reforçado, até mesmo, pelo sistema de informação vigente, visto que permanece a dificuldade no sistema de informação local no reconhecimento de grupos de promoção de saúde que não titulados por uma patologia.

Coutinho (2005) descreveu que, nas experiências de implantação da estratégia da Saúde da Família, vislumbram-se brechas para operarmos com atividades que vão além daquelas de cunho exclusivamente de ordem curativa, mesmo que ainda se volte propriamente para prevenir doenças centradas nos aspectos de cunho biológico.

Na década de 1990, teve início a implementação da estratégia do Programa Saúde da Família (PSF) que, no contexto da política de saúde brasileira, deveria contribuir para a construção e consolidação do SUS, onde as dimensões da prevenção, tratamento de doenças, reabilitação e promoção da saúde integrassem as práticas de forma indissociável.

Foi nesse processo de vivência nos serviços de saúde e busca pela dimensão do campo teórico que me propus a mergulhar nos estudos sobre promoção de saúde para investigar a prática grupal que desenvolvemos no CSE-Vila Tibério.

1.1 Referencial Teórico: Promoção da Saúde

Neste capítulo, pretendemos destacar aspectos sobre as ações realizadas no sistema de saúde que estão relacionados com a promoção da saúde e prevenção de doenças.

O termo “Promoção da Saúde”, relacionado com autonomia e emancipação, começou a ser utilizado por profissionais da saúde insatisfeitos com as abordagens verticais e normativas, planejadas e implementadas sem a participação dos diferentes atores envolvidos.

O conceito de promoção de saúde tradicional foi definido, inicialmente, a partir do modelo de Leavell e Clark (1976), na década de 40, como um dos elementos que caracterizava o nível primário de prevenção da doença. Este modelo toma por base o esquema da História Natural da Doença, comporta três fases de prevenção e cinco níveis distintos de intervenção, nos quais se podem aplicar medidas preventivas, dependendo do grau de conhecimento da história natural. Estas são vistas como fases estáticas ou isoladas de prevenção, mas formam um continuum correspondente à história natural de qualquer doença. Na década de 60, um amplo debate foi realizado em várias partes do mundo, tendo como enfoque principal realçar a determinação econômica e social da saúde. Destacamos o Relatório Lalonde - Uma Nova Perspectiva na Saúde dos Canadenses, o qual enfatiza que o padrão assistencial tradicional parecia não ter muito efeito para promover a saúde (LALONDE, 1974).

Posteriormente, as ideias foram formalizadas na Declaração de Alma Ata em 1978 com a proposta de Saúde para Todos no ano 2000 e a estratégia de Atenção Primária em Saúde. A Declaração de Alma Ata, que expressa princípios essenciais para sua implantação, é composta por 10 itens, entre eles é explicitado o

conceito de saúde como um direito fundamental e a responsabilidade deve ser compartilhada por outros setores governamentais da área social e econômica (BRASIL, 2001 p. 33).

Afirma-se ser inaceitável a chocante desigualdade no estado de saúde das populações, principalmente entre os países desenvolvidos e em desenvolvimento, como também na internalidade destes. Declara-se ser de fundamental importância que o modelo de desenvolvimento econômico e social se assente em uma nova ordem econômica, ordem esta que possibilite combater a iniquidade presente entre os povos. Considerou-se a promoção e a proteção à saúde da população condição essencial para que fosse alcançado o progresso econômico e social, resultando em melhor qualidade de vida e paz mundial (PEREIRA, 2008).

Assim, numa lógica articulada, após a Declaração de Alma Ata, propôs-se como uma das principais metas dos governos e das organizações internacionais que até o ano 2000 toda população mundial atingisse um nível de saúde que permitisse a ela ter uma vida social e economicamente produtiva e elege-se os cuidados primários de saúde como a valiosa alternativa para essa meta.

As expectativas crescentes por uma nova Saúde Pública no mundo foram manifestadas no ano 1986, em Ottawa, Canadá, na primeira Conferência Internacional sobre promoção da saúde. A partir da Carta de Ottawa, houve o reconhecimento de que a promoção da saúde não é uma preocupação exclusiva do setor saúde, mas, ao contrário, constitui-se em atividade eminentemente intersectorial. Após a sua divulgação, o termo promoção da saúde tem sido associado a um conjunto de valores: qualidade de vida, saúde, solidariedade, equidade, democracia, cidadania, desenvolvimento, participação, parceria, entre outros (BUSS, 2000).

Assim, a promoção da saúde fica definida como: “O processo de capacitação da comunidade para atuar na melhoria de sua qualidade de vida e saúde, incluindo uma maior participação no controle deste processo” (BRASIL, 2001, p. 08).

Neste contexto, Carvalho (2013, p. 57) avalia:

A partir dos estudos que precederam a Alma-Ata e depois de sua declaração fincaram-se alguns marcos fundamentais que hoje servem de base a vários programas de primeiros cuidados em saúde. Experiências com este enfoque aconteceram no Brasil, destacando-se a da Fundação SESP (1938), o PIASS (1976), o Movimento Municipalista de Saúde (1976) e, finalmente, o PSF – Programa de Saúde da Família (1994) e suas

variações. Em todas as propostas encontra-se um eixo comum com alguns postulados pétreos: 1) associação de medidas assistenciais com as promocionais, com destaque para o saneamento básico; 2) integralidade do cuidado com promoção, proteção e recuperação; 3) esforço da comunidade com disponibilidade e racionalidade do uso dos recursos; 4) práticas técnicas e socialmente aceitas.

No Brasil, as experiências anteriormente mencionadas foram melhor esmiuçadas pelo próprio autor Carvalho (2008, p. 28): a) SESP - Serviço Especial de Saúde Pública: um dos objetivos era a formação e aperfeiçoamento de profissionais da saúde; b) PIASS - Programa de Interiorização de Ações de Saúde e Saneamento: proposto pelo Ministério da Saúde relacionado aos primeiros cuidados e ao uso de mão de obra da própria comunidade; c) Movimento Municipalista de Saúde: ofereceu à proposta do Movimento de Reforma Sanitária (MRS) um importante campo de aplicação do projeto de saúde universal e integral.

Vale ressaltar que o SUS apresenta seus princípios, dentre eles a integralidade da atenção incorporando, assim, a promoção da saúde como uma das dimensões desse princípio.

Na década de 1990, tem início a implementação da estratégia do Programa Saúde da Família (PSF) que, no contexto da política de saúde brasileira, deveria contribuir para a construção e consolidação do SUS (BRASIL, 2002).

Tendo em sua base os pressupostos do SUS, a estratégia de Saúde da Família, traz, no centro de sua proposta, a expectativa relativa à reorientação do modelo assistencial a partir da atenção básica (BRASIL, 1997). Os alcances e os limites desta proposta têm alimentado discussões, cujos argumentos visitam desde estatísticas oficiais sobre a expansão do número de equipes até a reflexão crítica sobre as práticas de saúde desenvolvidas no contexto das unidades de saúde da família. Para acompanhar este debate, principalmente sob a ótica da segunda perspectiva, é essencial compreender o que traduz um modelo assistencial e, sobretudo, o que implica sua reorientação. Segundo Paim (2003 p. 568), 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” dentro da oferta do SUS.

Campos (1997 p. 229) menciona que, quando associa modelo:

(...), 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.

Para Ashton (1993), as iniciativas no Campo da Promoção da Saúde se orientam, principalmente pelo interesse em promover a equidade social, pela necessidade de reorientação dos serviços de saúde e de ampliação da participação comunitária. O autor destaca, ainda, que a Promoção da Saúde guia-se pela necessidade do desenvolvimento de coalizões entre o setor público, privado e o voluntariado, que juntos podem desenvolver ações cuja amplitude possa permitir o enfrentamento da multicausalidade do processo saúde-doença.

Como a construção do próprio SUS, processo repleto de avanços, estagnações e impasses, a elaboração e a implementação da Política Nacional de Promoção da Saúde também não se fez de maneira linear.

Desde 2006, têm sido vários os desafios e inúmeras as iniciativas de fortalecimento da Promoção da Saúde no SUS, principalmente quando pensamos nos determinantes sociais da saúde e na dificuldade em organizar nossos serviços, recursos e práticas tendo como o centro o cuidado integral dos participantes da pesquisa e coletividades.

Atualmente, os governos são conclamados a investir em recursos e políticas saudáveis, as quais se caracterizam pelo interesse e preocupação explícitos de todas as áreas das políticas públicas em relação à saúde e à equidade e pelos compromissos com o impacto de tais políticas sobre a saúde da população (BRASIL apud BUSS, 2000).

Para isso, recomenda-se que os serviços de saúde devam se voltar na direção da saúde que aponte na integralidade das ações e não somente na doença. A promoção da saúde propõe um esforço maior de pesquisa em saúde e mudanças na educação e no ensino dos profissionais. “Isto precisa levar a uma mudança de atitude e de organização dos serviços de saúde para que focalizem as necessidades globais do indivíduo, como pessoa integral que é” (BRASIL, 2001, p. 22).

Assim, concordamos que os processos educativos, na prática, possuem múltiplas faces, são dinâmicos e complexos. Os profissionais de saúde precisam superar modelos autolimitados, como os que enfocam apenas a capacidade

individual ou a mobilização social e política. Precisam desenvolver nos indivíduos a sua condição de participante da pesquisa e sua autonomia no sentido da emancipação (SMEK; OLIVEIRA, 2001).

A Promoção da Saúde, como política nacional do SUS, nos coloca desafios teóricos e estratégicos na construção de novas práticas e de compromissos públicos em torno da produção de saúde. É fundamental para essa prática analisarmos alguns de seus fundamentos, como: a equidade, a autonomia, a abordagem territorial, a participação social, a integralidade, a intersetorialidade, as redes sociais e a sustentabilidade.

Equidade

A equidade é concebida como o reconhecimento e a efetivação, com igualdade dos direitos da população, sem restringir o acesso a eles, nem estigmatizar as diferenças que conformam os diversos segmentos que a compõem. O reconhecimento das diferenças que existem na sociedade é um ponto fundamental para a compreensão do conceito de equidade (BRASIL, 2010 b).

Numa sociedade como a brasileira, com múltiplos modos de viver e construir a realidade, é essencial reconhecer que há necessidades distintas e que, para respondê-las, é preciso oferecer possibilidades de acesso às políticas públicas, às abordagens em saúde e à organização de serviços diferenciados. Ou seja, oferecer a cada um segundo sua necessidade, reconhecendo que cada sujeito é um cidadão de direitos, com graus de liberdade e autonomia (CAMPOS, 2006).

Concordamos com o autor quando refere que é exigido que as políticas públicas incorporem elementos flexíveis, capazes de permitir a adaptação de suas estratégias e ferramentas às necessidades da população em cada um dos cenários e/ou territórios em que vivem.

Abordar o conceito da equidade no contexto do SUS não é tarefa fácil, porque é exigido um aperfeiçoamento contínuo na identificação das desigualdades e nas tarefas de gestão necessárias para reduzi-las. Na temática da equidade em saúde, destacam-se duas importantes dimensões: a das desigualdades nas

condições de vida e saúde e a das desigualdades no acesso e consumo de serviços de saúde. Ambas as dimensões têm determinantes intra e extrasensoriais, geralmente cumulativos, mas que apresentam mecanismos distintos para sua superação (ALMEIDA, 2000).

Para Whitehead (1990), é necessário compreender, em cada contexto, quais são as condições sociais consideradas desnecessárias, injustas e evitáveis para que todos os sujeitos possam atingir seu potencial integral em saúde. Portanto, trabalhar as equidades em saúde significa criar oportunidades iguais para que todos tenham saúde, o que está intimamente relacionado com a distribuição dos determinantes de saúde na população (renda, habitação e outros).

Autonomia

A autonomia é uma condição que se constrói na relação com o outro, ou seja, socialmente à medida que cada um de nós se constitui como sujeito (CASTORÍADES, 1991).

É necessário reconhecer cada sujeito como um cidadão de direitos, que deve ser respeitado em sua singularidade e ouvido quanto às suas necessidades em saúde; torna-se, portanto, fundamental abordar o conceito de autonomia (BRASIL, 2010 b).

Quando falamos em autonomia, não estamos nos referindo a um processo de escolhas unicamente individuais, a um exercício de vontade puro e simples, visto que, todo o tempo, estamos imersos numa rede de relações que possibilitam e impedem, libertam e constroem as nossas escolhas e decisões (CAMPOS; BARROS; CASTRO, 2004).

Nesse sentido, trabalhar com o conceito de autonomia implica reconhecer que os modos como os participantes de uma pesquisa e coletividades elegem determinadas opções de viver e criam possibilidades para satisfazer suas necessidades e interesses envolvem forças políticas, econômicas, afetivas, culturais e sociais existentes num território. Cada sujeito, na relação com o mundo, não é (e não deve ser) passivo, todos nós reorganizamos constantemente os recursos,

saberes e ferramentas disponíveis, transformando a nós mesmos, a nossas relações e ao território em que vivemos (CAMPOS; BARROS; CASTRO, 2004).

Com foco na ampliação da autonomia, as ações de Promoção da Saúde:

- ratificam que todos os sujeitos são sujeitos do conhecimento, da reflexão e da ação;
- admitem que é preciso mais do que um saber técnico, uma verdade científica ou uma evidência médica para produzir saúde, investindo em saber dos homens por eles mesmos no momento e nas condições em que se encontram;
- investem na defesa dos direitos de cidadania, na garantia de acesso à informação qualificada no âmbito da saúde, na ampliação da capacidade de sujeitos e coletividades compreenderem, avaliarem e utilizarem as informações sobre saúde para redução dos riscos, da vulnerabilidade ao adoecer, para melhoria da qualidade de vida e no fortalecimento da participação cidadã na luta por seus direitos (WHO, 1998).

Território

O conceito de Território passou a frequentar o cotidiano das equipes de saúde na atenção básica com maior intensidade, a partir da incorporação do arranjo das equipes de referência e, em especial, da adoção da estratégia de saúde da família como política para atenção básica (BRASIL, 2002).

A Promoção da Saúde tem, no conceito de território, uma de suas principais questões e o ponto de partida metodológico para a intervenção. Este conceito tem sido fundamental para a concepção dos sistemas de saúde desde a primeira metade do século XX, possuindo diferentes leituras e embasando distintas formas de intervenção em saúde (MENDES; DONATO, 2003; OLIVEIRA; FURLAN, 2008).

Na década de 60, a partir do conceito de dano e da proposta de planejamento elaborado pelo CENDES/OPS, a questão do território foi redefinida como espaço sobre o qual se fará intervenções para monitorar e controlar

fenômenos que ameaçam a saúde (OLIVEIRA; FURLAN, 2008).

Entre 1970 e 1980, com o aparecimento de novos conhecimentos sobre a produção social de saúde e ampliação do conceito de saúde, tem-se a necessidade de compreender os processos de territorialização de uma outra forma, afirmando o território como o espaço geopolítico, em construção e desconstrução contínuas. O território passa de quadro estático, em que a vida ocorre, para um espaço vivo, em que um conjunto de necessidades, interesses, saberes se organizam e reorganizam (OLIVEIRA; FURLAN, 2008).

Santos (2005, p.105) denomina verticalidades as determinações gerais e denomina horizontalidades as determinações locais:

As horizontalidade serão os domínios da contiguidade, daqueles lugares vizinhos reunidos por uma continuidade territorial, enquanto as verticalidades seriam formadas por pontos distantes uns dos outros, ligados por todas as formas e processos sociais.

Entende-se, assim, que o trabalho no território permitiria, além da identificação, uma cartografia do espaço e da adscrição populacional, transformar e problematizar a realidade aparente do cotidiano das condições de vida das pessoas, compreender as relações e a dinâmica estando ao lado dos sujeitos na sua complexidade do produzir uma cartografia do território (DELEUZE; GUATTARI, 1997).

Representa muito mais que uma superfície geográfica, tendo um perfil demográfico, tecnológico, político e social que o caracteriza e se expressa em um território em permanente construção.

