ANNA MARIA CHIESA

**Autonomia e resiliência:
categorias para o fortalecimento da intervenção na
atenção básica na perspectiva da Promoção da Saúde**

**Tese apresentada à Escola de Enfermagem
da Universidade de São Paulo, como parte
dos requisitos para o Concurso de Livre-
Docência junto ao Departamento de
Enfermagem em Saúde Coletiva**

**SÃO PAULO
2005**

Dedicatória

***À minha família, pelas atitudes exemplares que contribuíram com a
minha formação.***

***Aos meus pais, por não pouparem esforços e sempre estimularem a
continuidade dos meus estudos.***

***Ao Roberto, pelo carinho, compartilha e incentivo para prosseguir
na carreira.***

***Aos meus filhos, Mariana, Bruno e Gustavo, pela sensibilidade,
carinho e compreensão demonstrados no decorrer deste trabalho.***

Agradecimentos

Na realização desta pesquisa pude contar com a colaboração extremamente valiosa de várias pessoas, sob diversas circunstâncias, às quais agradeço sinceramente.

À Maria Fátima de Sousa, doutoranda da UNB, e Dr. Halim Girarde, técnico do UNICEF que elaboraram a proposta inicial do Projeto Nossas Crianças: Janelas de Oportunidades;

Às colegas que compuseram o grupo técnico inicial do Projeto: Ângela Maricondi, Iracema Benevides, Gisela M.B. Solymos, Maria Luisa P. V. Soares, Maria De La Ó R. Veríssimo, Maria do Carmo Portero da Silva, Lucila F. Neves, Siomara R. Chen, Deusdedit R. da Silva, Salvador Soler; e às que atualmente integram: Ana Maria Bara Brezolin, Kátia Correia, Lucília Nunes da Silva e Lislaine Aparecida Fracoli; pelo seu empenho e dedicação no decorrer de todo este processo;

À equipe de Coordenação da Atenção Básica e do PSF da Secretaria Municipal de Saúde, pelo cuidado na sistematização dos documentos do Projeto Janelas e pela disponibilização dos mesmos;

Aos profissionais do PSF integrantes do Projeto Janelas, pela postura crítica e comprometida durante todo o processo de desenvolvimento do trabalho que resultou na presente tese;

Às alunas orientandas da pós-graduação e iniciação científica, Verônica de Azevedo Mazza, Lívia Keismanas de Ávila, Tatiane Aparecida Venâncio Barboza, Kátia Maria Correia, Ana Paula Martins e Agda Lize Alves de Souza pela ajuda imprescindível nas diferentes etapas deste trabalho;

Aos funcionários do Departamento ENS Maria do Socorro de Lima Moura, Valéria Olmos, Therezinha Amaro dos Reis Alves e Edina Maria Constantino da Silva e à aluna monitora Aline Stivanin Teixeira, pela disponibilidade e atitude cuidadosa em todos os momentos do trabalho cotidiano;

Aos técnicos do Departamento Evellyn Simon Lima Basílio e Mauro Petrini Fernandes, pelo suporte nas dificuldades e pelas soluções criativas apresentadas;

À Profa. Dra. Emiko Yoshikawa Egry, pelo incentivo, confiança e contribuição teórica na elaboração desta pesquisa;

Às colegas do grupo de pesquisa Modelos Tecno-assistenciais e a Promoção da Saúde, Elma Lourdes Campos Pavone Zoboli, Lislaine Aparecida Fracoli, Maria Rita Bertolozzi, Maria De La Ó Ramallo Verísimo e Sayuri Tanaka Maeda, pelo incentivo e estímulo para o aprofundamento teórico no delineamento do campo da Promoção da Saúde;

À Profa. Dra. Renata Ferreira Takahashi, pelo estímulo, apoio e respaldo ao propiciar as condições necessárias para a realização deste trabalho;

Às Profas. Dras. Lislaine Aparecida Fracoli, Maria Amélia de Campos Oliveira e Maria Rita Bertolozzi pela confiança, ajuda incondicional na problematização dos resultados e na finalização desta tese;

Às colegas do Departamento ENS, pelo incentivo e manifestações de confiança e carinho durante este difícil processo de produção acadêmica.

Resumo

Autonomia e Resiliência: categorias para o fortalecimento da intervenção na atenção básica na perspectiva da Promoção da Saúde. Descritores: Promoção da Saúde, Saúde da Família, Saúde da criança, Empowerment

O presente estudo tem como objeto a análise uma experiência concreta de intervenção no âmbito do PSF paulistano, voltada para a promoção do desenvolvimento infantil. Trata-se de uma pesquisa descritiva de cunho qualitativo, cuja finalidade é analisar a autonomia e a resiliência como categorias práticas da Promoção da Saúde a partir da problematização do processo de implantação do projeto interventivo denominado "Nossas Crianças Janelas de Oportunidades". **Objetivos:** Descrever a implantação do Projeto Nossas Crianças: Janelas de Oportunidades a partir da análise documental evidenciando seus pilares de estruturação; 2. Captar as percepções dos multiplicadores acerca da autonomia e resiliência e sua relevância para a construção de novas tecnologias na atenção básica em saúde; 3. Analisar os significados das percepções evidenciando a contribuição dessas categorias na operacionalização dos conceitos de Promoção da Saúde.

Método: O desenvolvimento do estudo englobou a análise documental do processo de implantação do Projeto Janelas e a realização de um grupo focal com os profissionais integrantes como multiplicadores do referido Projeto. A análise dos dados pautou-se na hermenêutica-dialética visando o confronto dos dados empíricos com a realidade para a identificação dos aspectos relevantes na transformação da mesma. **Resultados:** Os principais resultados indicam a importância da parceria interinstitucional na elaboração dos pilares de estruturação conceitual do projeto, a relevância da construção coletiva no processo participativo desencadeado e a importância do processo de capacitação problematizadora que levou ao *empowerment* dos profissionais no encaminhamento do projeto. As percepções emergentes do grupo focal reforçam o potencial dos instrumentos do projeto para uma relação dialógica junto às famílias, a concretização do trabalho na perspectiva da Promoção da Saúde e o *empowerment* dos próprios profissionais para a realização do trabalho. A autonomia é percebida como uma categoria prática relacionada à ampliação da participação da população na relação com os profissionais, à superação exclusiva das práticas de autocuidado na doença, à percepção de que não pode ser definida unilateralmente pelo técnico, à percepção das fragilidades individuais decorrentes da inserção social e sobretudo à flexibilização das relações de poder nos serviços e no atendimento. A resiliência é percebida como uma categoria prática que instrumentaliza o profissional no reconhecimento e valorização da rede social, no fortalecimento da família como patrimônio e envolve o serviço de saúde com a realização de vivências solidárias junto à população. **Conclusão:** A análise dos resultados a partir do arcabouço teórico da Promoção da Saúde permitiu evidenciar que a autonomia e a resiliência têm potencial para promover o fortalecimento dos sujeitos profissionais, no sentido de protagonizarem um processo de geração de valores civilizatórios, contribuindo com a superação de lacunas decorrentes da ampliação do foco do trabalho em saúde.

Abstract

Autonomy and Resilience: categories for strengthening intervention in primary health care in the perspective of Health Promotion.

Keywords: health promotion, child health, family health, empowerment

The aim of the present study was to analyze an intervention in use within the São Paulo Family Health Program designed to promote child development. This descriptive qualitative study was designed to analyze the use of autonomy and resilience as praxical categories for Health Promotion through the problematization of the implantation process for the intervention project called "Our Children, Windows of Opportunity".