Participação social

A abordagem participativa tem sido proposta como estratégia essencial para a condução da promoção da saúde. Valoriza a contribuição das pessoas envolvidas na estratégia avaliada; fortalece o processo de *empoderamento* na obtenção de conhecimentos e desenvolvimento de habilidades na comunidade; propicia oportunidades de diálogo intersetorial; fortalece responsabilidades e oferece oportunidades para a reorientação e o aprimoramento das ações, além de fornecer

motivação para a participação constante da comunidade. A participação e o *empoderamento* na promoção da saúde demandam dedicação, coragem para rever os próprios valores, tanto da equipe avaliadora como dos participantes, conhecimento, registro e análise do contexto local e das intercorrências, além de vontade de transformar (SÁ; MOYSÉS, 2009).

É um processo complexo de diferentes atores em um espaço geográfico. Interagem os atores institucionais, sejam da esfera pública ou privada, atores organizados em torno de interesses ou de entidades e associações, participantes da pesquisa e lideranças, parlamentares e outras autoridades. Juntos, estes diferentes atores intervêm na identificação de necessidades e problemas comuns e se unem para desenhar e propor, na prática, as soluções ou ações, fortalecendo a relação comunidade/instituição e uma gestão participativa (BRASIL, 2010a).

Mesmo que se reconheça que os conflitos e dificuldades podem ser restritivos aos processos de mudança social, não se pode desconsiderar que as experiências aprendidas em relação à participação social nas três últimas décadas trazem elementos para várias reconstruções, entre elas, o conceito de democracia, de cidadania, de sujeito. Com isso, revaloriza-se o princípio da comunidade e, com ele, a ideia de subjetividade, igualdade, autonomia e solidariedade. O momento fica propício para novas práticas e criação de espaços de integração entre diversos atores. Isto implica estabelecer, contudo, compromissos de interesse público, redefinir o papel do Estado e da sociedade frente ao estabelecimento de políticas sociais e definir fóruns participativos e pactuados que sejam expressivos da diversidade de interesses e necessidades sociais (BRASIL, 2010 a).

Para tanto, se torna necessário dizer que, a partir da entrada do ACS como sendo da comunidade, ocupando um “espaço” na equipe entre o que ora é denominado “social”, ora como “cultural”, ele representa duas vozes, fortalecendo a entrada mais participativa dos usuários de uma forma mais compartilhada com a equipe.

No entanto, com todos os esforços de uma prática que valorize os coletivos, vivenciamos fragilidades quanto aos papéis que a representação dos coletivos deveria propiciar. Observamos também, na nossa experiência, a dificuldade dos indivíduos para representar os coletivos. Acredita-se muito nas políticas verticalizadas que podem ainda não responder às diferentes necessidades

de indivíduos e indicadores de uma comunidade.

Assim, os processos de trabalhos que são permeados por essas políticas necessitam de avançar em outra direção. Neste sentido, é preciso reconstruir outras formas de processos de trabalho, favorecendo o convívio entre o “velho” e o “novo” modo de agir em saúde.

Integralidade

Ao compreender a Integralidade como ferramenta produtora de uma melhor qualidade na gestão e organização do cuidado, somos convidados a ampliar nosso olhar e o uso que fazemos desse conceito. Afirmar a integralidade como atitude na relação com o outro, marcada por uma escuta atenta e pelo acolhimento dos sujeitos para além dos sentidos, é o início de um novo modo de organizar o processo de trabalho nos serviços de saúde. Nessa direção, a integralidade agrega o conceito ampliado de saúde e a intrincada rede de determinantes sociais que operam no processo de saúde-adoecimento (BRASIL, 2010a).

Trata-se de sair dos limites de uma racionalidade centrada na medicina anátomo-patológica, adotando ainda a integralidade como valor que se apresenta no modo como o profissional de saúde se relaciona com o sujeito que o procura ou com a comunidade em que trabalha (BRASIL, 2010a).

Concordamos com Cecílio (2001), quando afirma que é fundamental reconhecer que a integralidade da atenção à saúde da população não se concretiza plenamente no interior de um único serviço de saúde nem do sistema de saúde, uma vez que as necessidades em saúde envolvem a melhoria das condições de vida e a intervenção em determinantes sociais da saúde que extrapolam a governabilidade e o encargo social do setor sanitário. Assim, emerge a perspectiva de que há uma dimensão da integralidade que se estabelece pela composição de uma rede solidária e intersetorial de políticas, serviços e profissionais.

Intersetorialidade

A intersectorialidade é mais que um conceito, é uma prática social que vem sendo construída a partir da insatisfação com limites da organização setorial na abordagem dos fenômenos complexos de nossa sociedade (MENDES; AKERMAN, 2007).

De acordo com o Ministério da Saúde (BRASIL, 2007, p. 13-14, grifo nosso):

O processo de construção de ações intersectoriais implica na troca e na construção coletiva de saberes, linguagens e práticas entre os diversos setores envolvidos na tentativa de equacionar determinada questão sanitária, de modo que nele torna-se possível produzir soluções inovadoras quanto à melhoria da qualidade de vida. Tal processo propicia a cada setor a ampliação de sua capacidade de analisar e de transformar seu modo de operar a partir do convívio com a perspectiva dos outros setores, abrindo caminho para que os esforços de todos sejam mais efetivos e eficazes. O compromisso do setor Saúde na articulação intersectorial é tornar cada vez mais visível que o processo saúde-doença é efeito de múltiplos aspectos, sendo pertinente a todos os setores da sociedade e devendo compor suas agendas. Dessa maneira, é tarefa do setor Saúde nas várias esferas de decisão convocar os outros setores a considerar a avaliação e os parâmetros sanitários quanto à melhoria da qualidade de vida da população quando forem construir suas políticas específicas.

No entanto, convém sublinhar que a intersectorialidade não é o fim em si mesma, nem acontece com a simples reunião de ações setoriais específicas. A intersectorialidade exige um processo sistemático de articulação, planejamento e coordenação entre os diferentes setores da sociedade em torno de um projeto territorial comum, do qual todos sejam corresponsáveis, cogestores (MENDES; AKERMAN, 2007). A ação intersectorial, para existir, demanda um amplo processo de inclusão para a apreensão e transformação da realidade (BRASIL, 2010 b).

Mendes e Akerman (2007) referem que a mudança que a gestão intersectorial produz na metodologia de abordagem dos territórios, expressa por um trajeto metodológico que faça a leitura crítica do território, a inclusão da pluralidade dos atores e o enfrentamento das práticas e dos saberes fragmentados, é a abertura para a melhoria da gestão local. A gestão intersectorial apresenta ao gestor local as oportunidades para consolidar sujeitos políticos locais e contribuir para o desenvolvimento de uma cultura política democrática, mediante a implementação de políticas públicas comprometidas com o desenvolvimento humano.

Redes sociais

O conceito de redes vem ganhando espaço e importância entre diversos atores sociais e políticos preocupados com a gestão política pública. A palavra tem origem do latim *retis* e significa entrelaçamento de fios com aberturas regulares que formam uma espécie de tecido. A partir dessa noção de malha, a palavra foi ganhando novos significados ao longo dos tempos, passando a ser empregada em diferentes situações.

Surgiu em meados da década de 1950 e tem origem em dois fatores principais. Primeiramente, a busca em superar os limites da análise sociológica e das ciências sociais, de cunho estrutural-funcionalista que, com base nas tradicionais dicotomias – indivíduo e sociedade, ação e estrutura, objetividade e subjetividade, entre outras –, concebem a realidade social de forma estática, não sendo capazes de apreender as dinâmicas e os processos de mudanças. O segundo fator principal se refere ao desenvolvimento de métodos matemáticos não quantitativos, tais como a teoria de gráficos e a análise combinatória, adequados à necessidade de descrever ligações entre elementos de um sistema, possibilidade não contemplada pelos tradicionais métodos estatísticos. O conceito de redes sociais é polissêmico, não havendo consenso entre os autores do campo sobre sua definição, o que lhe confere concomitantemente uma grande capacidade heurística e uma baixa possibilidade analítica (MURAMOTO, 2011).

Atualmente, a utilização do conceito de redes sociais apresenta crescimento significativo em estudos de campos de saberes variados, e, especialmente, no campo da saúde. Diversos autores são unânimes ao afirmarem que a integração das pessoas em redes sociais fortes e sustentadoras pode trazer benefícios para a saúde e, ao contrário, a pobreza de relações sociais significantes se configura como fator de risco.

Ainda Muramoto (2011) refere que estudos epidemiológicos recentes assinalam que o envolvimento em uma rede social de suporte está relacionado ao aumento da sobrevivência de indivíduos após diagnóstico de doença coronariana, acidente vascular cerebral e câncer, além de diminuição da incidência de insônia, da aquisição de hábitos como tabagismo e alcoolismo e também do risco de doenças

demenciais. A interação entre os indivíduos implica reciprocidade de atenção e disponibilidade. Ocorre que, nos processos de adoecimento, os sujeitos se veem impossibilitados de responderem a essa demanda, enfraquecendo assim seus laços sociais e gerando um “círculo vicioso”: a enfermidade tende a enfraquecer os laços sociais e esse enfraquecimento pode resultar na piora das condições de saúde.

As redes sociais têm sido empregadas pelos atores coletivos dos movimentos sociais como uma possibilidade de responder às demandas de flexibilidade, conectividade e descentralização das esferas contemporâneas de atuação e articulação social.

Silva e Dalmaso (2002) afirmam que a rede é uma forma de poder conjunto de todos que a integram e só é efetivamente poder se este não se concentrar em nenhum membro em particular, ou seja, se todos estiverem dispostos a ceder informações e poder aos demais.

Enquanto política da ABS no trabalho das equipes, especialmente na Estratégia da Saúde da Família, as ações coletivas na comunidade, as atividades de grupo e a participação das redes sociais dos usuários são alguns dos recursos indispensáveis para atuação nas dimensões cultural e social (BRASIL, 2007).

Sustentabilidade

A sustentabilidade relacionada às políticas de Promoção da Saúde é especialmente importante, tendo em vista que as iniciativas desta área dirigem-se a questões de natureza complexa, envolvendo processos de transformação coletivos, com impactos a médio e longo prazo, envolve também os aspectos econômicos, sociais, políticos, culturais e ambientais (BRASIL, 2010a).

A formulação e a implementação de políticas sociais, em vários países, vêm sendo acompanhadas por uma preocupação em relação à avaliação da sustentabilidade dos processos, em outro sentido: saber se elas sobreviverão à transição dos governos que se sucedem periodicamente; saber se há possibilidade de continuar a obter recursos para o desenvolvimento das ações e saber se as ações empreendidas consolidam-se de modo a produzir mudanças significativas

podem manter os seus efeitos por um longo período (BRASIL, 2011).

Esse entendimento reforça a ideia de que há de se investir na construção de uma participação social informada e solidária de grande importância, em que haja clareza sobre as limitações físico-orçamentárias da gestão e certeza sobre a coautoria, ou cogestão nas experiências bem sucedidas. A abertura à participação, portanto, é tão importante quanto desenvolver uma sistemática de leitura do território e das necessidades locais ou inovar na busca de ações integradas. Um modelo de atuação dessa natureza diversa e plural pode agregar mais crítica, qualidade e pertinência às ações e políticas. O que, por si só, confirma a sustentabilidade destas e, também com essas mesmas características e envolto pela ideia do compartilhamento de responsabilidade e de poder, aproxima-se e vincula-se mais à noção de política pública.

2.1 Objetivo Geral

- Caracterizar e analisar as práticas desenvolvidas pelos grupos de promoção à saúde do CSE Vila Tibério, como estratégia de fortalecimento da atenção básica.

2.2. Objetivos Específicos

- 1- Descrever a dinâmica de funcionamento dos grupos de promoção da saúde, realizados no CSE Vila Tibério;
- 2- Descrever a caracterização sociodemográfica dos integrantes e seu funcionamento;
- 3- Analisar as ações desenvolvidas pelos grupos de promoção à saúde na ótica dos participantes;
- 4- Identificar e analisar os registros no CSE Vila Tibério e no nível central da Secretaria Municipal da Saúde de Ribeirão Preto, que oficializam o trabalho prático do desenvolvimento dos grupos de promoção.

3.1 Tipo de Estudo

Natureza do estudo: Trata-se de uma pesquisa descritiva com abordagem qualitativa. Consideramos como escolha um estudo qualitativo pela facilidade de identificar elementos que permitam compreender os grupos de promoção e seus benefícios para aqueles que aderem. A metodologia visa adequar e aprofundar a complexidade de fenômenos, fatos e processos particulares e específicos de grupos mais ou menos delimitados em extensão e capazes de serem abrangidos intensamente (MINAYO; SANCHES, 1993).

De acordo com Minayo (2008), a abordagem qualitativa permite compreender o universo de significados, motivações, aspirações, crenças, valores e atitudes correspondentes ao espaço mais profundo das relações, dos processos e dos fenômenos, que podem se apreendidos através do cotidiano, da vivência e da explicação do senso comum das pessoas que vivem determinadas situações.

A complexidade da realidade no campo da saúde demanda conhecimentos distintos e integrados que dialeticamente confrontam teoria e prática num fazer cotidiano que envolve um conjunto de relações sociais nas áreas de produção de ações de saúde.

3.2 Local de estudo

Foi realizado no município paulista de Ribeirão Preto. Segundo censo do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE, 2010), a população do município é de 604.682 habitantes, das quais 99,7% residem na área urbana. A população estimada para o ano 2011, segundo o Banco de Dados do Sistema Único de Saúde (DATASUS), é de 612.339 habitantes. Houve um crescimento nos últimos dez anos de aproximadamente 9.976 novos habitantes por ano. Dados do censo IBGE (2010) apontam que 48% da população é do sexo masculino e 52% do sexo feminino; a maior concentração populacional está na faixa etária de 25 a 29 anos (no censo do ano 2000, esta concentração estava na faixa etária de 15 a 19 anos), a faixa etária de pessoas com 80 anos e mais representa 1,89% da população total

(em 2000 está porcentagem era de 1,27%). A base da pirâmide populacional, que é constituída pela faixa etária de zero a quatro anos, também foi alterada, passando de 7,59 % da população total no censo do ano 2000 para 5,92% no censo 2010 (RIBEIRÃO PRETO, 2011).

A rede de atenção SUS no município, de acordo com o plano municipal de saúde 2014-2017, conta, na atenção básica, com: 31 Unidades Básicas de Saúde (UBS) e 14 Unidades de Saúde da Família (USF).

O Município é dividido em cinco regiões distritais, com áreas e populações definidas a partir de aspectos geográficos, econômicos e sociais. Esses distritos agrupam várias unidades de saúde de atendimento básico e de pronto atendimento em urgências próximo à residência.

A Secretaria Municipal de Saúde de Ribeirão Preto tem implantado, desde 1994, o Sistema de Informação para a Gestão da Saúde - Sistema Hygia. Este Sistema interliga todas as unidades de saúde e otimiza os recursos escassos, tais como: agendamento, regulação, exames, vacinas e medicamentos.

Ainda oferece informações estatísticas, epidemiológicas e sanitárias da população. É aderente à Política Nacional de Humanização de Atenção, entre outras características (RIBEIRÃO PRETO, 2014).

Esse Sistema tem construção modular e integrada (Figura 1). A versão atual do Sistema Hygia foi desenvolvida em 2007, totalmente em plataforma Web.

Figura 1- Módulos do sistema Hygia Web

A visibilidade institucional desse trabalho tem como um dos recursos a inserção do mesmo no sistema de informação adotada pela instituição e ganhará mais visibilidade se esta inserção possibilitar o repasse de recursos financeiros.

Concordamos com Andrade (2013) quando refere sobre os Sistemas de Informação que têm ocupado um espaço de relevância nas diversas atividades, cujo elemento principal é a informação e seu objetivo é armazenar, tratar e fornecer informações de tal modo a apoiar as funções ou processos de uma organização.

Como em qualquer outra atividade, no setor saúde a informação deve ser entendida como um instrumento para detectar focos prioritários, levando a um planejamento responsável e à execução de ações de que condicionem a realidade às transformações necessárias. Ainda Andrade (2013) refere que as discussões acerca da informação em saúde, na literatura disponível na base de dados Scielo no período de 1992-2012, mostra uma preocupação dos autores para com a qualidade da informação disponível e a sua utilização para a melhoria da qualidade de vida da população.

3.3 Cenário local do estudo

O Centro de Saúde Escola, onde foi desenvolvida esta pesquisa, iniciou suas atividades em 1943 com a participação da população para promoção e assistência à saúde de mulheres e crianças. No ano de 1986, o prédio foi doado a um Instituto de pediatria do município e, dez anos depois, a Prefeitura Municipal de Ribeirão Preto adquiriu o imóvel e, em junho de 1997, o local passou a ser denominado oficialmente Centro de Saúde Escola. Caracterizado como unidade básica de saúde, localizada na área do distrito central, com atendimento previsto de segunda à sexta-feira das 7:00 às 17:00 horas, responde pela assistência, ensino e pesquisa a uma população estimada de 6.769 habitantes (IBGE, 2010).

A Unidade de Saúde CSE Vila Tibério oferta consultas agendadas e atende a demandas eventuais após acolhimento em clínica médica, pediatria, ginecologia e obstetrícia e enfermagem. Também oferece cuidados de enfermagem: curativos, inalação, imunização, reeducação alimentar; pré-natal, planejamento

familiar, dentre outros.

O CSE Vila Tibério oferece, ainda, à comunidade, seja de nossa área de abrangência adscrita ou pessoas advindas de outras regiões da cidade, atividades grupais de promoção à saúde: Grupo de Dança; Grupo de Ginástica; Grupo de Artesanato; Grupo de Vivências; Grupo de Tai-chi-chuan e Grupo Comunitário de Saúde Mental (ANEXO 1).

Salientamos que o foco deste estudo está relacionado com os grupos de promoção da saúde do CSE Vila Tibério.

O local também prioriza a aproximação com outros equipamentos sociais do bairro (ONG, Igrejas, Escolas, entre outros) e, através das ações conjuntas, pode ampliar as possibilidades de atender as diversas necessidades dos indivíduos e comunidade.

Por meio de parceria com a Universidade de São Paulo, oferece campo de estágio para alunos dos cursos de Medicina, Enfermagem, Psicologia, Terapia Ocupacional e Farmácia.

Conta com uma Equipe de Saúde da Família que atualmente tem cadastrados e sob sua responsabilidade aproximadamente 2.565 pessoas, 43% homens e 57% mulheres, sendo 22,3% de hipertensos e 9% de diabéticos. Isso corresponde a uma cobertura dos usuários de 42% do território total, sendo composta, em sua maioria, de uma população adulto jovem e idosos (32%), que vivem, na sua maior parte, de aposentadoria ou sem renda, residindo sozinhos ou com familiares.

Uma característica desta população idosa é participar das atividades grupais oferecidas por este serviço. Também participam de atividades que os outros equipamentos sociais do bairro oferecem, como ginástica, teatro, bailes para terceira idade, bochas, dominó, culinária e artesanato.

3.4 Sujeitos do Estudo

3.4.1 Sujeitos que participam dos grupos de promoção de saúde e que integraram o grupo focal

Foram considerados como critério de inclusão: pessoas maiores de dezoito anos que sejam participantes dos grupos de promoção de saúde do CSE Vila Tibério, com frequência mínima de seis meses nestes grupos.

Como critérios de exclusão, foram adotados: pessoas menores de 18 anos, com deficiência intelectual e usuários da unidade de saúde que não frequentam os grupos de promoção. A média de participação nos grupos de promoção é de, aproximadamente, 20 pessoas.

O recrutamento dos participantes foi feito por meio de convite verbal.

O processo de consentimento dos participantes do grupo de promoção da saúde foi realizado por meio da leitura e explicação do TCLE (ANEXO 2) para àqueles que aceitaram o convite; a leitura foi realizada em data anterior à data prevista para o grupo focal, foi feita em pequenos grupos, nos quais os participantes puderam esclarecer suas dúvidas em relação ao termo de consentimento.

A partir do aceite do convite, nomeamos o participante como P acompanhado por um número, seguindo a ordem da aceitação, exemplo P1, que totalizou o número de dezesseis participantes.

3.4.2 Sujeito Técnico da Saúde

Ainda se constituiu como participante da pesquisa, um técnico da Secretaria Municipal da Saúde com atuação nos Sistemas de Informação, com a finalidade de fornecer subsídios para a análise dos registros de grupos de promoção da saúde. Ele atua há anos nesta área da SMS-RP, tendo uma história profissional de acompanhar o desenvolvimento do Sistema de Informação desta secretaria.

O recrutamento do participante foi feito por meio de convite verbal.

O processo de consentimento foi mediante leitura do TCLE feita pelo mesmo. Este sujeito foi nomeado como TI (Técnico de Informática).

3.5 Estratégia de Coleta de Dados

3.5.1 Grupo focal

Os dados foram obtidos recorrendo a Grupo Focal; Entrevista Semi-Estruturada e Fonte Documental.

Foi escolhida uma técnica de coleta de dados que favorece a comunicação e que também se mostrou apropriada à pesquisa qualitativa, em que se pretendesse explorar um “foco”, ou seja, um ponto em especial que pudesse também ser aplicado em tema específico, cuja finalidade é deixar emergir as diferentes decisões sobre o mesmo, quando se quer entender em profundidade um comportamento dentro de um grupo determinado (RESSEL, 2002).

A técnica do grupo focal teve origem no campo da sociologia, na década de 40, com os trabalhos de Merton e Kendall sobre a persuasão da propaganda dos esforços de guerra (MORGAN, 1988). É uma técnica de pesquisa em que a coleta de dados é realizada através da interação grupal sobre um determinado tópico selecionado pelo pesquisador. É o interesse do pesquisador que proporciona o foco, contudo, os dados por si mesmos são trazidos pela interação grupal. A regra comum é recrutar, em média, vinte por cento a mais de sujeitos, pensando nas eventuais ausências de integrantes selecionados.

Os autores, Westphal, Bogus e Faria (1996, p. 479) definem a técnica de grupo focal como uma “entrevista em grupo” que possui a conveniência de se poder “obter dados com certo nível de profundidade” mais facilmente e de modo mais rápido.

Krueger (1994) justifica a eficácia do grupo focal como recurso para avaliar a percepção dos indivíduos, pois permite flexibilidade e abertura ao indivíduo

de colocar-se a si mesmo e expressar emoções que frequentemente não emergiriam em outras formas de questionamento. Sobre a coleta de dados, o autor salienta que as questões devem ser abertas, pois os dados são de natureza qualitativa e a função do pesquisador é de moderador, observador e ouvidor, eventualmente analisando os comentários. Usando um processo indutivo, o pesquisador deriva compreensão baseada na discussão em contraposição a testar ou confirmar uma hipótese ou teoria pré-concebida.

Ao iniciarmos este estudo, escolhemos a técnica do grupo focal, pois acreditamos que iria ao encontro da vivência da prática, valorizando o trabalho dos *coletivos*. Justifica-se, assim, pela pertinência com escolha do tipo e abordagem da pesquisa.

3.5.1.1 O cuidado para o acontecer do Grupo Focal

De acordo com o critério de inclusão dos participantes da entrevista coletiva, contamos com algumas pessoas mais idosas que têm outra velocidade de entendimento e que poderiam ter alguma dificuldade de leitura e compreensão do termo de consentimento livre e esclarecido, apesar das adequações para linguagem simples de acordo com as recomendações do comitê de ética.

Optamos, então, por fazer esta leitura anteriormente à data prevista para o grupo focal, em pequenos grupos, nos quais os participantes puderam esclarecer suas dúvidas em relação ao termo de consentimento.

Esta etapa objetivou que, no momento da realização do grupo focal, estes integrantes estivessem mais tranquilos, deixando maior tempo para discussões, comentários acerca da atividade grupal e que pudessem contribuir mais efetivamente para os resultados.

Diante do convite para participação do grupo focal, que teve como objeto de discussão o trabalho de promoção à saúde, alguns integrantes, apesar de já desfrutarem desta prática, referiram não ter tempo para participar ou se recusaram por outro motivo “*não gosto de falar com o gravador ligado*”. Outros se prontificaram prontamente a participar “*mesmo se for mantido anonimato ou não, eu quero*

colaborar (P6)”.

Ainda tivemos aqueles que fizeram questão de pedir para que a entrevista coletiva não acontecesse no dia estabelecido para os grupos de promoção da unidade *“escolhe um dia que não vai coincidir com o nosso grupo (P5)”*.

Averiguamos também viagens previstas e preferência de turno (manhã ou tarde) para realização do grupo focal, visando minimizar ausências. Posteriormente, realizamos visitas domiciliares na véspera da realização dos grupos focais para reiterar o compromisso com os participantes.

Foi realizado contato com equipamento social escolhido para realização do grupo focal, para conciliar as possíveis datas e horários com a disponibilidade do local.

Para a coordenação e observação do grupo focal, contamos com quatro pós-graduandas do curso de Psicologia de Universidade de São Paulo, campus Ribeirão Preto. Cabe registrar que estes coordenadores e observadores não conheciam a unidade de saúde, porém tinham aproximação com a temática da Promoção da Saúde e Atenção Básica. Também têm experiência em participação em grupos de estudo no Campus USP- Ribeirão Preto, no Centro Brasileiro de Estudos em Saúde (CEBES) Núcleo de Ribeirão Preto, bem como participação em disciplinas da pós-graduação que tratem da temática de desenvolvimento de prática grupal.

Realizamos encontros prévios com as coordenadoras e observadoras da dinâmica do grupo focal, dialogamos sobre o projeto deste estudo, bem como sobre os seus objetivos e discutimos sobre o roteiro norteador específico do grupo focal.

3.5.1.2 Coleta de dados no Grupo Focal

A coleta de dados foi realizada após aprovação pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo e da Comissão de Pesquisa da Secretaria Municipal da Saúde (ANEXOS 3 e 4).

Os encontros ocorreram em um Equipamento Social do bairro da Vila

Tibério, próximo ao Centro de Saúde Escola. Esta escolha favoreceu o deslocamento dos participantes da pesquisa e trata-se de um ponto de referência dentro do bairro.

Os participantes do grupo focal foram divididos em dois grupos, denominados grupo focal I e grupo focal II. Como são ofertados para a comunidade vários grupos de promoção à saúde, como artesanato, dança de salão, atividade física, vivências etc., ao fazer a divisão dos integrantes de cada grupo focal, procuramos garantir a mescla dos participantes destes diversos grupos. Entendemos que esta heterogeneidade na formação do grupo focal possibilitaria uma maior diversidade de opiniões, sendo possível ouvir diferentes percepções dos grupos de promoção, o que enriqueceu o estudo.

O grupo focal I foi realizado em dois encontros, nos dias 13 e 15 de janeiro de 2015. O grupo focal II foi realizado em um encontro no dia 21 de janeiro de 2015. O número de encontros dos grupos focais foi definido na interação dos coordenadores e observadores com o próprio grupo, de acordo com a saturação do tema após partilharem o encontro. O tempo de duração de cada grupo focal foi de aproximadamente de 01 hora e 30 minutos. O grupo I contou com a participação de oito (08) integrantes no primeiro encontro e cinco (05) no segundo encontro. O grupo II contou com oito (08) participantes, em um único encontro.

Na produção das informações, foram utilizados dois instrumentos de registros, o gravador e o caderno de campo. Anotações estas referidas à própria experiência vivenciada no grupo focal; informações sobre o entrevistado, seu comportamento geral no grupo e, em particular, quanto às questões referente ao tema abordado.

Quanto ao uso do gravador, este instrumento “representa uma ampliação do poder de registro” (QUEIROZ, 1983).

A transcrição dos encontros dos grupos totalizou cem (100) páginas digitadas em espaço simples. Foi realizada a transcrição, por uma das coordenadoras dos encontros dos grupos.

3.5.2 Entrevista Semi Estruturada

O recurso de entrevistas semi estruturadas, como material empírico privilegiado na pesquisa, constitui uma opção teórico-metodológica que está no centro de vários debates entre pesquisadores das ciências sociais. Em geral, a maior parte das discussões trata de problemas ligados à postura adotada pelo pesquisador em situações de contato, ao seu grau de familiaridade com o referencial teórico-metodológico adotado e, sobretudo, à leitura, à interpretação e à análise do material recolhido (construído) no trabalho de campo.

Para Queiroz (1988), a entrevista semi estruturada é uma técnica de coleta de dados que supõe uma conversação continuada entre informante e pesquisador e que deve ser dirigida por estar de acordo com seus objetivos. Desse modo, da vida do informante só interessa aquilo que vem a se inserir diretamente no domínio da pesquisa. A autora considera que, por essa razão, existe uma distinção nítida entre narrador e pesquisador, pois ambos se envolvem na situação de entrevista movida por interesses diferentes.

Esta ferramenta, segundo Triviños (1994), é uma das melhores formas de coleta de dados, pois o informante pode seguir espontaneamente a linha de seu pensamento e de suas experiências dentro do foco principal colocado pelo investigador, participando, assim, na elaboração do conteúdo da pesquisa.

Na utilização da entrevista semi estruturada, o autor relata que, além de se valorizar a presença do investigador, são oferecidas todas as perspectivas possíveis para que o entrevistado alcance a liberdade e a espontaneidade, enriquecendo a investigação.

A entrevista semi estruturada com o TI foi realizada com horário e local previamente agendados, conforme preferência do entrevistado. Este indicou que o local fosse o CSE Vila Tibério (ANEXO 5). O tempo de duração foi de, aproximadamente, 01 hora e 10 minutos. A transcrição desta entrevista totalizou 22 páginas e foi realizada por um estudante de graduação do curso de Odontologia da Universidade Estadual Paulista - UNESP e revisada pela pesquisadora.

3.5.3 Fonte documental

LUDKE E ANDRÉ (1986, p.39) recomendam a análise documental em algumas situações, seja para desvelar novos aspectos de um problema, ou de um tema, seja para complementar as informações obtidas por outras técnicas. São considerados, ainda, pelos autores que “quaisquer escritos que possam ser usados como fonte de informação sobre o comportamento humano [...] estes incluem desde leis e regulamentos, normas, pareceres, jornais, revistas, estatísticas.” Ainda, estes autores recomendam que o uso desta estratégia também possa ser fundamentada “quando o acesso dos dados é problemático, seja porque o pesquisador tem limitações de tempo e deslocamento, quando se pretende ratificar e validar informações, [...] nossa confiança em que os resultados reflitam mais o fenômeno em que estamos interessados”.

Como documentos, recorreremos aos cadernos dos últimos dois anos (ANEXO 6), elaborados pelos ACS que coordenam os respectivos grupos, que registram a presença dos participantes nos diversos grupos de promoção à saúde, bem como os temas abordados nos encontros.

3.5.4 Análise dos dados

MINAYO (2008) refere que a expressão mais comumente usada para representar o tratamento dos dados de uma pesquisa qualitativa é a análise de conteúdo. No entanto, o termo significa mais do que um procedimento técnico. Faz parte de uma histórica busca teórica e prática no campo das investigações sociais. A análise dos dados será efetuada através de análise de conteúdo na modalidade de análise temática, que consiste em apreender os núcleos de sentido que compõem uma comunicação, para descobrir as unidades de significação presentes nas respostas dos participantes pesquisados.

A técnica da análise de conteúdo compreende algumas fases. A pré-análise, que possui como missões: a escolha dos documentos que serão

submetidos à análise e a formulação de indicadores que fundamentam a interpretação final. Na pré-análise, organizamos o material, num período de intuições, que tem por objetivo sistematizar as idéias iniciais e torná-las operacionais, de modo a conduzir-nos a um esquema de desenvolvimento das operações sucessivas, num plano de análise.

A pré-análise é dividida em três etapas, a saber:

- ✓ A leitura flutuante, que consiste em estabelecer um contato com os documentos, deixando-se invadir por impressões, ou como refere Minayo (2008), deixando impregnar-se pelo conteúdo.
- ✓ A construção do corpus, que é a organização do material, de forma que responda às normas de validade. Para tanto, a sua constituição implica, muitas vezes, em escolher, selecionar e definir regras, tais como a exaustividade (que contenha a representação do universo pretendido), a homogeneidade (que obedeça a critérios precisos de escolha de temas, técnicas e interlocutores) e a pertinência (os documentos analisados devem ser adequados ao objetivo do trabalho).
- ✓ A formulação de pressupostos e objetivos, em que se determina a unidade de registro (palavra-chave ou frase), a unidade de contexto (delimitação do contexto de compreensão da unidade de registro), os recortes, a categorização, a codificação e os conceitos teóricos mais gerais que orientarão a análise.