Objectives: The specific objectives were: 1. To describe the implementation of the Project through document analysis to illustrate the basic structure of the project; 2. To obtain the perceptions of multipliers about autonomy and resilience and their relevance to the construction of new technologies for primary health care; 3. To analyze the meaning of these perceptions to determine the contribution of these categories in the operationalization of concepts for Health Promotion. **Methods:** This study was based on document analysis of the implementation process of the Project and a focus group held with professionals who act as multipliers in this project. Data analysis was based on dialectic hermeneutics, with a view to comparing the empirical data directly with the actual situation to identify relevant aspects for its transformation. **Results:** the main results show the importance of an inter-institutional partnership in the development of conceptual foundations for the project, the relevance of collective building to unlock the participative process and the importance of problem solving skill building to enhance the empowerment of the professionals in their work on the project. The perceptions drawn from the focus group reinforce the potential of the project instruments for dialogical relationships with the families, its potential to concrete the work in Health Promotion perspective and the empowerment of the professionals themselves to carry out their work. Autonomy is perceived as a praxical category related to the broadening of participation by the population with regard to professionals, to overcome the exclusive view of the practices of self-care during periods of illness, to the perception that it cannot be unilaterally defined by the technician, to the perception of individual weaknesses resulting from disadvantaged social situations and, above all, to the flexibilize the relationships of power in health services and healthcare. Resilience is perceived as a praxical category that serves as a tool for the professional to recognize and appreciate the importance of the social network, in the strengthening of the family as an asset and involving the health service by carrying out solidarity activities with the public. **Conclusion:** The analysis of the results using the frame theory in Health Promotion demonstrated that autonomy and resilience have the potential to strengthen professional subjects so that they can play a role in the process of generating civilizing values, contributing to bridge the gaps created by the widening focus in health care.

Sumário

Apresentação	1
1. Introdução.....	3
1.1. Os desafios impostos pelo Sistema Único de Saúde na reorganização dos serviços	3
1.2. O Programa Saúde da Família como estratégia de reorganização da atenção básica no SUS.....	10
1.3. O desafio de estruturação de novas tecnologias para a consolidação da mudança do modelo assistencial	14
2. Objetivos	24
3. Metodologia.....	25
3.1. A concepção da pesquisa.....	25
3.2. Cenário e base empírica dos dados.....	27
3.3. Coleta de dados	31
3.4. Referencial de Análise dos dados.....	33
4. A Análise do processo de Implantação do Projeto Nossas Crianças: Janelas de Oportunidades.....	35
4.1. O contexto sócio-histórico de implantação: tecendo um projeto inovador	35
4.2. As Oficinas que desencadearam o processo de implementação do Projeto.....	49

4.3.	Construindo a rede de multiplicadores	51
4.4.	Estágio de implantação do Projeto em dezembro de 2004	52
5.	A apreensão dos sujeitos envolvidos acerca dos conceitos estruturantes do Projeto Janelas	61
5.1.	Contribuições do Projeto Janelas	62
5.2.	Mudanças observadas	73
5.3.	AUTONOMIA	78
5.4.	RESILIÊNCIA	86
6.	Síntese	92
7.	Referências Bibliográficas	97
Anexo 1		I
Anexo 2		II
Anexo 3		III
Anexo 4		XXIV

Lista de Quadros e Figuras

Quadro 1: Modelos Assistenciais e a Vigilância da Saúde.....	7
Quadro 2: situação dos Distritos de Saúde em relação aos critérios de inclusão na fase piloto de implantação do Projeto Janelas.	29
Quadro 3: Acompanhamento do Desenvolvimento Infantil. (Chen, Neves (2002).	48
Quadro 4: Número de equipes capacitadas e famílias acompanhadas nas diferentes Coordenações de Saúde do Projeto Janelas. São Paulo, dezembro de 2004.	53
Figura 1: Categorias e sub-categorias empíricas percebidas pelos profissionais de saúde em relação às contribuições do Projeto Janelas no seu cotidiano de trabalho.	69
Figura 2: Categorias e sub-categorias empíricas percebidas pelos profissionais de saúde em relação às mudanças observadas e projetadas a partir do Projeto Janelas no seu cotidiano de trabalho.	76
Figura 3: Categorias e sub-categorias empíricas percebidas pelos profissionais de saúde em relação à autonomia no âmbito do Projeto Janelas.....	82
Figura 4: Categorias empíricas percebidas pelos profissionais de saúde em relação à resiliência no âmbito do Projeto Janelas.....	88
Mapa: Identificação dos Distritos de Saúde envolvidos no “Projeto Nossas Crianças, Janelas de Oportunidades”.....	30

Apresentação

A presente investigação é parte integrante da linha de pesquisa que agrega estudos desenvolvidos pelo Grupo de Pesquisa do CNPq, denominado “Modelos Tecnoassistenciais e a Promoção da Saúde”, que está sob minha coordenação e visa produzir conhecimentos que contribuam para a melhoria das práticas em saúde e do ensino, em diferentes níveis de formação dos profissionais de saúde, resgatando as contribuições da educação emancipatória, a identificação de necessidades em saúde específicas de distintos grupos sociais e o fortalecimento dos sujeitos para o exercício da cidadania.

Tem a finalidade de adensar a produção de conhecimentos relacionados à incorporação do paradigma da Promoção da Saúde no contexto da atenção básica em saúde, visando o fortalecimento do Sistema Único de Saúde, reconhecendo sua amplitude como política pública e as lacunas existentes no âmbito da formulação de modelos assistenciais para assegurar a universalidade, a integralidade e a equidade das ações.

Em que pese o reconhecimento da importância das condições de vida na configuração dos perfis de morbimortalidade, a assistência às demandas coletivas em geral não utiliza instrumentos adequados para discriminar as necessidades específicas dos diferentes grupos sociais, gerando limitações na formulação de ações voltadas para a mudança dos determinantes sociais que interferem no processo saúde-doença. Quando essa preocupação não está presente, os serviços acabam por recortar como objeto exclusivamente a doença ou a gravidade do processo patológico vivenciado.

A história da atuação dos serviços na área da saúde pública revela práticas pautadas em programas estruturados de maneira vertical, desarticulados da realidade local e com pequeno impacto nos perfis epidemiológicos dos grupos sociais.

Neste estudo, as contribuições teóricas do campo da Promoção da Saúde foram utilizadas na formulação de tecnologias voltadas para a superação das lacunas acima mencionadas. A temática escolhida é

decorrência da continuidade da operacionalização do conceito de equidade em saúde, tomando como referência as necessidades de grupos sociais distintos e do seu atendimento na perspectiva de enfrentamento das condições adversas, a partir do uso das categorias autonomia e resiliência.

1. Introdução

O presente estudo tem como objeto uma experiência concreta de intervenção no âmbito do PSF paulistano, voltada para a promoção da saúde infantil, especificamente relativa à promoção do desenvolvimento infantil.

Sua finalidade é discutir a autonomia e a resiliência como categorias práticas capazes de contribuir para a formulação de novas tecnologias de intervenção em saúde coletiva na perspectiva da Promoção da Saúde; entendida como o campo de conhecimentos e práticas que tem potencial para reverter o modelo biomédico das práticas em saúde.

Abarca uma importante área da Promoção da Saúde que trata do processo de aquisição de conhecimentos e práticas que fortalecem a autonomia dos sujeitos e grupos sociais no controle das condições prejudiciais à saúde. Estudos anteriores, realizados na perspectiva de identificar necessidades de saúde no controle de agravos respiratórios na população infantil, apontaram para a necessidade de fortalecer a autonomia por meio de ações do setor saúde, assim como o desenvolvimento de políticas públicas intersetoriais que garantam um foco integrado na superação dos problemas existentes. (Chiesa, Westphal, Kashiwagi, 2002)

Justifica-se sua realização pela necessidade de investir no desenvolvimento de pesquisas voltadas para a construção de tecnologias que possam fortalecer a autonomia e a resiliência dos sujeitos na perspectiva da Promoção da Saúde. Para verificar o alcance dessas categorias em relação ao campo conceitual definido, dedica-se a examinar a experiência de implantação do projeto **“Nossas Crianças: Janelas de Oportunidades”**, em curso na Secretaria Municipal de Saúde de São Paulo, voltado para a formulação de novas tecnologias em saúde da família.