A próxima fase, denominada como exploração do material, consiste na operação de codificação, transformando os dados brutos para alcançar o núcleo de compreensão do texto. Nesta fase, trabalha-se, inicialmente, com recorte do texto em unidades de registro, que podem ser uma palavra, uma frase, um tema, um personagem ou um acontecimento, tal como foi estabelecido na pré-análise.

Nesta última fase realiza-se o tratamento dos resultados obtidos e a interpretação: os resultados brutos são tratados de forma a se apresentarem significativos e válidos.

A opção desta escolha da análise de conteúdo se deu por entendermos que os participantes do estudo terão possibilidade de discorrer sobre o tema proposto de maneira flexível, possibilitando uma leitura mais subjetiva.

A análise de conteúdo proposta por Bardin (1977) foi a técnica utilizada para sistematizar os dados qualitativos. Esta técnica é definida da seguinte forma:

Um conjunto de Técnicas e Análise das Comunicações visando obter por procedimentos sistemáticos e objetivos de descrição dos conteúdos das mensagens, indicadores (quantitativos ou não) que permitam a inferência de conhecimentos relativos às condições de produção-recepção variáveis inferidas destas mensagens (BARDIN, 1977, p. 42).

Formalmente, a análise de conteúdo desenvolveu-se no início deste século, nos Estados Unidos, destinada a interpretar essencialmente material jornalístico, com o rigor científico. No início, a análise de conteúdo apresentava um caráter estritamente quantitativo, uma vez que utilizava o cálculo da frequência com que determinados elementos apareciam nos textos para chegar à inferência (BARDIN, 1977).

No período de 1950-60, começaram a despertar novas perspectivas metodológicas, marcando o início do que foi chamado de uma segunda juventude para a análise de conteúdo. A etimologia, a história, a psiquiatria, a psicanálise e a linguística juntam-se à sociologia, à psicologia, à ciência política e ao jornalismo, para debater essas novas perspectivas.

Em relação ao plano metodológico, acirra-se o debate entre a abordagem quantitativa e a qualitativa. Na análise quantitativa, os procedimentos visam alcançar a “cientificidade”, através da frequência com que surgem determinadas características do conteúdo. Na análise qualitativa, é levada em consideração a presença ou ausência de determinadas características de conteúdo ou de um conjunto de características, num determinado fragmento de mensagens. Os defensores das técnicas qualitativas colocam em xeque a análise frequencial como critério de objetividade e cientificidade e demonstram a preocupação em se atingirem, através da inferência, interpretações mais profundas (BARDIN, 1977).

3.5.5 Aspectos Éticos

O estudo foi encaminhado para a Comissão de Pesquisa da Secretaria Municipal da Saúde para autorização e desenvolvimento do projeto. Após

autorização da Secretaria Municipal da Saúde, o projeto foi submetido ao Comitê de Ética em Pesquisa da Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, conforme preconiza a Resolução 466/12 do Conselho Nacional de Saúde/Ministério da Saúde.

Tendo em vista a necessidade dos participantes de compreenderem a realidade que os cercam, procedemos o esclarecimento sobre os objetivos e as repercussões da pesquisa. Após a apresentação da proposta de trabalho, solicitamos a assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido para participação da pesquisa. Foi garantido o sigilo das informações e da identidade dos participantes do estudo.

4.1 Os grupos de Promoção da Saúde do CSE Vila Tibério

Os grupos de Promoção da Saúde do CSE Vila Tibério iniciaram no ano 2000 juntamente com o cadastro da equipe de saúde da família, denominado na ocasião como Núcleo de Saúde da Família II pelo convênio da Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto (FMRP-USP-SP), diferente do cadastro atual, credenciado pela Secretaria Municipal da Saúde de Ribeirão Preto-SP. Nesse momento, iniciava a inclusão das famílias com seus membros nas diferentes faixas etárias e não só atendimento de crianças e de mulheres como era caracterizado no **Posto de Puericultura**, em conformação com propostas anteriores de Atenção.

A partir da incorporação da Estratégia da Saúde da Família, com a presença do ACS na comunidade e participação efetiva do usuário, a Unidade de Saúde CSE Vila Tibério começa a ofertar novas práticas como portas de entrada ampliando o “*cardápio de ofertas*” de serviços tradicionalmente já estabelecidos.

Atualmente são ofertados grupos de:

- ✓ Dança (segunda-feira)- cujo objetivo não é a técnica da dança e, sim, o exercício da socialização das pessoas através da dança. Os integrantes também são motivados a participar de atividades fora da unidade que contemplem esta prática, como, por exemplo, participar em bailes nos clubes.
- ✓ Artesanato (terça-feira)- a prioridade não é a produção material, mas ensinar e compartilhar conhecimentos sobre os diferentes tipos de trabalhos manuais. Este grupo promove um bazar no final do ano buscando atingir a economia solidária para a própria sustentação.
- ✓ Descontração em Saúde (quarta-feira)- socialização com música, canto e poesias. Este grupo se estende para outros eventos, como o Grupo Comunitário de Saúde Mental, conferências, congressos e outras unidades de saúde. Diferentes pessoas sem conhecimento musical participam, executando a percussão instrumental no grupo.
- ✓ Tai-chi-chuan (mensal)- Complementação da atividade ofertada em um equipamento social do bairro. O coordenador é o atual vice-presidente do Conselho Local de Saúde.

- ✓ Grupo comunitário de Saúde Mental (bimestral)- é parte de um trabalho maior coordenado por um docente da Universidade de São Paulo que atua como coordenador juntamente com uma ACS. Neste espaço, integram pessoas de vários grupos de promoção da saúde, incluindo pessoas de diferentes regiões da cidade.
- ✓ Ginástica localizada (terça e quinta)- oferece atividade física monitorada por um técnico Educador físico, vinculado ao curso de Aperfeiçoamento junto ao programa de Hipertensão Arterial da SMS. Vale registrar que, casualmente, é realizado em espaço aberto localizado em um parque do bairro.

Os grupos se baseiam na construção coletiva do cuidado, quando os profissionais do serviço e os usuários definem juntos “como será o caminhar das atividades”. O ACS tem papel muito importante na divulgação e vinculação da comunidade a estes grupos, além de atuar como coordenador do grupo de Promoção em parceria com outro profissional do serviço (enfermagem), ambos incentivando e otimizando os recursos disponíveis de acordo com o interesse dos integrantes dos grupos, favorecendo o desenvolvimento de habilidades pessoais e sociais.

O acesso aos grupos é definido pela disponibilidade do cidadão de participar, segundo os horários já estabelecidos para as atividades e, portanto, os integrantes podem ou não residir na área de abrangência do CSE Vila Tibério.

O convite pode ser realizado por funcionário da unidade durante um atendimento, seja ele da equipe de enfermagem, médico, oficial administrativo, limpeza, agente comunitário de saúde, sem critérios pré-estabelecidos. O convite acontece sempre que se identifica um potencial para que esta atividade possa contribuir para o restabelecimento de necessidades afetadas do usuário. Cabe ressaltar que o ACS, pela proximidade da população e por ter conhecimentos das necessidades dos indivíduos e família, consegue mobilizar um maior número de participantes para os grupos de promoção.

Outro canal importante deste convite a participar dos grupos de promoção é através dos próprios participantes desses grupos, os quais se utilizam da satisfação de sua própria experiência como convencimento para a participação.

Percebemos que o aceite ao convite se dá, predominantemente, pelos

clientes que têm dificuldade de socialização, reclamam da solidão, inatividade e sem qualquer atividade de lazer.

O caminhar desses grupos ocorre pela interação e percepção dos participantes quanto ao interesse de permanecer com certa atividade ou modificá-la em algum momento. Trabalham com necessidades emergentes e que vão se alterando com o movimento do próprio grupo. O vínculo e o respeito entre os participantes dos grupos de promoção faz com que este movimento não seja desrespeitoso.

A equipe de funcionários da unidade trabalha na perspectiva de facilitação em relação às modificações propostas pelos participantes do grupo, evitando práticas autoritárias, impositivas, prevalecendo a construção coletiva, através dos interesses dos participantes.

O ACS faz o papel de coordenação tendo como responsabilidade a organização física do local, a vinculação deste trabalho com a unidade de saúde e, em alguns momentos, a solicitação da contribuição do conhecimento de um núcleo específico de outro membro da equipe e/ou de colaboradores da universidade para complementar o cuidado. Inserimos temas de prevenção de doenças, patologias específicas, campanhas sazonais, sempre atendendo as dúvidas e expectativas geradas pelo próprio grupo. Geralmente essa atividade ocorre em encontros pontuais sem ocupar o tempo todo de ocorrência do grupo naquele dia.

O espaço físico utilizado para a realização dos grupos de promoção foi reformado, é amplo e conta com melhorias como climatização, favorecendo os fatores positivos para a ambiência. O local apresenta espelhos na parede e armários amplos, que atendem as diferentes estratégias de cada grupo para a realização das atividades coletivas de promoção à saúde.

As reformas estruturais atendendo a adequação deste espaço tiveram um processo participativo importante junto ao Conselho Local de Saúde. Se pensarmos a ambiência construída conceitualmente junto à PNH, entendemos que ela também tem uma aposta ética-estética-política.

Ética, no sentido do comprometimento e co-responsabilidade dos gestores, trabalhadores e usuários. Estética, porque inova na produção e valorização das subjetividades e da autonomia, procurando no protagonismo a descrição desta. Política, porque permeia a inter-relação destes três atores no

processo de produção de saúde.

Existem componentes que atuam como modificadores e qualificadores do espaço, estimulando a percepção ambiental e, quando aplicados com equilíbrio e harmonia, criam ambiências acolhedoras e dão à Cartilha da PNH, muitas vezes, contribuições significativas no processo de produção de saúde (BRASIL, 2004).

4.2 Caracterização dos sujeitos

4.2.1 Sujeitos que participam dos grupos de Promoção da Saúde e integraram o Grupo Focal

Dos sujeitos que participam dos grupos de promoção da saúde e integraram o grupo focal, 93,75% foram constituídos pelo sexo feminino e 6,25% do sexo masculino.

Figura 2- Distribuição percentual, segundo o sexo dos participantes do grupo focal

De acordo com Bruschini (1998), nunca é demais repetir que a manutenção de um modelo patriarcal segundo o qual cabe às mulheres sobretudo as atividades reprodutivas, como os cuidados com a casa, família e atividade socializadora. O Brasil passou por mudanças demográficas, culturais e sociais que provocaram a transformação da composição das famílias. Estas se tornam cada vez menores ao mesmo tempo em que aumentou o número de famílias chefiadas por

mulheres, como consequência do maior contingente de viúvas, do aumento das separações e das novas formas de coabitação.

Apesar de identificarmos a realidade apresentada acima, concluímos que, apesar do exposto, as mulheres não deixaram de participar dessas atividades grupais. O vínculo estabelecido é um forte componente para adesão e manutenção desses grupos.

Embora deparemos-nos com a maioria de pessoas aposentadas, 43,75%, concordamos com a autora (BRUSCHINI, 1998), quando refere sobre profissão, que, na grande maioria, as mulheres exercem atividade profissional autônoma (mais de 65%, na década de 90), trabalham por conta própria no domicílio, seja porque não conseguem emprego no mercado de trabalho ou porque preferem a atividade domiciliar como estratégia conveniente para conciliar a atividade econômica com as domésticas.

Nesta perspectiva, também nos deparemos com 31,25 % de mulheres que trabalham como autônomas, dado que vai ao encontro à realidade do país. O dados finais desta categoria apresentam que 25% se referem às mulheres que ainda estão contratadas e com atividade remunerada.

Isto nos fazer pensar que essas mulheres conseguem conciliar o trabalho com a participação nos grupos, portanto, esta atividade grupal de promoção a saúde tem tido significado para elas e, assim, sinaliza terem priorizado esses encontros na agenda diária de cada uma delas.

Figura 3- Distribuição percentual, segundo a idade dos participantes do grupo focal

Em relação à faixa etária predominante, encontramos 68,7% pessoas maiores de 60 anos e com idade limite superior de 75 anos.

Os gastos com saúde tendem a aumentar progressivamente com o envelhecimento populacional, agravando os desafios de promoção da equidade. Como cuidar da parcela mais pobre, com maiores comorbidades e maior incapacidade, através de uma abordagem diagnóstica, terapêutica e de reabilitação adequadas? Grandes gastos não garantem, em si, a melhoria da qualidade de vida dos idosos, sendo necessário trabalhar para a mudança nos princípios que regem a atenção à sua saúde. O aumento da expectativa de vida traz como consequência uma necessidade de mudança no modelo clínico-assistencial e na formação profissional (MOTTA, 2007).

Quanto à escolaridade dos participantes, 37,5% possuem ensino fundamental, 43,8% ensino médio completo e 18,7% ensino superior completo.

Figura 4 - Distribuição percentual, segundo a escolaridade dos participantes do grupo focal

Conforme destaca Bruschini (1998), são as mulheres que têm nível superior de ensino (15 anos ou mais) as mais ativas, com uma taxa de mais de 80%, em 1995, quase o dobro da atividade feminina em geral.

Sobre o tempo de participação nos grupos de promoção, encontramos 02

a 05 anos (56,3%). Em outra faixa, 06 a 09 anos, 31,2% e, ainda nos grupos, encontramos pessoas com inserção há mais de 09 anos (12,5%).

Figura 5 - Distribuição percentual, segundo o tempo de participação nos grupos de promoção da saúde dos participantes do grupo focal

Analizamos que esse dado possibilitou a reflexão sobre a construção de vínculos que proporcionaram adesão, o que favoreceu a manutenção dos grupos.

Ainda que esses encontros e atividades tenham respondido a alguma necessidade de saúde dos participantes, essa permanência pode revelar que esses espaços se constituem bons encontros, principalmente porque esta participação é de caráter voluntário.

Segundo Merhy (2002), a ferramenta que permite a produção de relações envolvidas no encontro trabalhador-usuário mediante a escuta, o interesse, a construção de vínculos de confiança, é a que possibilita mais precisamente captar a singularidade, o contexto, o universo cultural, os modos específicos de viver determinadas situações por parte do usuário, enriquecendo e ampliando o raciocínio clínico do médico. Os processos produtivos nesse espaço só se realizam em ato e nas intercessões entre médico e usuário. É neste território que a ética do exercício profissional e os saberes sobre a relação médico-paciente adquirem importância, evidenciando a relevância do trabalho vivo do médico nesse momento. É também neste território – das relações, do encontro, de trabalho vivo em ato – que o usuário tem maiores possibilidades de atuar, de interagir, de imprimir sua marca e de também afetar. As tecnologias envolvidas na produção desse encontro chamamos de tecnologias leves.

Sobre o acesso para participação nos grupos de promoção, encontramos

62,50% residentes na área de abrangência adscrita da unidade de saúde e 37,50% moradores de outros territórios.

Sobre acesso, concordamos com Donabedian (1990) quando descreve que é a capacidade do paciente obter, quando necessitar, cuidado de saúde, de maneira fácil e conveniente. O estudo de acessibilidade favorece apreender a relação existente entre as necessidades e aspirações da população, em termos de ações de saúde e de oferta de recursos para satisfazê-las.

Destacamos que, quanto ao aumento da oferta de acesso, os grupos de promoção provocam outra produção de serviços e mudança no processo de trabalho naquele local. Assim, a possibilidade dessa oferta vem favorecendo a construção ou mesmo lançando a cultura de que saúde também se faz com outros recursos além daqueles mais ofertados e procurados, como consultas e procedimentos técnicos. Vale lembrar que nesta unidade de saúde, diariamente, circulam estudantes de diferentes cursos da área da saúde, o que pode contribuir para a formação destes futuros profissionais em relação à prática de promoção de saúde na perspectiva aqui apresentada.

4.3 Unidades Temáticas

A Promoção da Saúde como política nacional do SUS coloca-nos desafios teóricos e estratégicos na construção de novas práticas.