1.1. Os desafios impostos pelo Sistema Único de Saúde na reorganização dos serviços

O Sistema Único de Saúde (SUS) representa uma das principais conquistas da sociedade brasileira em termos de políticas públicas inclusivas

cujo foco é o Direito à Saúde. Fruto de uma ampla mobilização social no momento de redemocratização do país entre as décadas de 70 e 80, o SUS foi concebido no âmbito do Movimento da Reforma Sanitária, envolvendo movimentos populares, usuários, trabalhadores do setor saúde e autoridades sanitárias. Sua criação foi assegurada na Constituição Brasileira de 1988, no capítulo da saúde e seguridade social, e sua regulamentação deu-se em 1990 com a Lei 8080 (Gouveia, Palma, 1999).

O SUS estrutura-se a partir dos princípios da universalidade do atendimento, estendendo a cobertura das ações para a totalidade dos cidadãos; da integralidade da rede de serviços, contemplando a possibilidade dos usuários acessarem os diferentes níveis de complexidade do sistema de saúde em busca da resolubilidade dos problemas apresentados; da equidade na oferta das ações, reconhecendo as distintas necessidades da população a ser atendida; da descentralização política e administrativa dos serviços; e da participação social, envolvendo os diferentes segmentos da sociedade na formulação e controle da execução dessa política pública.

O processo de implementação do SUS vem acumulando experiências positivas no território nacional, sobretudo em relação a descentralização político-administrativa da rede de serviços; garantia de acesso universal ao sistema público, com efetiva ampliação de cobertura da assistência à saúde, tanto na rede básica como nos serviços especializados; e fortalecimento dos mecanismos de legitimação da participação popular por meio da criação de Conselhos Gestores nas diferentes esferas de administração dos serviços.

No entanto, depara-se, ainda, com inúmeras dificuldades na operacionalização da equidade e da integralidade da assistência em saúde, principalmente pela falta de um modelo assistencial capaz de incorporar essa nova responsabilidade do setor saúde. A concretização dos princípios do SUS requer, entre outros aspectos, a estruturação de um modelo assistencial cujo foco da atenção não seja dirigido somente para o tratamento das doenças, mas para os determinantes das condições de saúde de uma dada população.

No quadro de morbimortalidade das nações latino-americanas, sobretudo nos centros urbanos, coexistem agravos de origem infecciosa, parasitária e carenciais, juntamente com problemas cardiovasculares, acidentes, transtornos mentais, agravos de origem degenerativa e de contaminação ambiental. Entretanto, para o enfrentamento desses problemas, continuam sendo estruturadas ações de caráter normativo, vinculadas ao modelo de assistência individual.

O desafio que o SUS apresenta para os profissionais de saúde e gestores implica articular ações técnicas e organizacionais que simultaneamente produzam impactos sobre a exclusão de segmentos marginalizados da sociedade através do princípio da universalidade do acesso e as distintas necessidades que os grupos sociais apresentam em função das imensas desigualdades sociais observadas na sociedade brasileira, atendendo assim ao princípio da equidade. Finalmente, implica garantir a possibilidade dos cidadãos usufruírem os diferentes recursos tecnológicos a partir das condições clínicas e epidemiológicas traduzida pelo princípio da integralidade. O que se coloca, portanto, abarca uma complexidade que não pode ser atendida por proposições fragmentadas. Há necessidade de operar mudanças profundas em diversos âmbitos, com destaque para a formação dos profissionais da saúde e implementar modelos assistenciais que estruturam as diferentes possibilidades de atuação profissional.

Mendes (1990) destaca a importância de considerar a heterogeneidade da população em termos de suas necessidades e do acesso aos serviços de saúde, postulando o conceito de equidade como fundamental para a priorização das ações de saúde, visando a gradual diminuição das desigualdades observadas.

O início da década de 90 privilegiou a discussão da reorganização do sistema de saúde com vista à implantação e regulamentação do SUS, negligenciando a discussão dos modelos assistenciais (Teixeira, Paim, Vilasboas 1998).

O processo de integração dos diferentes gestores para a viabilização da descentralização político-administrativa preconizada pelo SUS trouxe à tona essa discussão, já em meados da década de 90, como pode ser verificado na “Carta de Fortaleza”, documento síntese do Encontro de Secretários Municipais de Saúde realizado em 1995. Nesse documento há o reconhecimento da saúde como direito fundamental do ser humano e de que a operacionalização do SUS requer a efetiva articulação entre as ações de promoção, prevenção, recuperação e reabilitação, nas dimensões individual e coletiva da população. O documento resgata, ainda, os marcos referenciais de conferências internacionais, como a de Alma-Ata, realizada em 1978, a I Conferência de Promoção da Saúde, realizada em Ottawa em 1986 e a Conferência Latino-americana de Promoção da Saúde, realizada em Bogotá em 1992.

A Carta de Fortaleza, destaca particularmente a Promoção da Saúde como uma alternativa para o processo de reorientação dos serviços de saúde, por meio do fortalecimento de práticas voltadas para a integralidade da atenção, a importância das ações intersetoriais e o conceito de saúde como meio para qualidade de vida (Teixeira, Paim, Vilasboas 1998).

Discutindo modelos assistenciais, os referidos autores apresentam um quadro comparativo que elucida a dificuldade tanto do modelo médico-assistencial e como do modelo sanitário de reestruturar os serviços de saúde na perspectiva da articulação dos sujeitos, objetos, meios de trabalho e formas de organização dos serviços.

Quadro 1: Modelos Assistenciais e a Vigilância da Saúde

MODELO	SUJEITO	OBJETO	MEIOS DE TRABALHO	FORMAS DE ORGANIZAÇÃO
Modelo médico-assistencial privatista	Médico Especialização Complementaridade (paramédicos)	Doença (patologia e outras) Doente (clínica e cirurgia)	Tecnologia médica (indivíduo)	Rede de serviços de saúde Hospital
Modelo Sanitarista	Sanitarista Auxiliares	Modos de transmissão Fatores de risco	Tecnologia sanitária	Campanhas sanitárias Programas especiais Sistemas de Vigilância epidemiológica e sanitária
Vigilância da Saúde	Equipe de saúde População (cidadão)	Danos, riscos, necessidades e determinantes dos modos de vida e saúde (condições de vida e trabalho)	Tecnologias de comunicação social, de planejamento e programação local, situacional e tecnologias médico sanitárias	Políticas públicas saudáveis Ações intersectoriais Intervenções específicas (promoção, prevenção, recuperação) Operações sobre outros problemas e grupos operacionais

Fonte: Teixeira, Paim, Vilasboas (1998) – grifos nossos.

No modelo da Vigilância da Saúde, o aspecto relevante da superação centra-se mais na articulação de saberes e práticas, que na manutenção das dicotomias historicamente instauradas. Passa, também, pela formulação de novas tecnologias que embasem o objeto ampliado de intervenção, delimitado a partir das novas responsabilidades do setor saúde.

O modelo da Vigilância reorienta a atuação do setor saúde incluindo ações sobre as exposições, vulnerabilidades e necessidades dos indivíduos e grupos no tocante ao processo saúde-doença (Buss, 1996).

Para responder a esse desafio resgata-se as concepções do campo da Promoção da Saúde como profícuo para a elaboração da articulação entre as práticas já constituídas e as práticas emergentes, necessárias para a resposta eficaz do setor saúde na sociedade.

Os desafios relativos à reorganização dos serviços de saúde, no entanto, não constituem problema específico da realidade brasileira. Nesse sentido, recuperam-se as contribuições no campo da Promoção da Saúde, a partir da I Conferência Internacional realizada em Ottawa, Canadá, como potencial para o equacionamento dos problemas vivenciados.

Na constituição do novo paradigma da Promoção da Saúde, sobretudo a partir da Conferência de Bogotá, pautada na realidade latino-americana, foi ressaltada a importância da equidade na produção social da saúde e doença.

Para Kadt, Tasca (1993), a operacionalização do conceito de equidade no setor saúde faz-se a partir do reconhecimento das “chances de vida” de determinada população, em substituição ao risco, já que este último se restringe aos aspectos biológicos e é mais voltado a ações individuais que coletivas.

Segundo Tones (1994), a atuação na perspectiva da promoção da saúde deve pautar-se, prioritariamente, pela diminuição das iniquidades e fortalecimento da população. Esta ação, denominada “competente” pelo referido autor, compreende quatro dimensões, quais sejam: ampliar as oportunidades de escolha, alertar sobre as suas possíveis conseqüências, desenvolver trabalhos educativos que incorporem a reflexão sobre a realidade vivida, estimulando a discussão sobre quais seriam as mudanças possíveis, e, finalmente, instrumentalizar com habilidades necessárias para a realização das mudanças desejadas.

Segundo Goldbaum (1997), a equidade manteve sempre estreita relação com o objeto da epidemiologia na sua tarefa precípua de reconhecer as condições que favorecem a expansão das doenças. No entanto, foi nas últimas décadas que se pode observar de forma mais evidente a

preocupação dos profissionais de saúde em analisar a distribuição das doenças a partir do reconhecimento das iniquidades sociais.

Dado o aumento dos processos excludentes na sociedade, em decorrência da globalização da economia, suas repercussões evidenciam-se no aumento das diferenças entre os grupos sociais, traduzidas na extrema desigualdade na distribuição dos recursos, bem como nos indicadores de saúde.

Whitehead (1990) esclarece que tal preocupação passou a ser pauta dessas reuniões, dada a magnitude dos diferentes perfis epidemiológicos entre as regiões da Europa e entre os diferentes grupos sociais num mesmo país. A autora ressalta que as iniquidades podem ser mensuradas por meio de grandes diferenças, por exemplo, quanto à expectativa de vida e causas de mortalidade, evidenciando a estreita relação entre a pobreza e a redução das chances de vida. Os dados de morbidade também revelam diferenças associáveis à inserção social dos indivíduos, na medida que podem ser identificadas diferentes vivências do processo saúde/doença, bem como a maior incidência de processos crônicos nas camadas economicamente mais pobres da população.

A perspectiva de atuação em saúde que busca a resolução de problemas e a interferência nos indicadores de saúde deve focalizar prioritariamente a identificação das iniquidades, com vistas a reduzir sua influência, buscando com isso transformar os perfis epidemiológicos, no sentido de aprimorá-los, sendo difícil atuar nessa perspectiva se não forem conhecidos os grupos prioritários para a atuação.

Whitehead (1990) destaca o fato de que o termo iniquidade contempla o sentido de injustiça, não podendo ser aplicado a todas as diferenças observadas entre os grupos, no aspecto matemático da distribuição das doenças. As diferenças existentes relativas às características biológicas e de caráter individual não devem ser consideradas iniquidades. O conceito de iniquidade é aplicado aos problemas de saúde cujas causas são consideradas injustas em relação ao

conjunto da sociedade, decorrentes da inserção social dos indivíduos e do limitado poder de controle individual sobre as mesmas.

Whitehead (1990) destaca ainda que o foco central de uma política de ação em equidade e saúde deve ser a redução ou eliminação dos problemas cujas causas são consideradas evitáveis e que se referem à injustiça social.

A perspectiva norteadora da operacionalização da equidade em saúde é a de ampliar as condições para igualar as oportunidades, reduzindo ao máximo as influências da desigualdade decorrente da inserção social e, uma vez tendo acessado os serviços, contar com tecnologias que permitam atender as necessidades decorrentes da inserção social. É nessa perspectiva que Hansen (s/d) destaca a relevância da inserção social nas análises sobre os problemas a serem estudados nos grupos populacionais.

Castellanos (1997) sublinha a importância da Saúde Pública assumir as iniquidades sociais como objeto de intervenção e investigação, no que diz respeito ao recorte do objeto, na maioria das vezes circunscrito ao nível individual. O conceito de iniquidade diz respeito às brechas passíveis de redução nos perfis epidemiológicos dos grupos sociais.

Os desafios relativos à implementação da integralidade dizem respeito à articulação dos diferentes níveis de complexidade dos serviços de saúde, exigindo a formalização de sistemas de referência e contra-referência para a continuidade do atendimento.

1.2. O Programa Saúde da Família como estratégia de reorganização da atenção básica no SUS

No contexto na atenção básica em saúde, vive-se um momento de reorganização do modelo assistencial, a partir da implantação do Programa Saúde da Família (PSF), que se propõe a articular universalidade, equidade e integralidade (Chiesa, Batista 2004).

O Programa Saúde da Família (PSF) foi concebido pelo Ministério da Saúde em 1994 e, de acordo com Franco, Merhy (1999), sua implantação tem o objetivo de proceder:

“à reorganização da prática assistencial em novas bases e critérios, em substituição ao modelo tradicional de assistência - orientado para a cura de doenças e centrado no hospital. No PSF a atenção está centrada na família, entendida e percebida a partir do seu ambiente físico e social, o que vem possibilitando às equipes de Saúde da Família uma compreensão ampliada do processo saúde-doença e da necessidade de intervenções que vão além das práticas curativas”.

O PSF foge da concepção usual dos programas tradicionais concebidos no Ministério da Saúde, pois não se trata de uma intervenção pontual no tempo e no espaço e tampouco de forma vertical ou paralela às atividades rotineiras dos serviços de saúde. Ao contrário, objetiva a integração e a organização das atividades em um território definido, com um propósito de enfrentar e resolver os problemas identificados, com vistas a mudanças radicais no sistema, de forma articulada e perene (Sousa, 2000).

Não se trata, portanto, de uma proposta paralela na organização dos serviços de saúde e, sim, numa estratégia de substituição e reestruturação do modelo a partir da atenção básica. Uma característica do PSF refere-se ao trabalho inter e multidisciplinar, pois não está centrado na ação do médico de família, mas de uma equipe de saúde da família, na qual existe uma definição de competências e co-responsabilidades entre seus membros. As unidades de saúde à qual se vinculam essas equipes também passam por reestruturação administrativa para comportar esse novo processo de cuidar. Esses, portanto, constituem os elementos diferenciadores para a construção de um novo modelo em que indivíduos, famílias e comunidade são os focos da atenção em saúde.

Nesse contexto, a equipe nuclear tem importantes compromissos, tais como:

“entender a família e o seu espaço social como núcleo básico da abordagem e não mais o indivíduo isoladamente; prestar assistência integral, resolutiva, contínua e de boa qualidade; buscar intervir sobre os fatores de risco; e agir buscando a humanização das práticas de saúde, a criação de vínculos de compromisso e co-responsabilidade entre os profissionais de saúde e a comunidade; promover o desenvolvimento de ações intersetoriais através de parcerias; promover a democratização do conhecimento do processo saúde-doença, da organização do serviço e da produção social da saúde; estimular o reconhecimento da saúde como um direito de cidadania e organização da comunidade para efetivo exercício do controle social” (Souza - 1999).

A implantação do PSF no Brasil totalizou, até dezembro de 2004, mais de 23.000 equipes. Trata-se de um fenômeno considerado irreversível, já que a atenção à saúde da família teve grande aceitação no território nacional.

Um estudo sobre a implantação do PSF realizado junto a uma região administrativa do estado de Minas Gerais apontou como principais potências da estratégia a maior incorporação da população no controle das ações públicas, a identificação da família como núcleo de cuidados merecedora de atenção por parte dos profissionais, a realização de atividades voltadas para a monitorização da saúde no território, o uso do cadastramento das famílias como instrumental para o exercício do planejamento ascendente e a maior vinculação e responsabilização dos serviços junto às famílias atendidas pelo programa (Araújo, 1999).

No entanto, existem ainda poucas experiências de implantação em grandes centros urbanos, como é o caso de São Paulo.

O Município de São Paulo (SP) contou com a implantação de equipes de Saúde da Família, em 1996, por meio do Projeto Qualidade Integral em Saúde (Qualis), por iniciativa da Secretaria Estadual de Saúde, em parceria com a Casa de Saúde Santa Marcelina. Essa iniciativa pioneira teve início na Zona Leste da cidade, expandindo-se depois para outras regiões a partir de outras parcerias estabelecidas, chegando em 2001 com cerca de 200 equipes. Esse processo deu-se em função das diretrizes municipais que na época não priorizavam a viabilização do SUS.