A partir do referencial teórico proposto, passamos a analisar como os fundamentos da promoção da saúde estavam presentes na ótica dos participantes do grupo focal e nesse movimento de articular o referencial teórico e os depoimentos dos participantes do grupo focal, elegemos a categoria empírica modelo de assistência e esta foi sustentada a partir de unidades temáticas que emergiram da análise, sendo elas integralidade, participação social, sustentabilidade, intersetorialidade e equidade.

Figura 6- Unidades temáticas e categoria empírica.

4.3.1 Modelo Assistencial

Em 1975, definiu-se um Sistema Nacional de Saúde em que as atividades de saúde pública continuavam desarticuladas da assistência médica individual. Esta década foi marcada por evidências dos limites da biomedicina. Uma dessas evidências foi quanto à pouca efetividade da ação da biomedicina no enfrentamento dos problemas de saúde gerados pelo processo acelerado de urbanização. Esse foi um processo que ocorreu concomitantemente em vários países desenvolvidos. Doenças psicossomáticas, neoplasias, violência, doenças crônico-degenerativas e novas doenças infecciosas desafiavam a abordagem centrada em características individuais e biológicas do adoecer (MOROSINI, 2007).

Ainda o autor refere que outro ponto que evidência dos limites da biomedicina é que, quanto mais cara, maior é a dificuldade de acesso para as populações com condições econômicas precárias, cujas demandas são as maiores dos serviços de saúde. Chamamos isso de iniquidade na distribuição da oferta e dos benefícios do sistema de saúde. Do ponto de vista tecnológico, ocorreu um

predomínio no uso das chamadas tecnologias duras (dependem do uso de equipamentos) em detrimento das leves (relação profissional-paciente), ou seja, prima-se pelos exames diagnósticos e imagens fantásticas, mas não necessariamente que cuide dos pacientes em seus sofrimentos. Entretanto, a biomedicina tornou-se o modelo hegemônico na prestação de serviços de saúde no Brasil e em muitos países do mundo.

Construir um modelo diferente de atuação seria romper com esta lógica, não no sentido de negar a intervenção terapêutica, mas buscar ações complementares entre equipes de saúde, usuários e sociedade, na perspectiva de transformá-los em agentes ativos do processo, com consciência dos seus direitos de cidadania (PEREIRA, 1996).

Segundo Paim (2003 p. 568), 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" dentro da oferta do SUS. Considero a relevância do trabalho de grupo enquanto fortalecimento das ações de um novo modelo assistencial.

Ao traçar um paralelo sobre um modelo assistência que inclua a promoção da saúde, pode-se comparar às práticas integrativas complementares, no tocante ao apontamento feito nos mais diversos espaços de discussão do cenário da saúde no Brasil, pela Professora Dra. Madel Luz: "[...] saíram da marginalidade e entraram na periferia do sistema..." (SOUSA, 2014, p. 142).

A partir da década de 1980, várias experiências de governo originaram correntes técnico-políticas, que contribuíram sobremaneira na avaliação do que vinha sendo feito e na sugestão de elementos importantes na organização de modelos assistenciais coerentes com as escolhas técnicas, éticas e políticas daqueles que queriam a universalização da saúde. Vários municípios organizaram, na rede de atenção primária, formas diferentes de atendimento que visaram responder necessidades dos usuários e, que na nossa prática, identificamos como práticas paralelas ou complementares, mas não substitutivas.

Nessa perspectiva identificamos, no trabalho dos diferentes grupos de promoção a saúde do CSE Vila Tibério, novas formas que trazem aproximação e afetuosidade na construção social que vivemos.

[...] a ACS passa lá em casa e pergunta como tá as coisas [...] tudo. É muito bom [...] eu adoro (P09).

Este integrante do grupo refere o trabalho do ACS como uma relação de afeto, carinho, dando visibilidade para uma ação de saúde ampliada.

Então, voce tá ali no grupo [...] são pessoas que gostam de você [...] quer saber como você está. Então, eu acho que ali é como se fosse um grupo de saúde mesmo, né? [...] (P04).

Na mesma perspectiva, outro integrante define a relação de amizade e solidariedade como uma construção para a saúde dos membros.

Pouco a pouco, parece surgir a possibilidade de trazer aos serviços e à própria lógica de gestão setorial o componente mais subjetivo dos usuários.

[...] sabe que acho: qualquer governo precisa investir nisso [...] nos grupos. Isto precisava ter em todos os postos de saúde, porque quantas pessoas aqui diminuiram seus remédios, as muitas idas em consulta médica [...] porque a pessoa melhora e sai mais barato [...] precisa criar esta cultura [...] (P04).

Sabemos que hoje é possível falar em integralidade, humanização e qualidade da atenção, segundo os valores de compromisso com a produção de atos de cuidar de indivíduos, coletivos, grupos sociais, meio, coisas e lugares. Embora muitas formas de modelagem permaneçam intactas, parece estar emergindo um novo modo de tematização das estratégias de atenção e gestão no SUS e de formação dos profissionais de saúde pela educação permanente em saúde, pelo menos no que diz respeito à modelagem dos “corações e mentes”.

4.3.2 A promoção da saúde e sua potência para produzir práticas na perspectiva da integralidade da atenção

A diretriz do SUS que mais confronta com o modelo hegemônico do

sistema é a integralidade, que pode ser definida como uma bandeira de luta do sistema de saúde. Envolve o ato de cuidar das pessoas por meio de ações coesas e interligadas e o incentivo às práticas de promoção de saúde e prevenção de agravos, sem prejuízos das práticas assistenciais (SOUZA et al., 2012).

Imaginamos que a integralidade começa pela organização dos processos de trabalho na atenção básica, onde a assistência deve ser multiprofissional, com o desenvolvimento de práticas interdisciplinares, operando através de diretrizes como a do acolhimento e vinculação de clientela. A equipe se responsabiliza pelo seu cuidado. Este é exercido a partir dos diversos campos de saberes e práticas, onde se associam aos da vigilância à saúde e dos cuidados individuais. Pretende-se recuperar o valor que têm os atos assistenciais fundantes da clínica. A propedêutica é um dado projeto terapêutico cuidador, na rede básica de assistência à saúde deve ser levada ao limite das suas possibilidades, deixando os exames de maior complexidade para a função real de apoio ao diagnóstico (FRANCO; MAGALHÃES JÚNIOR, 2004).

A integralidade funciona com base nos projetos terapêuticos, ou seja, como conjunto de atos assistenciais pensados para resolver determinado problema de saúde do usuário, com base em uma avaliação de risco. O risco não é apenas clínico, é importante enfatizar isto, ele é também social, econômico, ambiental e afetivo, ou seja, um olhar integral sobre o problema de saúde vai considerar todas estas variáveis na avaliação do risco. Com base no risco, é definido o projeto terapêutico e, a partir dele, o trabalhador de saúde vai orientar o usuário a buscar na rede de serviços os recursos necessários ao atendimento a sua necessidade (PESSÔA, 2011).

O mesmo autor refere que para montar as linhas de cuidado integral é necessário o envolvimento de todos os que, de alguma forma, devem estar implicados com o cuidado em saúde. É necessário, ainda, identificar a rede de serviços de saúde; definir e priorizar quais linhas de cuidado integral serão montadas; realizar as oficinas de trabalho com todos aqueles implicados com determinado segmento de cuidado e, nesta oficina, produzir os pactos, definir os fluxos de cuidado aos usuários e mapear todas as possibilidades de acesso aos serviços.

A linha de cuidado integral pode se formar dentro de uma Unidade de

Saúde, por exemplo, em Unidade Básica, Policlínica ou Hospital, ou pode ser referenciada regionalmente. Sua dimensão vai depender de que recursos ela alcança nos fluxos que foram pactuados e onde estão estes recursos. Se há uma dimensão regional para a rede de saúde, a linha pode ter o alcance locorregional. Não há um limite predefinido, a realidade de cada local e as pactuações desenvolvidas vão definir sua dimensão.

[...] preciso ir ao grupo, porque só o fato de estar lá, esta troca de energia...já ajuda bastante [...] (P15).

Na expressão acima, a usuária afirma que, de certa forma, existe a oportunidade de troca de experiências entre os participantes do grupo frente a sua necessidade.

Ayres (2001) afirma que se entende o sujeito como um ser real, que produz sua história e é responsável pelo seu *devoir*.

[...] esses grupos são de troca, sabe, eu levo alguma coisa e também trago alguma coisa [...] (P06).

A integralidade está presente no encontro, na conversa, no reconhecimento, além das demandas explícitas, das necessidades de saúde dos cidadãos. Como modo de organizar as práticas, exige-se certa horizontalização dos programas; esta permite o desenvolvimento de conjunto de atividades coletivas junto à comunidade, onde o participante, na vivência dos grupos de promoção, torna-se um sujeito ativo na satisfação de suas necessidades.

[...] olha, participar dos grupos me tirou da solidão, que me incomoda. Eu gosto de ter companhia [...] (P05).

[...] muitas vezes você tá muito para baixo sem ânimo para nada, chega no grupo, você vê que tem gente pior e você volta para casa muito bem [...] (P15).

A horizontalização deste trabalho nos remete à produção de vínculo e isso nos faz refletir sobre a responsabilidade e o compromisso. Entendemos, pelos fragmentos dos depoimentos, que as pessoas valorizam o exercício da

comunicação, do estar junto e da socialização das experiências. Com isso, asseguram o caminho para potencializar a efetividade das ações de produção da saúde na medida em que permite reestruturação contínua dos serviços e da equipe de saúde com foco nas mudanças dos modos de viver e das necessidades em saúde de um território.

O conjunto desses fragmentos de fala nos permite sinalizar que os integrantes se apropriaram da decisão de estar nos grupos de promoção de saúde da CSE Vila Tibério.

Na nossa experiência, considerando que a integralidade ainda é um conceito em construção, se faz importante a reorganização do processo de trabalho, deslocando seu eixo central do médico para uma equipe multiprofissional. Observamos que este processo de trabalho tem mais visibilidade na atuação, principalmente, do ACS e do Enfermeiro, incluindo a dinâmica de reuniões com planejamento das ações, viabilidade de propostas e avaliação dos resultados das novas reconstruções em equipe na prestação do cuidado.

A análise dos dados sobre o desenvolvimento dos grupos de promoção de saúde nos sinaliza o reconhecimento dos usuários na (re)construção de práticas de saúde em uma perspectiva que vai além da lógica do modelo hegemônico, biologicista. Reconhecemos que esta perspectiva ampliada do processo saúde doença, onde o poder de dominação sobre o usuário e a consideração pelo desejo de vida dele ainda é incipiente ou mesmo, como diz a Profa Dra Madel Luz, são atributos, na produção da saúde, que saíram da marginalidade e se encontram na periferia, ainda longe de ocupar o centro das práticas de atenção. Enfim, estamos aqui reforçando que esta prática no CSE Vila Tibério tem tido mais visibilidade na prestação dos cuidados ofertados aos usuários pelos ACS e pelos enfermeiros. É possível dizer que essa conformação também aparece na prática de alguns dos profissionais de enfermagem do nível médio e de outros profissionais de nível universitário e, até mesmo, nos graduandos dos diversos cursos da área de saúde.

Ao trazer essas considerações, estamos apontando que esses grupos poderiam ou mesmo deveriam ser incluídos na programação dos trabalhadores e estudantes da saúde, com vistas a terem oportunidades de refletir sobre o processo saúde e doença e, ainda, sobre sua prática profissional.

4.3.3 A promoção da saúde e sua potência para produzir práticas na perspectiva da participação social

A participação social é compreendida como o envolvimento dos atores diretamente interessados, membros da comunidade e organizações afins, formuladores de políticas, profissionais de saúde e de outros setores e agências nacionais e internacionais no processo de eleição de prioridades, tomada de decisões, implementação e avaliação das iniciativas (WHO, 2001).

É importante conhecer os mecanismos concretos em instâncias de participação existentes, tais como conselhos e fóruns, como os de discussão de orçamento, bem como a atenção dada pela administração aos canais de comunicação e diálogo e a possibilidade das políticas serem pactuadas e não traçadas exclusivamente pelo Poder Executivo (SÍCOLI, 2003).

[...] há muitos anos queriam fechar o posto [...] foi então que começamos a luta para que ele não fechasse [...] (P14).

[...] voce não sabe o trabalho que deu pra gente conseguir aquela reforma [...] (P14).

O participante acima retrata dois momentos importantes onde a comunidade, em parceria com os profissionais de saúde do local, definiu prioridades em outras instâncias e participou da tomada de decisões.

A descentralização da saúde, uma das diretrizes do SUS prevista na constituição de 1988 (BRASIL, 1988), criou condições para a participação social e, na nossa experiência prática há mais de duas décadas de atuação na rede de atenção básica, isto se intensificou a partir da criação das equipes de saúde da família no nosso município. O ACS vem contribuindo para conformação de outra realidade, através do cadastramento das famílias que pretende reunir informações sobre os aspectos sociais, culturais, sanitários e econômicos do modo de vida da população, restabelecendo um novo tipo de relacionamento entre usuários, profissionais e serviços.

No CSE da Vila Tibério, o Conselho Local de Saúde existe há mais de uma década, sendo que a última eleição se deu no mês de abril de 2015 (RIBEIRÃO

PRETO, 2015).

[...] o trabalho é do pessoal do posto... mas o conselho local de saúde, então, é...muito respeitado...entendeu? Acho isso muito importante (P14).

Ressaltamos, ainda, que a participação ativa da população é destacada como um meio essencial para operacionalizar a promoção de saúde.

[...] quando a gente começa a participar, começa a caminhar na vida [...] (P06).

A citação acima é de um usuário com necessidades especiais que, após vivenciar o conhecimento em saúde ampliada, aumentou a capacidade de controle e perspectiva de mudança e, depois disso, mobiliza pessoas para a participação nos grupos de promoção à saúde e para os processos de participação e controle social.

4.3.4 A promoção da saúde e sua potência para produzir práticas na perspectiva da sustentabilidade

Sabe-se que a noção de sustentabilidade vem sendo construída em terreno cheio de controvérsias, diante de diversas matrizes discursivas.

O desenvolvimento sustentável pressupõe considerar a viabilidade econômica e ambiental das ações e iniciativas.

É possível perceber que, já na década de 1980, Sachs (1980), economista polonês referido como ecosócioeconomista, chamou atenção para necessidade de reflexão, de maneira mais profunda e efetiva, sobre o problema da falta de sustentabilidade socioambiental no desenvolvimento das sociedades capitalistas, evidenciando que essa sustentabilidade deveria ser construída socialmente e ancorada em uma nova forma de pensar a vida em sociedade.

A sustentabilidade compreende uma dupla perspectiva, aquela articulada ao desenvolvimento sustentável e a referida à continuidade das políticas, a qual procurou ser trabalhada em termos da continuidade administrativa e da retroalimentação pela população, que, ao identificar respostas a demandas locais e

reconhecer os impactos alcançados, assumiu o acompanhamento dos projetos e conseguiu assegurar sua vitalidade e não interrupção (SÍCOLI; NASCIMENTO, 2003).

Traçando um paralelo do conceito aqui exposto sobre sustentabilidade em uma dimensão da macropolítica e sua relação com os grupos de promoção de saúde, foi possível identificar aspectos que envolvem a sustentabilidade desta prática, no espaço local, nos depoimentos dos participantes:

[...] nosso objetivo é fazer com que esses grupos sejam reconhecidos [...] é da gente poder ter verba para ampliar...é muito difícil você conseguir voluntário quando precisa [...] (P14).

[...] quando uma de nós quer fazer um curso para renovar [...] precisa de grana, concorda? (P05).

No entendimento acima, acreditamos que o financiamento poderia possibilitar implementações ao trabalho, de acordo com as necessidades dos coletivos.

Vivenciamos também a retroalimentação de alguns grupos através da iniciativa própria na prática da *economia solidária* para fomentar a manutenção do mesmo (bazar), já que os grupos de promoção não dispõem de financiamento.

O financiamento para esse tipo de ação ainda é um grande desafio e este é reconhecido pelos usuários. Há pouca valorização por parte de gestores e por parte de grupos que têm poder de interferir nas decisões de alocação de verbas.

Pode-se reconhecer como ainda é frágil o diálogo entre sustentabilidade e formulação de políticas públicas em saúde, pois elas ainda não contemplam a ideia de sustentabilidade como um conceito de saúde ampliada. Percebem-se contornos de uma saúde ancorada no conceito de ausência de doenças e pouco sustentada na promoção de saúde.

Do ponto de vista econômico, as práticas de promoção à saúde não têm uma dotação orçamentária específica e assegurada. Nos grupos de promoção desta investigação, foi possível identificar que, em algumas situações, a sustentabilidade se dá pelo empenho dos próprios participantes.

4.3.5 A promoção da saúde e sua potência para produzir práticas na perspectiva da intersetorialidade

O tema intersetorialidade em saúde vem sendo discutido com mais foco desde a implantação do SUS, que pauta um de seus princípios na intersetorialidade. Princípios ambiciosos, assim como todo o SUS que, na contra mão da tendência política vigente, busca a universalização da saúde como direito de todo cidadão, a descentralização das decisões a nível local, a participação do cidadão nas decisões e a universalização do acesso (BERNARDI, 2010).

Mesmo reconhecendo a importância deste tema, as políticas públicas encontram enorme dificuldade para implementá-lo, devido à persistência da lógica setorial e da fragmentação e desarticulação do modelo administrativo tradicional.

Em outra lógica, como a estratégia da saúde da família, que reconhecemos se aproximar melhor das necessidades das pessoas que geralmente não estão ligadas apenas ao âmbito da saúde. Assim, acreditamos que, ao incrementar a articulação com outros setores, poderíamos obter resultados que melhor equacionem essas necessidades, favorecendo os diferentes tipos de acesso.

Este princípio de difícil operacionalização merece atenção especial dos projetos que visam à promoção da saúde, até porque a própria lógica do financiamento dos projetos sociais ainda tende dificultar sua operacionalização (SÍCOLI; NASCIMENTO, 2003).

Quando conseguimos articular outros setores, ampliamos a extensão da iniciativa e podemos dar conta do problema de maneira mais efetiva.

[...] então nós também temos uma parceria com círculo operário [...] temos uma professora [...] (P14).

[...] o pessoal da Psico e da TO, esse pessoal vem fazer estágio [...] estão prontos para ajudar [...] (P14).

A iniciativa de algumas parcerias aparece como ponto favorável na construção da promoção à saúde. Nas citações acima foi evidenciado a experiência favorável com um equipamento social do bairro e com setor de educação, no caso a Universidade de São Paulo; porém, registramos que seria importante estreitar a

articulação com escolas de ensino fundamental e médio, estaduais, municipais e privadas de uma área de abrangência. Nas nossas vivências, essas parcerias ainda se limitam a temas relacionados à educação em saúde com ênfase na prevenção da saúde como, por exemplo: imunização, sexualidade, teste de acuidade visual, dentre outros.

De acordo com outros autores, constatamos em nossa prática, que as iniciativas em relação à intersectorialidade ainda são incipientes, sendo necessária uma articulação mais ampla e diversificada com outros setores, como transporte, esporte, igrejas (religião), trabalho, cultura, turismo, assistência social, entre outros.

4.3.6 A promoção da saúde e sua potência para produzir práticas na perspectiva da equidade

Equidade é tratar cada usuário dos serviços segundo suas necessidades de saúde, priorizando, no atendimento, os mais necessitados, por critérios clínicos ou epidemiológico-sociais, depois de garantir acesso igualitário e sem discriminação a todos.

Segundo a OMS, para alcançar a equidade, é preciso reorientar os serviços sanitários, visando a ampliar o acesso, e criar ambientes de suporte, com políticas que viabilizem condições de vida favoráveis à saúde (WHO, 1998), priorizem “grupos desprivilegiados e vulneráveis” (BRASIL, 2001, p. 26), e revertam as desigualdades sociais instaladas.

[...] alguém tem dificuldades, tem problemas, né? Você precisa de ver como eles interagem, como eles aprendem [...] (P04).

O acolhimento dos portadores de necessidades especiais pelo grupo possibilita promover a inclusão, além de fortalecer o aprendizado com o diferente. Para construir o cuidado, é fundamental considerar as diferenças.

A visibilidade da equidade ganha força após a criação do Conselho Nacional dos Direitos da pessoa com Deficiência (CONADE), em 1999, e teve sua vinculação à Presidência da República, por meio da Secretaria Especial dos Direitos

Humanos, a partir de 2003. É um órgão superior de deliberação colegiada, criado para acompanhar e avaliar o desenvolvimento de uma política nacional para inclusão da pessoa com deficiência e das políticas setoriais de educação, saúde, trabalho, assistência social, transporte, cultura, turismo, desporto, lazer e política urbana dirigidas a esse grupo social.

O CONADE foi criado para que essa população possa tomar parte do processo de definição, planejamento e avaliação das políticas destinadas a pessoas com deficiência, por meio da articulação e do diálogo com as demais instâncias de controle social e com os gestores da administração pública direta e indireta (RIBEIÃO PRETO, 2015).

Segundo o Censo de 2010 (IBGE), no Brasil, existem 45,6 milhões de pessoas com algum tipo de necessidade especial, o que representa 23,92% da população brasileira.

Na nossa prática, também nos deparamos com pessoas portadoras de necessidades especiais que não tinham oportunidade de atividades “extra residência”, antes da participação dos grupos de promoção, e, agora, adentram o local diariamente no exercício da socialização fora do contexto da procura única por consulta médica.

[...] pessoas com dificuldade e problemas até aprendem a tocar violão com outra pessoa que também apresenta dificuldade (P04).

Essa participação nos encontros dos grupos também gera outras participações em eventos organizados pelos integrantes dos grupos ou mesmo naqueles em que são convidados a participar, como, por exemplo, organizam apresentação musical em eventos como conferência municipal da saúde, eventos relacionados ao PET-Saúde, participações em comemorações em outras unidades de saúde, encontros de saúde mental na comunidade.

A discussão conceitual da equidade constitui ferramenta que orienta a elaboração de diretrizes, parâmetros e estratégias das políticas públicas que operacionalizam igualdade e equidade no cotidiano dos cidadãos. Uma discussão conceitual aprimorada constitui uma base sólida para a operacionalização dos princípios.

[...] e as crianças, né? Não vamos esquecer das crianças que acompanham [...]
(P15).

Observamos que, diante da manutenção do cuidado com a família, as avós se apresentam como cuidadoras dos netos e, assim, as mesmas dividiam sua participação nos grupos com este cuidado.

Reconhecendo que essas avós tinham a atribuição desse cuidado, para facilitar a permanência dessas mulheres nos grupos, a equipe juntamente com participantes do grupo e com estudantes do curso de Terapia Ocupacional da Universidade vinculada ao serviço iniciaram um trabalho lúdico voltado para as crianças no mesmo horário do grupo o qual esta avó estava participando, garantindo, assim, a permanência desta avó no grupo e, ao mesmo tempo, parece construir um “despertar da criança” para um novo conceito de unidade de saúde. Essa estratégia atendeu aos outros participantes do grupo que não vinham acompanhados de criança e que também estavam desejando organizar melhor o ambiente. Essa iniciativa possibilitou que as crianças tivessem um local reservado e com atividades lúdicas específicas e os integrantes dos grupos de promoção ficassem mais tranquilos no espaço reservado para os encontros grupais.

As ações dos grupos revelaram mudanças e melhorias das condições de vida, tornando-as favoráveis à saúde e permitindo a efetivação de direitos sociais.

[...] o único lugar que saio da minha casa, do meu quarto para ir lá no grupo [...]
(P12).

Às dimensões mais pesquisadas da equidade em saúde (condições de saúde e consumo de serviços de saúde) sugere-se acrescentar outras duas dimensões (política e institucional) (ALMEIDA, 2000), para tentar responder a pergunta: “equidade de quê?” e discutir prioridades. Retoma-se a determinação social do processo saúde/doença para perguntar qual é o papel ou determinação da saúde nas condições de vida e mobilidade social.

Apresenta-se um panorama dos conceitos de igualdade e equidade na proposta da Reforma Sanitária e em sua institucionalização (SUS), para discutir o que considero prioritário, que é a direcionalidade das políticas (programas, ações e serviços) de saúde para a redução das desigualdades sociais e a melhoria da

qualidade de vida dos pobres. Para concluir, são sistematizados alguns dilemas postos pela incorporação da equidade como princípio norteador das políticas de saúde no Brasil contemporâneo (ESCOREL, 1999).

Ainda a autora, refere que direitos sociais, como direito à saúde, estabelecem um marco de ampliação da cidadania nas sociedades modernas, na medida em que, ao contrário dos direitos individuais civis e políticos, exigem a intervenção do Estado e incorporam novos princípios ao desenvolvimento de padrões de cidadania, em particular formas diferenciadas de compreender o significado de “satisfazer um nível decente de bem-estar e seguridade econômica e social”.

4.4 Registros do trabalho prático dos grupos de promoção

A informação é considerada um requisito fundamental na tomada de decisões, inclusive nas organizações institucionais da área da saúde. As informações devem ser registradas na fonte em que é originada e precisariam circular nos diferentes níveis das instâncias de decisões, no entanto, convivemos com paradoxos no que diz respeito a essa circulação, o que pode contribuir para os limites de apoio e sustentabilidade das práticas de saúde, principalmente as que conformam a promoção da saúde (ANDRADE, 2013).

Para oficializar o trabalho prático do desenvolvimento dos grupos de promoção no CSE Vila Tibério, foi utilizada a forma de registro informal de anotações em cadernos, registradas pelos ACS que atuam como principais coordenadores dos grupos de promoção. O registro é feito na data da realização dos grupos conforme dias pré-determinados, sendo registrados: nomes dos participantes; número de participantes; ausência dos mesmos; destaque para a primeira inserção do participante nos grupos; participação de alunos de diversos cursos da universidade conveniada, separando por curso e definindo seus nomes. A temática proposta como diferente da rotina dos grupos, também é registrada, tais como comemoração de aniversário, datas representativas e passeios externos do grupo.

Vale ressaltar que esses instrumentos, ainda que informais, foram considerados de forma positiva para a avaliação do “**Selo de Boas Práticas em Atenção Básica**” pela Secretaria do Estado de Saúde de São Paulo, em virtude da premiação dada em reconhecimento aos esforços que a equipe do CSE Vila Tibério vem desenvolvendo na prática da atenção básica à saúde da população de sua região (São Paulo, 2013).

Ainda dentro da avaliação em serviço, esses registros também foram considerados pela equipe de avaliação do Programa Nacional de Melhoria ao Acesso e da Qualidade da Atenção Básica (PMAQ) (BRASIL, 2013).

Através desta portaria, o Ministério da Saúde avalia os profissionais da equipe, a infraestrutura das Unidades Básicas de Saúde, os equipamentos, a disponibilização de medicamentos e a satisfação do cidadão. Assim, mesmo informal, esses registros foram considerados positivos para a organização e qualificação do trabalho.

Neste estudo também elegemos para análise o módulo ambulatorial-agendamento e o módulo ambulatorial-recepção do Sistema de Informatização da Secretaria Municipal da Saúde de Ribeirão Preto, o Hygia Web.

Sobre o módulo ambulatorial-agendamento, este realiza o agendamento individual ou em grupo. Os grupos de pacientes são organizados por Unidade de Saúde e só podem ser agendados na Unidade onde os mesmos foram criados. A página “Agendamento em Grupo” realiza o agendamento de um grupo de pacientes para ser atendido por um ou mais profissionais. A inserção de um paciente em um grupo automaticamente o agenda em todos os encontros programados e ainda não realizados desse grupo. A retirada de um paciente de um grupo automaticamente o retira de todos os encontros ainda não realizados desse grupo.

Quanto ao módulo ambulatorial-recepção, a transação recepção pode ser feita para atendimentos previamente agendados, por encaixe (sem agenda) e urgência-emergência.

Em situações que o atendimento é feito em grupo, enquanto não tiverem sido recepcionados todos os membros do grupo, o Sistema informa a quantidade de pacientes que estão faltando. Mesmo que o agendamento seja feito em grupo, **a recepção é registrada individualmente por paciente, permitindo o controle individual de presença** (RIBEIRÃO PRETO, 2015, grifo nosso).

[...] para recepcionar os participantes de um grupo, terá que fazer uma recepção por usuário que veio ao grupo [...] (TI).

[...] apesar do agendamento ser em grupo, não é possível fazer esta recepção de outra forma que não individual [...] (TI).

Consideramos que, na prática diária, esta forma de recepção individual não otimiza os registros e resulta num trabalho repetitivo com pouca contribuição para a análise do desenvolvimento do grupo. Assim, não oportuniza o sentido desses registros para os profissionais que trabalham com grupos de promoção.

[...] alguns acharam fácil, outros pelas dificuldades resolveram não realizar o registro dos grupos [...] (TI).

[...] este tipo de registro mostra preocupação com presença ou ausência [...] (TI).

[...] isto é impressão minha [...] o sistema preocupa-se em registrar informações relacionadas ao atendimento médico, enfermagem, odontologia [...] (TI).

Isto nos remeteu à preocupação com um modelo de atenção que ainda privilegia a produtividade quantitativa em saúde, contradizendo os pilares da promoção da saúde.

Quando perguntamos sobre promoção da saúde, pois este é o nosso objeto de estudo, percebemos que as características dos grupos de trabalho apontados ainda remetem a exercícios físicos, hipertensão arterial, diabetes, saúde bucal, gestantes, etc.

[...] com certeza o sistema não reflete ou não tem informação sobre tudo aquilo que é feito nas unidades [...] (TI).

[...] é muito importante a informática interligar os sistemas [...] não dá para lançar em vários sistemas [...] exemplo o HYGIA com o SISCAN [...]. No sistema HYGIA, não tenho como ver o histórico de câncer (TI).

Ao longo de duas décadas, participamos de modificações expressivas no trabalho da saúde pública, o que favoreceu acesso e qualidade do atendimento. A sistematização foi uma parcela refletida no trabalho do acolhimento, pré-consulta,

consultas, imunização, curativos e outros.

[...] ainda a importância da tecnologia da informação para o repasse de financiamento diante da prestação de contas para diversos níveis (TI).

Assim, a tecnologia de informação pode colaborar na qualificação do atendimento e da prestação do cuidado quando facilita, organiza e gera informações para o trabalho, incluindo a prestação de contas para o repasse de financiamento. Diante desta potencialidade, vislumbramos alternativas para a reconstrução desses registros dos grupos de promoção da saúde mediante ação conjunta dos profissionais.

[...] hoje é assim, mas nada impede diante da necessidade e avaliação de evoluir em termos de sistema [...] (TI).

Rompendo com a visão de que o modo de executar a prática hegemônica é suficiente e as relações entre os indivíduos envolvidos são estáticas, é possível encontrar lacunas ou brechas que possibilitem avanços para contribuição de mudanças no processo de trabalho, incluindo a forma de registro das ações desenvolvidas.

Para promover práticas de saúde em grupo, na perspectiva da promoção da saúde demarcada pela singularidade, pela autonomia dos integrantes, pela participação social e com a dinâmica não fixa e pré determinada pelos trabalhadores, bem como não centradas somente em temas de doenças, é possível rever conceitos sobre processo saúde - doença e cuidado, tanto por parte dos trabalhadores da saúde como dos usuários dos serviços de saúde, que participam mais ativamente e ou diretamente desse trabalho. Estas ações podem, mesmo no nível local, participar da composição de recursos que contribuam para a mudança do modelo de atenção à saúde, fundamentadas nos preceitos da Política Nacional de Atenção Básica e, conseqüentemente, do SUS.

O desafio de cuidar de toda uma comunidade sob a responsabilidade da equipe de saúde depende dos recursos disponíveis e da forma como são utilizados. Neste sentido, é importante que a equipe de saúde busque mais eficiência na utilização dos recursos disponíveis, de modo a aumentar a oferta de ações de saúde e atender o maior número de pessoas. Para tanto, é importante que a equipe faça uma avaliação permanente sobre o seu processo de trabalho e, através da equidade, atenda as diferentes necessidades dos indivíduos. Foi importante analisar e concluir que, apesar da grande aceitação dos grupos de promoção pela maioria dos usuários para a satisfação das suas aspirações, para algumas pessoas, os grupos não andam na mesma direção das suas necessidades.