Somente em 2001, o PSF foi implantado pela Secretaria Municipal de Saúde como estratégia estruturante da atenção básica e na diretriz de fortalecimento do SUS. No cenário paulistano, o PSF deparou-se com o desafio de reformular o modelo de atenção em uma rede de aproximadamente 400 unidades básicas de saúde que haviam passado por um processo recente de municipalização da estrutura estadual para a gestão de SMS, além da necessária expansão de serviços para áreas até então descobertas de qualquer tipo de equipamento público.

O Programa Saúde da Família do Município de São Paulo, desde o início, configurou-se como uma estratégia estruturante da reorganização da atenção básica, na perspectiva de recolocar o município nas diretrizes do Sistema Único de Saúde, distinguindo-se da proposta anterior (Sobrinho, Chiesa, Sousa 2002).

O desafio de implantar o Programa Saúde da Família na cidade de São Paulo não se limitou à contratação de equipes. Apesar de contar com 730 equipes e aproximadamente 4.500 agentes comunitários da saúde atuando nos diferentes bairros do município até março de 2003, tornou-se absolutamente necessário desenvolver tecnologias para fortalecer a nova atenção básica que vem sendo construída.

Um avanço importante do PSF é a possibilidade de realizar ações de saúde, tanto curativas como preventivas, além dos muros da unidade básica de saúde, permitindo que um maior envolvimento das equipes com a população atendida. Com isso, amplia-se também o objeto de atuação da área da saúde, não se limitando mais somente à dimensão biológica, mas

incluindo as dimensões sociais e humanas relacionadas à saúde (Chiesa 2000 e Chiesa 2003).

A partir dessa maior capilaridade no território que o PSF permite alcançar, destaca-se o potencial de operacionalizar a equidade em saúde, um dos princípios fundamentais do SUS. Ou seja, ao conhecer melhor a população que constitui as diferentes áreas de abrangência das equipes, isto possibilita realizar ações diferenciadas, voltadas para as reais necessidades de saúde. Com isso, a equidade potencializa a resolubilidade nessa nova perspectiva de estruturação da atenção básica (Chiesa, Batista 2004).

Outro aspecto que merece ser destacado é a oportunidade de ampliar ações para fortalecer os potenciais de saúde da população, evidenciando a necessidade de desenvolver novas tecnologias de atenção apropriadas para a dimensão da Promoção da Saúde (Chiesa, Batista 2004). Dessa forma, o PSF configura-se como produtor e ao mesmo tempo capturador de demandas por novas tecnologias em saúde.

Estudos realizados anteriormente vêm aprofundando a construção de instrumentos capazes de discriminar as necessidades de saúde de grupos sociais com graus distintos de vulnerabilidade social (Chiesa, 1999). Ao mesmo tempo, algumas pesquisas recentes têm mostrado que, diante dos processos mórbidos ou do maior comprometimento do potencial de saúde, as categorias sociais de autonomia e resiliência são de fundamental importância para o cuidar em saúde coletiva (Ávila 2000; Ávila, Chiesa, 2002).

1.3. O desafio de estruturação de novas tecnologias para a consolidação da mudança do modelo assistencial

Os desafios das novas tecnologias em saúde passam pela identificação e apreensão dos trabalhadores de um novo objeto de trabalho, deslocando-o da doença para a vida, para as necessidades dos indivíduos, grupos e coletividade (Teixeira, Paim, Vilasboas 1998; Merhy, Campos, Cecílio 1994).

As características do trabalho em saúde permitem que os profissionais preservem um grau de autonomia no cotidiano dos serviços que se expressam na definição de prioridades e são decorrentes dos arranjos institucionais, via de regra, representando brechas para a atuação transformadora.

Geralmente, a discussão das tecnologias traz à tona a idéia de recursos materiais como equipamentos, aparelhos e instrumentos sofisticados. Segundo Merhy, Campos e Cecílio (1994), no entanto, este arsenal é somente produto do saber acumulado num dado momento histórico e serve a uma determinada lógica de organização das práticas.

O que se coloca para a discussão de elaboração de novas tecnologias, portanto, é um movimento de valorização do sujeito profissional e subordinação do instrumental à finalidade do trabalho delineada pelo mesmo. Implica, ainda, na re-significação da contribuição da sabedoria, da atitude, dos compromissos e da responsabilidade do profissional como tecnologias necessárias para a construção de práticas transformadoras na superação do modelo biomédico.

Em um estudo anterior (Ávila, Chiesa 2002), que teve como foco aprofundar o reconhecimento das necessidades da população atendida pelo PSF em São Paulo, na perspectiva da Promoção da Saúde, as categorias práticas de autonomia e resiliência foram identificadas como fundamentais para subsidiar a elaboração de intervenções em saúde voltadas para superar iniquidades.

O conceito de autonomia é um princípio ético que se inspira nas ciências jurídicas, caracterizando a pessoa autônoma como aquela maior de idade capaz de decidir livremente sobre questões de sua vida, estando esta ligada somente ao nível do indivíduo e não a um grupo ou população (Guimarães, Novaes, 1999).

Doyal e Gough (1994) apontam que a sobrevivência física e a autonomia pessoal são necessidades universais e fundamentais para o usufruto de outros direitos sociais.

Boff (2003) defende que a conquista da saúde passa pela adoção pessoal de uma atitude de autonomia para o enfrentamento das dificuldades vivenciadas no processo saúde-doença.

No âmbito da saúde, a discussão de autonomia vem ampliando sua importância, dada a legislação que trata dos direitos do paciente, que recoloca a população atendida numa condição de maior igualdade de condições em relação aos profissionais de saúde, inclusive para definir as opções terapêuticas que pode fazer uso. (São Paulo, 1995)

Também no âmbito da educação em saúde, a discussão da autonomia sempre esteve presente como perspectiva de processos emancipatórios, voltados para o fortalecimento dos sujeitos, superando a ênfase dada tradicionalmente na Saúde Pública de adaptação a estilos de vida saudáveis (Chiesa, Westphal 1995; Wallerstein 1994).

Segundo Fortes (1998), autonomia é um termo de origem grega, relacionado à capacidade do ser humano de tomar decisões baseadas nos valores, expectativas, necessidades, prioridades e crenças. Trata-se de uma competência associada à condição de liberdade de escolha e de ação, sendo que sua viabilização depende da existência de diferentes possibilidades de ação.

A incorporação da autonomia do paciente na definição dos projetos terapêuticos é recente, motivada, sobretudo, pela ampliação do entendimento da produção social da saúde, superando uma visão unicausal e mágica do adoecimento. Na assistência à saúde, o princípio da autonomia implica tornar horizontais as relações de poder profissionais e usuários de serviços de saúde, resgatando o princípio da dignidade da natureza humana, respeitando a pessoa autônoma nos seus pontos de vista, decisões, crenças, aspirações e valores (Fortes 1998).

A bioética é o campo de aprofundamento teórico e conceitual desse aspecto nas relações entre os profissionais e os pacientes/sujeitos. Segundo Zoboli (2003), no enfoque principalista da bioética, o respeito à autonomia implica respeitar a capacidade do sujeito para decidir, dizendo a verdade, respeitando sua privacidade, protegendo informações confidenciais, atuando

a partir do consentimento livre e esclarecido e ajudando na tomada de decisões. Beauchamp e Childress, citados por Zoboli (2003), alertam para o perigo de tratar questões relativas à Ética biomédica como uma prática individualista e com primazia do racional nas escolhas, sugerindo contemplar a natureza social dos indivíduos e os seus aspectos emocionais no processo de tomada de decisões.

Para os referidos autores, as condições para o exercício da autonomia abarcam a liberdade, entendida como interdependência de influências controladoras, e a competência, relativa à capacidade para a ação intencional. A articulação entre estes dois aspectos implica o reconhecimento de uma prática complexa, pois abarca realidades concretas, com possibilidades distintas, envolvendo sujeitos com perspectivas singulares e responsabilidades técnicas definidas.

Para os autores, a autonomia é um direito (liberdade) que não pode assumir um caráter de obrigatoriedade. A esse respeito, Zoboli (2003) afirma:

"a interpretação mais adequada do respeito à autonomia abarca o reconhecimento de uma obrigação fundamental de assegurar, da mesma forma, aos usuários dos serviços de saúde o direito de escolherem, aceitarem ou declinarem da informação.....os profissionais deveriam sempre indagar dos pacientes seus desejos de receber informação e tomar suas decisões, não assumindo que, pelo fato de pertencer a uma determinada comunidade, este compartilha totalmente da visão de mundo e dos valores por ela propalados" (pág. 56 - grifo nosso).

Estes aspectos evidenciam que se trata uma dimensão fundamental da viabilização do direito à saúde, cuja operacionalização torna a assistência extremamente complexa. Poucos estudos indicam como abordar o seguimento de doenças crônicas e estigmatizantes a partir das diferentes

orientações religiosas, ou ainda, a condução acerca do uso de tecnologias anticoncepcionais para seguimento de situações específicas.

A atenção básica é o cenário de relacionamento com os indivíduos e famílias no seu *locus* de maior autonomia, no domínio da vida privada. Em geral, as ações estão voltadas para sujeitos universais, daí a necessidade de desenvolver articulações para adequar as atividades de saúde às necessidades reais dos envolvidos, respeitando as especificidades da inserção social e da subjetividade desses sujeitos e famílias.

Zoboli (2003) defende que as obrigações dos profissionais de saúde incluem atuar para ampliar a capacidade de escolha, superando as barreiras de informações que perpetuam medos e cristalizam tabus.

No presente estudo, a autonomia é tomada como uma categoria prática que traz consigo o desafio de trabalhar as habilidades individuais dos sujeitos sociais para realizar os projetos de vida que definem como necessários, ampliando o poder desses sujeitos para transformar as condições que geram os problemas relevantes de saúde, com destaque para as ações intersetoriais.

A resiliência é outra categoria estruturante deste estudo. O termo é pouco utilizado no Brasil no âmbito das Ciências Humanas, mas é bem conhecido nas áreas de Engenharia, Física e Odontologia, já que é amplamente adotado no âmbito da resistência de materiais (Yunes 2001). Na área da saúde este conceito vem sendo mais utilizado no campo da saúde mental.

Yunes (2001) considera seu uso ainda incipiente na área das Ciências Humanas, o que gera definições imprecisas, alertando para a necessidade de cautela para sua melhor utilização. A autora destaca que o termo vem sendo utilizados sob três perspectivas:

- em estudos de caráter experimental, com análises estatísticas, que definem traços de pessoas resilientes, como sociabilidade, criatividade na solução de problemas e senso de autonomia;

- em estudos qualitativos a partir de histórias de vida que buscam caracterizar a resiliência nas trajetórias singulares dos indivíduos estudados;
- em estudos que refletem o discurso de trabalhadores que lidam com crianças (educadores, assistentes sociais) nos quais há a perspectiva da resiliência como processo.

Yunes (2001) realizou uma extensa revisão bibliográfica acerca do tema e indica que o uso do conceito no campo da Psicologia busca focalizar primeiramente o indivíduo, associando a resiliência à idéia de "invencibilidade", determinada por disposições pessoais. Em obra posterior, Yunes (2003) apresenta um resgate histórico sobre a conceituação de resiliência e aponta para sua utilização mais recente com caráter mais dinâmico, relacional e circunstancial, superando a visão inicial de atributo, porém ainda centrado no indivíduo, sobretudo na criança.

Para aprofundar o entendimento deste conceito, recorreu-se às produções do Centro de Estudos e Pesquisas - CEPRUA, ligado à Universidade Federal do Rio Grande do Sul, na área de psicologia social. Essa produção pode contribuir para estabelecer as mediações necessárias para sua utilização no campo da saúde coletiva, mais especificamente nos serviços da rede básica de atenção à saúde, que conta com profissionais com uma prática generalista. A identificação com o referido grupo diz respeito ao escopo do seu trabalho, qual seja, analisar e intervir sobre fenômenos ligados ao sofrimento emocional de indivíduos e famílias que vivenciam de maneira intensa os processos de exclusão social.

Cecconello (2003, p.9), em sua tese de Doutorado, utiliza a seguinte definição, apoiada em Masten: *"resiliência refere-se ao fenômeno caracterizado por resultados positivos na presença de sérias ameaças ao desenvolvimento da pessoa"*.

A autora considera que a resiliência pode ser observada quando há coesão familiar, qualidade no relacionamento entre pais e filhos, envolvimento paterno na educação da criança e práticas educativas envolvendo afeto, reciprocidade e equilíbrio de poder. Também destaca o

papel da rede de apoio social efetiva no auxílio da família durante o processo de socialização da criança, atuando como recurso ao qual os pais possam recorrer em situações de stress.

Cecconello (2003) resgata as contribuições do modelo bioecológico de Bronfenbrenner para o estudo do desenvolvimento humano, no qual há interação de quatro dimensões, quais sejam: o processo, a pessoa, o contexto e o tempo. Na articulação dessas dimensões, adquire especial relevância o processo, cuja efetividade depende do engajamento da pessoa em uma atividade; da presença dessa atividade no cotidiano, contando menos as atividades ocasionais; do desenvolvimento da atividade não ser meramente repetitivo, devendo abarcar a possibilidade de complexificação crescente.

Há necessidade de reciprocidade de interesse entre o adulto e a criança e para que a interação seja recíproca, é necessário partir do interesse da criança. Trata-se, portanto, de um processo dinâmico, que valoriza a interação cotidiana e que é construído a partir da realidade concreta das famílias.

Cecconello (2003) destaca, ainda, que os processos proximais podem resultar positivamente no desenvolvimento humano conferindo competência à criança, definindo competência como:

"aquisição de conhecimento, habilidades e capacidade para conduzir e direcionar seu próprio comportamento através de situações e domínios evolutivos, tanto isoladamente como através de uma combinação entre eles (intelectual, físico, sócio-emocional, motivacional e artístico)"(p.12).

O resultado negativo dos processos proximais, por sua vez, seria a dificuldade na aquisição das habilidades mencionadas. A possibilidade de obter resultados positivos ou negativos a partir dos processos proximais está relacionada a maior ou menor exposição a essa interação, podendo variar pelo período de contato, assiduidade, constância, sintonia entre a

necessidade da criança e tolerância do adulto, assegurando-se de garantir autonomia à medida que se dá o desenvolvimento.

O segundo aspecto constitutivo do modelo bioecológico do desenvolvimento humano proposto por Bronfrenbrenner diz respeito às características individuais da criança, destacando-se que, durante o ciclo de vida, predominam períodos de estabilidade e mudança dessas características biopsicológicas.

Dentre estas, destacam-se atitudes generativas, como curiosidade, exploração do ambiente, engajamento em atividades complexas e formulação de padrões de controle de si mesma e do ambiente. Já as disposições inibidoras incluem a dificuldade em se relacionar, por apatia, timidez excessiva e agressividade (Cecconello, 2003).

O terceiro aspecto constitutivo do referido modelo relaciona-se ao contexto, o qual inclui desde a vivência das relações proximais, a possibilidade de conhecer e freqüentar novos ambientes, a rede social de apoio e as instituições que configuram a inserção social da família. Finalmente, a dimensão estrutural, sobretudo através da ideologia, que define as crenças valores, mecanismos de afirmação de direitos, definição de políticas públicas que podem favorecer ou dificultar a construção de ambientes saudáveis (Cecconello, 2003).

Nas pesquisas sobre resiliência, a exclusão social e a pobreza têm sido destacadas como adversidades crônicas que podem comprometer o potencial de desenvolvimento dos sujeitos (Cecconello 2003).

Esses aspectos podem ser relacionados ao desenvolvimento infantil e à promoção da resiliência, dada a finalidade do Projeto Nossas Crianças Janelas de Oportunidades, o qual buscou a operacionalização do enfrentamento das iniquidades a partir do uso de tecnologias de promoção da saúde junto às famílias que vivem em situação de exclusão social.

A promoção da resiliência está menos associada à ausência de condições adversas e mais aos desafios que dão oportunidade de desenvolver habilidades de adaptação e superação dos mesmos. É importante intervir nos momentos de ocorrência de eventos estressantes

como separações, desemprego, perda de ente familiar e existência de doença mental crônica nos pais (Cecconello, 2003).