[...] eu não frequento lá porque não tenho tempo para essas coisas [...]
(P07).

Entendemos que o que emerge como um conteúdo comum nas diversas aspirações parece ser um modo ampliado de apreensão das necessidades de saúde.

Envolve uma leitura das necessidades de saúde das pessoas e dos grupos populacionais em suas diferentes percepções, assim, o que parece não ser acolhedor para alguns não deve ser desconsiderado e pode, ainda, servir para avaliação cotidiana e sustentação para o acontecer dos grupos.

[...] tem gente que chega, participa um pouco, enjoa, vai embora e não volta [...] (P09).

[...] sumi do grupo porque lá não tem mais coisa diferente [...] não vão ensinar coisas novas [...] (P11).

[...] não dou conta de ficar muito tempo no mesmo lugar [...] (P14).

Na contrapartida dos exemplos anteriores, também nos deparamos com outras vozes que apontam, na ótica dos participantes, a importância dos encontros grupais.

[...] o encontro acontece semanal, eu gostaria que tivesse mais [...] não só uma vez na semana, acho pouco [...] (P05).

[...] o grupo não deixa a cabeça parar de funcionar [...] (P01).

[...] cada um de nós tem uma história, cada um chegou de uma maneira diferente e cresceu dentro do grupo (P04).

[...] os amigos que a gente encontra [...] o abraço, a conversa, você é recebido de portas abertas [...] (P09).

Fazer a leitura das falas, abstraindo a subjetividade possível neste momento, parece construir “coragem” para o avanço da comunicação através do diálogo com os sujeitos de “carne e osso”, o que funciona para evidenciar interesse, respeito, confiança, aceitação, entendimento e aprendizado com o diferente.

Acreditamos que este estudo com ênfase nos grupos de promoção à saúde pode contribuir como uma prática em direção à mudança do modelo assistencial, ao fortalecimento da Atenção Primária à Saúde como principal porta de entrada do sistema único de saúde, utilizando-se de premissas da estratégia de saúde da família, favorecendo a adesão e a vinculação da comunidade aos serviços de saúde, principalmente através do ACS.

Também poderá compor de maneira sistematizada as ações na agenda de serviços da ABS, de forma que sua produção seja incluída nos sistemas de informação e resulte, além de maior visibilidade do trabalho, uma importante ferramenta na composição do financiamento para a gestão municipal da saúde, trabalhando indicadores de saúde, pois não se cuida de indivíduos sem se cuidar de populações.

“Para você gerir qualquer tipo de serviço, seja na área pública ou seja na área privada, você precisa de informação pra ter um sistema informatizado. A

*informática tem um trabalho de organizar, facilitar, gerar informações, né?
Então é isso, essa tem que ser o foco da informática” (T1).*

Consideramos que os serviços de saúde constituem cenário vivo, onde atuam atores sociais distintos no desenvolvimento de suas práticas, gerando diferentes percepções sobre o que é demandado e oferecido em termos de saúde. Nessa perspectiva, o estudo sobre grupos de promoção à saúde ganha notoriedade e pertinência para o campo da saúde coletiva.

Este estudo apontou, ainda, para a construção de uma mudança do processo de trabalho da equipe, abrindo um canal de comunicação entre os trabalhadores que produzem as formas de registro e os que operam o sistema de informatização.

Este estudo nos apontou que esses grupos de promoção à saúde têm potencial para serem incorporados como prática nos serviços de saúde, ressaltando que estimulam o “*empoderamento*” dos sujeitos em defesa da vida. Pelos depoimentos dos participantes dos grupos de promoção, também foi possível apreender que eles valorizam essa prática, o que nos permite concluir que a implantação e a implementação desses grupos proporcionam a reconstrução de uma cultura em direção ao conceito teórico prático ampliado de agir em saúde junto ao cidadão e comunidade, visando à reorganização da assistência à saúde, em consonância com os princípios do SUS.

[...] uma coisa que não pode acabar [...] (P15).

* De acordo com a Associação Brasileira de Normas Técnicas. NBR 6023

ALMEIDA, M. C. P. O trabalho de enfermagem e sua articulação com o processo de trabalho em saúde coletiva - Rede Básica de Saúde em Ribeirão Preto. **Revista Brasileira de Enfermagem**, Brasília, v. 44, n. 2-3, p. 64-75, abr./set. 1991.

ALMEIDA, C. M. Saúde e equidade nas reformas contemporâneas. **Saúde em Debate**, Rio de Janeiro, v. 24, n. 54, p. 6-21, jan./abr. 2000.

ANDRADE, C. G. **Planejamento em Saúde na Secretaria de Saúde do Estado da Bahia** (SESAB) (1950-2011): aspectos históricos e produção da informação. 2013. 107 f. Dissertação (mestrado) – Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva. Universidade Estadual de Feira de Santana, 2013.

ASSIS, M. M. A. et al. (Orgs.). **Produção do cuidado no Programa Saúde da Família**: olhares analísadores em diferentes cenários. Salvador: EDUFBA, 2010. Disponível em: <https://books.google.com.br/books?isbn=8523208771>. Acesso em: dia 15 de fev 2015.

ASHTON, J. (Ed). **Ciudades sanas**. Barcelona: Masson, 1993.

AYRES, J. R. C. **O cuidado, os modos de ser (do) humano e as práticas de saúde**. **Saúde e Sociedade**, São Paulo, v. 13 n. 3, p. 16-29, set.-dez. 2004.

BARDIN, L. **Análise de conteúdo**. Tradução de Luis Antero Reto e Augusto Pinheiro. São Paulo: Edições 70, 1977.

BERNARDI, A. P. - INTERSETORIALIDADE – UM DESAFIO DE GESTÃO EM SAÚDE PÚBLICA *Saúde & Transformação Social/Health & Social Change*, ISSN 2178-7085, Florianópolis, Santa Catarina, Brasil, 2010.

BORNSTEIN, V. J. **O agente comunitário de saúde na mediação de saberes**. 2007. Tese (Doutorado) - Escola Nacional de Saúde Pública Sérgio Arouca, Fundação Oswaldo Cruz, Rio de Janeiro, 2007. 231 p.

BRASIL. **Constituição (1988)**. Constituição da República Federativa do Brasil: promulgada em 5 de outubro de 1988. Brasília: Senado Federal, 1988.

_____. Ministério da Saúde. **Saúde da família**: uma estratégia para a reorientação do modelo assistencial. Brasília, 1997.

_____. Ministério da Saúde. **Promoção da saúde**: Declaração de Alma-Ata. Carta de Ottawa, Declaração de Adelaide, Declaração de Sundsvall, Declaração de Santafé de Bogotá, Declaração de Jacarta, Rede de Megapaíses e Declaração do México. Projeto Promoção da Saúde. Brasília, 2001.

BRASIL. Ministério da Saúde. Departamento de Atenção Básica (DAB). **Monitoramento da implementação e do funcionamento das Equipes de Saúde da Família**. Brasília, 2002.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria-Executiva. Núcleo Técnico da Política Nacional de Humanização. **HumanizaSUS**: ambiência. Brasília, 2004. (Série B. Textos Básicos de Saúde).

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. **Política nacional de promoção da saúde**. 2. ed. Brasília, 2007.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Análise de Situação em Saúde. Coordenação de Doenças e Agravos Não Transmissíveis. **Curso de extensão para gestores do SUS em promoção da saúde**. Brasília, 2010a.

_____. Ministério da Saúde. **Portaria nº 4.279, de 30 de dezembro de 2010**. Estabelece diretrizes para a organização da Rede de Atenção à Saúde no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). Brasília, 2010b

_____. Ministério da Saúde. Gabinete do Ministro. **Portaria nº 2.488, de 21 de outubro de 2011**. Estabelece a aprovação da Política Nacional de Atenção Básica, estabelecendo a revisão de diretrizes e normas para a organização da Atenção Básica, para a Estratégia Saúde da Família (ESF) e o Programa de Agentes Comunitários de Saúde (PACS). Brasília, 2011.

BRIENZA, A. M. **Acesso ao pré-natal na rede básica de saúde do município de Ribeirão Preto**: análise da assistência recebida por um grupo de mulheres. 2001. 104 f. Dissertação (Mestrado) – Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo, Ribeirão Preto, 2001.

BRUSCHINI, M. C. O trabalho da mulher brasileira nas décadas recentes. **Revista de Estudos Feministas**. Rio de Janeiro, número especial, out. 1998.

BUSS, P. M. Promoção da saúde e qualidade de vida. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 5, n. 1, p. 163-177, 2000.

CAMPOS, G. W. S. **A saúde pública e a defesa da vida**. São Paulo: Hucitec, 1991.

_____. Reflexões temáticas sobre equidade e saúde: o caso do SUS. **Saúde e Sociedade**, São Paulo, v. 15, n. 2, p. 23-33, 2006.

_____. Subjetividade e administração de pessoal: considerações sobre modos de gerenciar o trabalho em equipes de saúde: In: MERHY, E.E.; ONOKO, R. (Orgs). *Agir em saúde: Um desafio para o público*. São Paulo: Hucitec-lugar Editoria, 1997. Pt 3, p229-266.

CAMPOS, G. W. S.; BARROS, R. B.; CASTRO, A. M. Avaliação de política nacional de promoção da saúde. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 9, n. 3, p. 745-749, set. 2004.

_____. **Um método para análise e cogestão de coletivos**. A constituição do sujeito a produção de valor de uso e a democracia em instituições: o método da roda. São Paulo: Hucitec, 2008.

CARVALHO, G. C. M. Primeiros cuidados em saúde: uma avaliação sumária pessoal. **Revista Brasileira Saúde da Família**, Brasília, v. 14, n. 35-36, p. 57, maio/dez. 2013.

_____. 20 anos de SUS. **Revista Ser Médico**, São Paulo, n. 45, p. 28, out.-nov.-dez. 2008.

CASTORÍADES, C. A. **A instituição imaginária da sociedade**. 3. ed. Rio de Janeiro: Paz e Terra, 1991.

CECÍLIO, L. C. O. As Necessidades de Saúde como Conceito Estruturante na Luta pela Integralidade e Equidade na Atenção em Saúde. In: PINHEIRO, R. ; MATTOS, R. P. (Org.). *Os sentidos da integralidade na atenção e no cuidado à saúde*. RJ: UERJ-ABRASCO, 2001, p. 113-126.

_____. ACS: potência a desatar na Saúde da Família. **Revista Brasileira Saúde da Família**, Brasília, v. 14, n. 35-36, p. 61, maio/dez. 2013.

COUTINHO, S. S. **Atividade física no Programa Saúde da Família, em municípios da 5ª Regional de Saúde do Estado do Paraná – Brasil**. 2005. 141 f. Dissertação (Mestrado em Enfermagem em Saúde Pública) – Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo, Ribeirão Preto, 2005.

Declaração de Alma-Ata. Conferência Internacional sobre cuidados primários de saúde; 6-12 de setembro 1978; Alma-Ata; USSR. In: Ministério da Saúde (BR). Secretaria de Políticas de Saúde. Projeto Promoção da Saúde. Declaração de Alma-Ata; Carta de Ottawa; Declaração de Adelaide; Declaração de Sundsvall; Declaração de Santafé de Bogotá; Declaração de Jacarta; Rede de Megapaíses; Declaração do México. Brasília (DF): Ministério da Saúde; 2001. p. 15.

DELEUZE, G. ; GUATTARI, F. Mil platôs: capitalismo e esquizofrenia, Trad. De Suely, Rolnik. Rio de Janeiro: Ed 34, 1997.V. 4.

DONABEDIAN, A. **Garantía y monitoria de la calidad de la atención médica**. México: Instituto Nacional de Salud Publica, 1990.

ESCOREL, S. **Os dilemas da equidade em saúde**: aspectos conceituais. Brasília: OPAS, 1999.

FRANCO, T. B.; MAGALHÃES JÚNIOR, H. M. A integralidade na assistência à saúde: a organização das linhas do cuidado. In: MERHY, E. E.; MAGALHÃES JÚNIOR, H. M.; RIMOLI, J.; FRANCO, T. B.; BUENO, W. S. (Orgs.). **O trabalho em saúde**: olhando e experienciando o SUS no cotidiano. 2. ed. São Paulo: HUCITEC, 2004

KRUEGER, R. **Focus group**: a practical guide for applied research. 2. ed. Thousand Oaks: Sage, 1994.

LALONDE, M. **A new perspective on the health of Canadians**. A working document. Ottawa: Government of Canada, 1974.

LEAVELL, H. R.; CLARK, E. G. **Medicina preventiva**. Rio de Janeiro: McGraw-Hill do Brasil, 1976.

LOPES M.C. L. et al. Assistência à família na atenção básica: facilidades e dificuldades enfrentadas pelos profissionais de saúde. Acta Scientiarum. Health Sciences, Maringá, v. 34, n. 1, p. 85-93, jan.-jun. 2012.

LÜDKE, Menga e ANDRÉ, Marli E. D. A. Pesquisa em educação: abordagens qualitativas. São Paulo: EPU, 1986

- MENDES, R.; AKERMAN, M. Intersetorialidade: reflexões e práticas. In: MENDES, R.; FERNANDEZ, J. C. A. (Orgs.). **Promoção da saúde e gestão local**. São Paulo: Aderaldo & Rothschild/CEPEDOC, 2007. p. 85-110.
- MENDES, R.; DONATO, A. F. Território social de construção de identidades e políticas. **Revista de Políticas Públicas- SANARE**, Sobral, v. 6, n. 1, p. 35-38, jan./mar. 2003.
- MERHY, E. E. **Saúde a cartografia do trabalho vivo**. São Paulo: Hucitec, 2002.
- MINAYO, M. C. S.; SANCHES, O. Quantitativo-qualitativo: oposição ou complementariedade? **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 9, n. 3, p. 239-262, jul./set. 1993.
- MINAYO, M. C. S. O desafio do conhecimento: metodologia de pesquisa social (qualitativa em saúde). São Paulo: Hucitec; Rio de Janeiro: Abrasco, 2008.
- MORGAN, D. L. **The focus group as qualitative research**. Newbury Park: Sage, 1988.
- MOROSINI, M. V. G.C.. Modelos de atenção a saúde da família / Organizado por Marcia Valeria G.C. Morosini e Anamaria DíAndrea Corbo. Rio de Janeiro: EPSJV/Fiocruz, 2007. 240 p.
- MOTTA, L. B. Novas competências profissionais em saúde e o envelhecimento populacional brasileiro: integralidade, interdisciplinaridade e intersetorialidade. **Ciênc. saúde coletiva** vol.12 no.2 Rio de Janeiro Mar./Apr. 2007
- MURAMOTO, M. T. A sustentabilidade da vida cotidiana: um estudo das redes sociais de usuários de serviço de saúde mental no município de Santo André (SP, Brasil). **Ciênc. saúde coletiva** vol.16 no.4 Rio de Janeiro Apr. 2011
- OLIVEIRA, G. N.; FURLAN, P..G Co-produção de Projetos Coletivos e Diferentes “Olhares” sobre o território. In: CAMPOS, G. W. S.; GUERRERO, A. V. P. (Org). Manual de práticas de atenção básica: saúde ampliada e compartilhada. São Paulo: Aderaldo & Rothschild, 2008. P.247-272.
- PAIM, J. S. Modelos de atenção e vigilância da saúde. In: ROUQUAYROL, M. Z.; ALMEIDA FILHO, N. (Orgs.). **Epidemiologia e saúde**. 6. ed. Rio de Janeiro: MEDSI,

2003. p. 567-86.

PEREIRA, M. J. **O olhar da enfermeira sobre o treinamento do núcleo de aleitamento materno- um despertar profissional**. 1996. 116 f. Dissertação (Mestrado) - Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo, Ribeirão Preto, 1996.

PEREIRA, M. J. **Avaliação das características organizacionais e de desempenho das unidades de atenção básica em saúde do distrito oeste do município de Ribeirão Preto**. 2008. 237 f. Tese (Livre-Docência) - Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo, Ribeirão Preto, 2008.