A referida autora, apoiada em Garmezy & Masten, indica que as condições promotoras de resiliência abarcam características pessoais relativas a auto-estima, inteligência, capacidade para resolver problemas, coesão familiar e apoio afetivo através de vínculo positivo com cuidadores e apoio social externo provido por outras pessoas ou instituições significativas no cotidiano, como igrejas, escola ou grupos de ajuda. Destaca-se este aspecto como convergente à formulação de Giddens (1989) acerca do papel das agências de socialização.

Yunes (2001) considera que principal crítica ao desenvolvimento do conceito nas ciências humanas diz respeito ao fato dos estudos centraram-se em análises de comportamentos de "desajustamento" em grupos sociais que vivenciam a exclusão social, seja pela inserção social ou por condições étnicas minoritárias. Trata-se de uma preocupação extremamente relevante para o campo da saúde, para evitar uma armadilha conceitual que, ao invés de contribuir para o esclarecimento dos fenômenos e construir práticas de superação das iniquidades, impõe padrões fixos de análise e desconsidera a influência das injustiças na manutenção de poder nas sociedades ocidentais.

Os aspectos acima mencionados indicam que para promover resiliência, as ações dos profissionais de saúde devem estar voltadas tanto para a dimensão singular, relativa aos indivíduos e famílias, como para a dimensão particular, relativa aos grupos sociais e instituições que compõem a rede de apoio social.

O conceito de resiliência diz respeito às relações que o indivíduo mantém com familiares e instituições da rede social de apoio, contribuindo na transmissão de valores, atitudes, condutas e modelos de resolução de problemas (Macarena et al., 1995).

Segundo Lindström (2001), o conceito de resiliência *"descreve o mecanismo que permite às pessoas comportar-se ou desenvolver-se normalmente sob condições adversas, variando de acordo com o tempo e com as circunstâncias"*. Essa concepção oriunda da psicologia possibilita

uma melhor compreensão da construção da identidade dos sujeitos por meio do significado que atribuem aos acontecimentos, considerando-se sua vulnerabilidade, segundo as condições sociais.

Fonagy e cols (1994), citado por Lindström (2001), destaca que a infância é o período decisivo para o estabelecimento da resiliência e baseia-se no diálogo reflexivo, ou seja, a possibilidade da pessoa ser considerada pelo que ela é numa relação com outro que lhe gere confiança.

Neste estudo, a resiliência é conceituada como categoria prática, entendida como um patrimônio relacional e circunstancial capaz de fortalecer indivíduos que vivenciam situações adversas de sofrimento emocional e exclusão social. Implica em instrumentalizar as famílias a se reconhecerem como importantes no cotidiano de seus integrantes, valorizar o patrimônio (conjunto de recursos materiais e relacionais potenciais ou reais disponíveis) de que dispõem, resgatar seus direitos sociais, compreender as diferentes fases do ciclo de vida e valorizar o diálogo como ferramenta para exercitar a tolerância e respeitar as diferenças existentes entre seus integrantes.

Na Secretaria Municipal de Saúde de São Paulo há em curso um projeto de intervenção denominado **“Nossas Crianças: Janelas de Oportunidades”**, que tem como perspectiva a formulação de novas tecnologias em saúde da família. Sua análise possibilitará a captura dos dados empíricos, permitindo o acompanhamento do mesmo para verificar seu alcance em relação ao campo conceitual definido.

2. Objetivos

Objetivo Geral

Analisar a autonomia e a resiliência como categorias práticas da Promoção da Saúde a partir da problematização do processo de implantação do Projeto Nossas Crianças Janelas de Oportunidades

Objetivos Específicos

- Descrever a implantação do Projeto Nossas Crianças: Janelas de Oportunidades a partir da análise documental evidenciando seus pilares de estruturação;
- Captar as percepções dos multiplicadores acerca da autonomia e resiliência e sua relevância para a construção de novas tecnologias na atenção básica em saúde;
- Analisar os significados das percepções evidenciando a contribuição dessas categorias na operacionalização dos conceitos de Promoção da Saúde.

3. Metodologia

3.1. A concepção da pesquisa

Trata-se de um estudo descritivo que toma o projeto de intervenção Nossas Crianças: Janelas de Oportunidades (Projeto Janelas), para analisar seu potencial inovador tanto em relação ao processo como aos produtos resultantes do mesmo, centrais para a formulação de novas tecnologias de atuação na atenção básica, na perspectiva da Promoção da Saúde. Os sujeitos da pesquisa são os profissionais que participaram do projeto de intervenção, tendo como perspectiva a formulação de novas tecnologias em saúde da família.

A vertente qualitativa da pesquisa é a mais apropriada para aprofundar a compreensão do fenômeno em pauta, pois resgata a subjetividade dos sujeitos envolvidos, permitindo considerar suas representações, valores, atitudes e crenças em relação ao tema estudado (Westphal, Chiesa 1999; Chiesa, Ciampone 1999).

A opção metodológica coaduna-se com as recentes discussões sobre avaliação de efetividade em Promoção da Saúde. Diversos autores (Carvalho 2005, Salazar 2005, Hills 2005, Wallerstein 2005) têm destacado a centralidade do conceito de *empowerment* nas análises desse campo de estudos, incorporando o aspecto de mudança de atitudes como determinante do empoderamento. Nesse sentido, a subjetividade dos sujeitos assume relevância na discussão da efetividade das práticas inovadoras.

A perspectiva de análise adotada pauta-se na dialética materialista, em função da visão de saúde como processo socialmente construído, destacando-se a importância do protagonismo social na transformação da realidade. O referencial teórico adotado busca compreender os processos sociais dos indivíduos e grupos sociais na dinamicidade da vida social, bem como identificar os principais conflitos e contradições que possibilitam a transformação da realidade, na perspectiva da garantia do direito à saúde.

A discussão sobre a potencia da autonomia e da resiliência como categorias práxicas que se pretende desenvolver, requer uma recuperação dos conceitos de categorias e sobre práxis.

As categorias representam o conjunto dos conceitos fundamentais do entendimento de determinado fenômeno a partir de uma determinada corrente filosófica.

Na perspectiva do materialismo histórico e dialético, resgata-se Marx segundo o qual as categorias indicam os conceitos relevantes numa dada realidade histórica que expressam as relações dos homens entre si e com a natureza (Minayo, 1996).

Segundo Bottomore (1983) a palavra práxis é de origem grega e se refere às atividades humanas através das quais os homens e mulheres criam e transformam o mundo. Aristóteles enfatizou a práxis na esfera das atividades relacionadas à ética e à política. Francis Bacon utilizou o termo no sentido de teoria aplicada, destacando que o verdadeiro conhecimento é o que "dá frutos na práxis".

Ao longo da história, porém, destaca-se a utilização do conceito proposta por Locke entendendo a 'praktikè' como a capacidade de aplicar corretamente nossos próprios poderes e ações para a realização de coisas boas e úteis. O elemento mais importante, sob essa rubrica, é a ética.

Marx desenvolveu esse conceito a partir do entendimento do homem como um ser criativo e livre podendo construir uma práxis positiva ou negativa, sendo que essa última se caracteriza pela alienação. Nas Teses de Feuerbach o conceito de práxis é de fundamental importância e, por vezes é pontuado como a oposição ao trabalho alienado.

Em geral os autores concordam em circunscrever o conceito de práxis à atividade humana mas não há concordância em relação à sua aplicação. Há autores que restringem o conceito às atividades pelas quais homens e mulheres transformam o mundo e outros autores incluem noções de liberdade, criatividade e universalidade. O caráter revolucionário da práxis aparece associado à abolição da alienação criando uma pessoa verdadeiramente humana e uma sociedade humana.

Portanto, a práxis diz respeito à unidade dialética entre teoria e prática. Para Konder apud Egry (1996) a práxis é a

"atividade concreta pela qual os sujeitos se afirmam no mundo, modificando a realidade objetiva, e para poderem alterá-la, transformando a si mesmos. É a ação que, para se aprofundar de maneira mais conseqüente, precisa de reflexão, do auto-questionamento, da teoria; e é a teoria que remete à ação, que enfrenta o desafio de verificar seus acertos e desacertos, cotejando-os com a prática" (p.87).