PEREIRA, M. J. et al in Protocolos clínicos e de Regulação- Acesso à rede de Saúde/ José Sebastião dos Santos. Capítulo 3, P. 23. Rio de Janeiro. Elsevier, 2012.

PESSÔA, L. R. (Coord.). **Manual do gerente**: desafios da média gerência na saúde. Rio de Janeiro: Ensp, 2011.

QUEIROZ, M. I. P. **Variações sobre a técnica de gravador no registro da informação viva**. São Paulo: Faculdade de Filosofia Letras e Ciências Humanas- USP, 1983. (Textos n. 04).

QUEIROZ, M. I. P. Relatos orais: do “indizível” ao “dizível”. In: VON SIMSON, O. M. (Org.). **Experimentos com histórias de vida (Itália-Brasil)**. São Paulo: Vértice/Editora Revista dos Tribunais, 1988. p. 68-80. (Enciclopédia Aberta de Ciências Sociais, 5).

RIBEIRÃO PRETO. Secretaria Municipal da Saúde. no 2011 Disponível em: <www.ribeiraopreto.sp.gov.br/ssauade/deinformatica/i1ind-divinformatica.php> Acesso em: 30 abr. 2015.

RIBEIRÃO PRETO. Secretaria Municipal da Saúde. Ano2015. Disponível em: <www.ribeiraopreto.sp.gov.br/ssauade/programas/pasdef/i1indice.php>. Acesso em: 08 maio 2015.

RIBEIRÃO PRETO. Secretaria Municipal da Saúde. **Plano Municipal de Saúde**. Ribeirão Preto, 2014.

RIBEIRÃO PRETO. Prefeitura Municipal. Resolução nº 04, de 16 de março de 2015. Dispõe sobre. PLANO MUNICIPAL DE SANEAMENTO BÁSICO. **Diário Oficial do Município**, Ribeirão Preto, 17 mar. 2015. Seção 03 p.202

RESSEL, L. B., GUALDA, D. M. R., & GONZALEZ, R. M. B. (2002). Grupo focal como uma estratégia para coletar dados de pesquisa em enfermagem. *International Journal of Qualitative Methods* 1 (2), Article 5. Retrieved DATE from <http://www.ualberta.ca/~ijqm>

SÁ, R. F.; MOYSÉS, S. T. O processo avaliativo em promoção de saúde como estratégia de empoderamento e de desenvolvimento de capacidades. **Boletim Técnico do Senac: a Revista da Educação Profissional**, Rio de Janeiro, v. 35, n. 2, p. 29-35, maio-ago. 2009.

SACHS, I. **Stratégies de l'écodéveloppement**. Paris: Lês Editions Ouvrières, 1980.

SANTOS, M. **Da totalidade ao lugar**. São Paulo: EDUSP, 2005.

SÍCOLI, J. L.; NASCIMENTO, P. R. Promoção de saúde: concepções, princípios e operacionalização. **Interface: Comunicação, Saúde, Educação**, Botucatu, v. 7, n. 12, p. 91-112, 2003.

SILVA, J. A.; DALMASO, A. S. W. O agente comunitário de saúde e suas atribuições: os desafios para os processos de formação de recursos humanos em saúde. **Interface: Comunicação, Saúde, Educação**, Botucatu, v. 6, n. 10, p. 75-83, fev. 2002.

SMEK, E. L.; OLIVEIRA, M. L. S. Educação em saúde e concepções de sujeitos. In: VASCONCELOS, E. M. (Org.). **A saúde nas palavras e nos gestos**: reflexões da rede popular de educação e saúde. São Paulo: Hucitec, 2001. p. 115-135.

SOUSA, L. A. **Acupuntura no SUS - realidade e perspectiva**. 2014. Tese (Doutorado em Enfermagem em Saúde Pública) - Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo, Ribeirão Preto, 2014. Disponível em: < <http://www.teses.usp.br/teses/disponiveis/22/22133/tde-10022015-154828/pt-br.php>>. Acesso em: 25 jun. 2015.

SOUZA, M. C. et al. Integralidade na atenção à saúde: um olhar da Equipe de Saúde da Família sobre a fisioterapia. **O Mundo da Saúde**, São Paulo, v. 36, n. 3, p. 452-460, 2012.

TRIVINOS, A. N. S. Introdução a pesquisa em ciências sociais: pesquisa qualitativa em educação. São Paulo, Atlas, 1994.

WESTPHAL, M. F.; BOGUS, C.; FARIA, M. M. **Grupos Focais:** experiências precursoras em programas educativos em saúde no Brasil. Bol. Oficina Sanit. Parnam., v. 120, n. 6, p. 472-482, 1996.

WHITEHEAD, M. The Concepts and principles of equity and health. Copenhagen: WHO. Regional office for Europa, 1990 (discussion paper EUR-ICP-RPD 414).

WORLD HEALTH ORGANIZATION. Constitution of the World Health Organization. Basic Documents. (site da Internet(Acessado 2015, abril 12). Disponível em who. Int-Governance-Eb-Who_Constitution.en.pdf-1998.

ANEXOS

Anexo 1 – Atividades do CSE Vila Tibério

ATIVIDADES DO CSE VILA TIBERIO

HORÁRIO	SEGUNDA	TERÇA	QUARTA	QUINTA	SEXTA	OBS.
07 ÀS 08 H		Ginastica	Tai-chi-chuan	Ginastica		
08 ÀS 09 H	Discussão Famílias	Discussão Famílias				
09 ÀS 10 H				Grupo de Crianças (Terapia Ocupacional)		
10 ÀS 11 H						
ALMOÇO						
14 ÀS 15 H	Grupo Gestor CLS 1ª segunda do mês	Artesanato	Descontração Música / Vivencias		Grupo Saúde Mental Psicologia(Bimestral)	
15 ÀS 16 H	Grupo de Dança					
16 ÀS 17 H						

Anexo 2 – Termo de Consentimento Livre e Esclarecido

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

Convidamos o (a) senhor (a) a participar da pesquisa “*Grupo de Promoção à Saúde: revendo práticas para o fortalecimento da Atenção Básica*”. O estudo poderá contribuir para o atendimento dos serviços da Unidade de Saúde. O objetivo é identificar as práticas desenvolvidas pelos Grupos de Promoção da Saúde do Centro de Saúde Escola Prof. Dr.^a Maria Herbênia de Oliveira Duarte (CSE Vila Tibério).

Será realizada por meio de entrevista em grupo. O local será em espaço reservado dentro da unidade de saúde no mesmo horário em que acontecem os grupos de promoção. Será gravada, transcrita e analisada pelo pesquisador; um observador externo fará anotações em caderno durante a entrevista. O tempo estimado de cada entrevista será de 1 hora e 30 minutos. A entrevista se constituirá de questões contendo informações pessoais e outras questões que tenham relação com sua participação nos grupos de promoção da saúde realizados na Unidade de Saúde.

Assumimos o compromisso de não revelar sua identidade. A sua participação não causará nenhum prejuízo relativo ao seu acesso aos serviços de atendimento em saúde prestados pelo CSE Vila Tibério. Participar da pesquisa, para alguns usuários, pode gerar algum desconforto em responder perguntas relativas à realização dos grupos de promoção da saúde, especialmente nas diferenças de opiniões entre os participantes. Em caso de desconforto solicitamos preferencialmente que o manifeste no próprio grupo, pois esse desconforto poderá ser também de outros participantes. Caso queira, poderá se retirar do local da entrevista em grupo a qualquer momento. Também será respeitada sua decisão de desistir da participação da pesquisa, no momento que desejar, mesmo que já tenha iniciado.

Caso ocorra algum dano que julgue decorrente de sua participação nessa pesquisa o(a) Sr(a) terá direito a indenização por parte do pesquisador, do patrocinador e das instituições envolvidas nas diferentes fases da pesquisa, conforme Resolução CNS 466/2012, Item IV.3 - h.

A participação não trará benefícios diretos a você, mas as informações obtidas por meio da pesquisa poderão auxiliar no planejamento e aprovação de práticas a serem oferecidas à comunidade. Você não irá receber nenhuma remuneração pela sua participação, assim como não terá nenhum gasto. Garantimos o esclarecimento de dúvidas sobre o andamento do estudo em qualquer etapa.

Após o término da pesquisa os resultados serão apresentados para a equipe do Centro de Saúde Escola e aos participantes da pesquisa. Os resultados serão publicados em congressos e revistas científicas e as informações coletadas permanecerão anônimas.

Caso você tenha dúvidas ou necessite de maiores esclarecimentos pode nos procurar pessoalmente, ou o Comitê de Ética em Pesquisa Envolvendo Seres Humanos da Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto - USP, na Avenida Bandeirantes, 3900 – Ribeirão Preto – São Paulo – CEP: 14040-902, ou no telefone (16) 3602.3386, funcionamento de segunda a sexta-feira, em dias úteis, das 8h às 17h. Este termo deverá ser preenchido em duas vias de igual teor, sendo uma delas, devidamente preenchida, assinada e entregue a você.

Esta pesquisa foi aprovada pelo Comitê de Ética em Pesquisa da EERP (Protocolo CAAE 34921514.6.0000.5393) que tem a finalidade de garantir o respeito aos participantes da pesquisa em sua dignidade e autonomia, assegurando sua vontade de contribuir e permanecer, ou não, na pesquisa, através de manifestação expressa, livre e esclarecida.

Prof.^a Dr.^a Maria Lúcia C. C. Robazzi
Orientadora/ Telefone: (16) 3602-0184
Professora Titular da Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto - USP
Avenida Bandeirantes, 3900, sala 101 – Ribeirão Preto – São Paulo – CEP: 14040-902
Email: avrmlccr@eerp.usp.br

Teresa Cristina Pinto Rosa
Pesquisador/ Telefone: (16) 9 9109-5125
Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto - USP
Avenida Bandeirantes, 3900 – Ribeirão Preto – São Paulo – CEP: 14040-902
Email: crisrosa.cse@hotmail.com

VERSÃO 2_TCLE_Outubro/2014

Eu, _____, abaixo assinado
tendo recebido as informações sobre a pesquisa “*Grupo de Promoção à Saúde: revendo práticas para
fortalecimento da Atenção Básica*” e uma via deste termo, assinada pela pesquisadora, ciente dos meus
direitos concordo em participar voluntariamente da pesquisa.

Ribeirão Preto, _____ de _____ de _____.

Assinatura do(a) participante

Assinatura da pesquisadora

Anexo 3 – Comitê de Ética em Pesquisa da EERP-USP

Centro Colaborador da Organização Mundial da Saúde
para o Desenvolvimento da Pesquisa em Enfermagem

UNIVERSIDADE DE SÃO PAULO
ESCOLA DE ENFERMAGEM DE RIBEIRÃO PRETO

Avonida Bandeirantes, 3900 - Ribeirão Preto - São Paulo - Brasil - CEP 14040-902
Fone: 55 16 3602.3382 - 55 16 3602.3381 - Fax: 55 16 3602.0518
www.eerp.usp.br - eerp@edu.usp.br

COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA DA EERP/USP

Of.CEP-EERP/USP – 182/2014

Ribeirão Preto, 21 de outubro de 2014.

Prezada Senhora,

Comunicamos que o projeto de pesquisa, abaixo especificado, foi analisado e considerado **APROVADO AD REFERENDUM** pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo, em 21 de outubro de 2014.

Protocolo CAAE: 34921514.6.0000.5393

Projeto: Grupo de Promoção à Saúde: revendo práticas para o fortalecimento da Atenção Básica.

Pesquisadores: Maria Lúcia do Carmo Cruz Robazzi
Teresa Cristina Pinto Rosa

Em atendimento à Resolução 466/12, 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,

Prof. Dra. Angelita Maria Stabile
Vice-Coordenadora do CEP-EERP/USP

Ilma. Sra.

Prof. Dra. Maria Lúcia do Carmo Cruz Robazzi
Departamento de Enfermagem Geral e Especializada
Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto - USP

Anexo 4 – Aceite da Prefeitura Municipal de Ribeirão Preto

Prefeitura Municipal de Ribeirão Preto
Estado de São Paulo - Secretaria Municipal da Saúde

OF.28/15-GS

ASGS/asgs

Ribeirão Preto, 05 de janeiro de 2015.

Ilma Senhora,
Profª Drª Maria Lúcia do Carmo Cruz Robazzi

Prezado Pesquisador
Teresa Cristina Pinto Rosa

Declaro ter lido e concordar com o parecer ético emitido pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo, conhecer e cumprir as Resoluções Éticas Brasileiras, em especial a Resolução CNS 196/96. Esta Secretaria Municipal da Saúde está ciente de sua co-responsabilidade como instituição co-participante do Projeto de Pesquisa "GRUPO DE PROMOÇÃO À SAÚDE: REVENDO PRÁTICAS PARA O FORTALECIMENTO DA ATENÇÃO BÁSICA" e de seu compromisso no resguardo da segurança e bem-estar dos sujeitos de pesquisa nela recrutados, dispondo de infra-estrutura necessária para a garantia de tal segurança e bem-estar.

Solicito que os pesquisadores encaminhem à Secretaria Municipal da Saúde o Relatório Final ao encerrar a pesquisa.

Cordialmente,

STÊNIO J. CORREIA MIRANDA
Secretário Municipal da Saúde

Anexo 5 – Roteiro de entrevista semiestruturada para os participantes dos grupos de promoção da saúde que integraram o grupo focal e para o técnico da Secretaria Municipal de Saúde com atuação nos Sistemas de Informação

Roteiro de entrevista semiestruturada para os participantes dos grupos de promoção da saúde que integraram o grupo focal.

Parte 1 (entrevista individual)

1º) Idade (em anos):

2º) Sexo:

3º) Endereço:

4º) Quem te informou sobre os grupos de promoção da saúde realizados no CSE Vila Tibério:

() Agente Comunitário de Saúde

() Agente Administrativo

() Equipe de Enfermagem

() Auxiliar de Serviços Gerais

() Médico

() Pessoa que já participa do(s) grupo(s)

() Outro(s). Qual(is): _____

Parte 2 (entrevista em grupo focal)

1º) O que te levou a frequentar o(s) grupo(s) de promoção da saúde?

2º) Por qual motivo você continua participando do(s) grupo(s) de promoção da saúde?

3º) Você tem alguma sugestão de melhoria para o(s) grupo(s) de promoção da saúde?

Roteiro de entrevista semiestruturada para o técnico da Secretaria Municipal da Saúde com atuação nos Sistemas de Informação

1º) Idade (em anos):

2º) Sexo:

3º) Tempo de permanência na função (em anos):

4º) Como são registrados os grupos que ocorrem na atenção básica no sistema Hygiaweb?

5º) Existe no sistema Hygiaweb uma forma diferente de registrar o atendimento do grupo de prevenção e o atendimento do grupo de promoção da saúde? Por que?

6º) Como são registrados os atendimentos coletivos no sistema Hygiaweb da Secretaria Municipal de Saúde?

Anexo 6 – Artesanato

Grupo de Artesanato . Abril 2014		01	08	15	22	29
Simone		P	P	P	P	P
Seninha		P	P	P	P	P
Haydee		F	F	P	P	P
Aparecido Niche		P	P	F	P	F
Maria Inês		P	P	P	P	P
Maria do Carmo		P	F	P	F	P
Milda		P	F	P	F	P
Yvone		P	P	P	P	P
Maria Vitorazzi		P	P	P	P	P
Ernestina		P	P	F	P	P
Dora		F	F	F	F	F
Kristiane		P	P	P	F	P
Eclair		P	P	P	F	P
Kleide		P	F	F	P	P
Daniela		P	P	F	F	F
Maria Jose (Zezé)		P	P	P	P	F
Mathews		P	P	F	P	P
Olga		F	F	F	F	F
Elói		P	P	F	P	F
Maria das Dores		P	F	F	F	F
Resane		P	P	P	P	P
Fafa		P	P	P	P	P
Gilda		P	P	P	P	P
Alice		F	F	F	F	F
Maria de Jesus		F	F	P	F	P
Verinha		F	P	P	F	P
Sofia	Luana	P	F	F	F	F
Tara	Luana	P	F	F	F	F
Michelle	Luana	P	F	F	F	F