Segundo Kosik apud Egry (1996)

" a práxis compreende além do momento laborativo, também o momento existencial, (...) Ela se manifesta tanto na atividade objetiva do homem, que transforma a natureza e marca com sentido humano os materiais naturais, como na formação da subjetividade humana, na qual os momentos existenciais, como a angústia, a náusea, o medo, a alegria, o riso, a esperança, etc., não se apresentam como 'experiência' passiva, mas como parte da luta pelo reconhecimento, isto é, do processo da realização humana" (p.88)

Essas considerações acerca do conceito de categoria e de práxis permite afirmar que no trabalho em saúde uma categoria praxica implica no envolvimento do sujeito profissional num processo reflexivo sobre sua prática e na apropriação de conceitos para aplicação com criatividade e liberdade. Esses elementos subsidiarão as discussões a respeito do potencial dos conceitos de autonomia e resiliência enquanto categorias praxicas no fortalecimento dos potenciais de saúde da população.

3.2. Cenário e base empírica dos dados

O cenário de aplicação do estudo será parte da área de abrangência do Projeto Janelas. Trata-se de um projeto interventivo, iniciado em julho

de 2001, sob a Coordenação do PSF da Secretaria Municipal de Saúde, em convênio com o Fundo das Nações Unidas para a Infância (UNICEF) e a Associação Comunitária Monte Azul, que busca a inovação tecnológica no campo da educação e promoção em saúde no escopo de atuação do PSF.

Tal parceria resultou na produção da Cartilha "Toda hora é hora de cuidar", voltada para as famílias que contam com gestantes ou crianças de até seis anos de idade, residentes nas áreas atendidas pelo PSF. Resultou ainda na elaboração da "Ficha de Acompanhamento dos Cuidados para a Promoção da Saúde da Criança" para ser utilizada por profissionais das equipes do PSF. (disponível no site www.unicef.org/brazil/).

O Projeto buscou desenvolver tecnologias com vistas a suprir as lacunas de formação dos técnicos que assumem o desafio de atuar na promoção da saúde apenas com instrumental da atuação curativa, problema relatado tanto em nível nacional como internacional. Cabe ressaltar, que está em curso uma pesquisa de avaliação dos instrumentos produzidos, visando seu aperfeiçoamento para expansão e divulgação. (Chiesa, 2004).

Outro caráter inovador deste Projeto é a capacitação dos trabalhadores, realizada no formato de oficinas, tendo como referência o "Manual de apoio à cartilha Toda hora é hora de cuidar" (Chiesa, Batista 2003), elaborado especificamente para essa finalidade. Nas oficinas, foram apresentados aos trabalhadores os conceitos de autonomia e resiliência, e não apenas os instrumentos a serem utilizados na intervenção. Na discussão, enfocou-se ainda o conceito de necessidades de saúde para o desenvolvimento infantil, relativas a alimentação, higiene, prevenção de acidentes, amor e proteção, direitos e participação social. Foram debatidos temas como a importância da participação da família no desenvolvimento infantil, o aproveitamento dos cuidados cotidianos como um espaço para a estimulação da criança, as necessidades da criança em cada fase de seu desenvolvimento, as experiências e oportunidades oferecidas pela família que permitem o pleno desenvolvimento das potencialidades de saúde da criança.

Os dados empíricos foram coletados a partir da análise documental dos registros de implantação do Projeto Janelas e por meio uma reunião estruturada a partir do uso de grupo focal, com alguns profissionais das equipes do Projeto que atualmente envolve 300 equipes de saúde da família de diferentes regiões da cidade, distribuídos em 8 Coordenações de Saúde.

O Projeto encontra-se em fase piloto de implantação no município de São Paulo e as regiões integrantes foram selecionadas a partir dos seguintes critérios: maior concentração de famílias com renda inferior a cinco salários mínimos, maior incidência de partos prematuros, maior número partos em mulheres menores de 20 anos e maiores taxas de mortalidade infantil. As áreas selecionadas foram: M'Boi Mirim, Parelheiros, Cidade Ademar, Brasilândia, Sé, São Miguel, Itaquera e Cidade Tiradentes. O quadro a seguir apresenta a situação dos diferentes distritos em relação aos critérios definidos.

Quadro 2: situação dos Distritos de Saúde em relação aos critérios de inclusão na fase piloto de implantação do Projeto Janelas.

Distrito de Saúde	% famílias com renda inferior a 5 salários mínimos	% gravidez na adolescência	% Partos prematuros	%população < 6 anos de vida	Mortalidade Infantil
Cidade Tiradentes	33,8	22,0	7,6	16,0	18,3
Itaquera	19,9	18,6	7,3	12,5	14,1
São Miguel	31,9	18,7	6,9	13,0	19,3
Brasilândia	32,5	20,0	8,5	14,2	17,3
Sé	14,9	7,5	7,4	7,5	15,4
Vila Mariana	7,0	6,4	6,7	6,6	9,8
Cidade Ademar	25,8	18,7	7,4	13,0	16,1
M Boi Mirim	81,6	37,1	12,5	28,0	38,1
Parelheiros	26,8	19,0	7,5	13,0	18,6
Grajaú	29,6	19,1	7,4	15,4	17,2

Fonte: SMS, Balanço de um ano de implantação do PSF

O Mapa 1 apresenta a localização dos referidos Distritos de Saúde que compuseram a fase piloto de implantação do Projeto Janelas em 2001.

Mapa: Identificação dos Distritos de Saúde envolvidos no “Projeto Nossas Crianças, Janelas de Oportunidades”.

Em se tratando de pesquisa que envolve seres humanos, a proposta de investigação foi submetida ao Comitê de Ética em Pesquisa da Secretaria Municipal de Saúde de São Paulo, atendendo ao disposto na Resolução 196/96 do Conselho Nacional de Saúde (Conselho Nacional de Saúde, 1996), obtendo parecer favorável para sua realização. (Anexo 1)

As recomendações do parecerista foram incluídas no termo de consentimento livre e esclarecido que foi dado ao conhecimento dos participantes que o assinaram ao concordar em participar do estudo. Todos os cuidados cabíveis foram tomados para garantir o sigilo das informações e o anonimato dos participantes.

3.3. Coleta de dados

O resgate da implementação do Projeto Janelas foi elaborado a partir dos documentos produzidos pelo grupo responsável, de documentos síntese das diferentes etapas de sua implementação bem como da gravação do seminário realizado em dezembro de 2004. Esse material foi disponibilizado por integrantes do grupo técnico pois, em se tratando de um convênio da Secretaria Municipal de Saúde em parceria com outras instituições houve sempre um registro contínuo de cada atividade realizada. O período compreendido para análise desta pesquisa foi relativo a julho de 2001 a dezembro de 2004.

Para a obtenção dos dados relativos à percepção dos profissionais, foi realizado um grupo focal. Essa opção metodológica deu-se pela possibilidade de reunir os sujeitos da pesquisa em um espaço que promove a reflexão crítica sobre o cotidiano profissional (Chiesa, Ciampone 1999). A referida escolha respalda-se nas considerações de Westphal, Bógus, Faria 1996, nas quais os grupos focais constituem estratégia que facilita a obtenção de dados em profundidade e abreviação do tempo quando se trata de temática relativa à vida de pessoas, sobretudo quando o aspecto a ser estudado diz respeito à relação entre pessoas com diferentes âmbitos de relacionamento. Para Basch (1987), "a entrevista de grupo focal constitui-se numa técnica de pesquisa qualitativa utilizada para obter-se dados sobre

sentimentos e opiniões de pequenos grupos de participantes acerca de determinado problema, experiência, serviço ou outro fenômeno” (p.414).

Sua operacionalização requer que o trabalho seja desenvolvido com um número pequeno de participantes e, por isso, os dados obtidos por meio dessa estratégia não são generalizáveis.

Na pesquisa qualitativa o foco do trabalho de campo é a apreensão do ponto de vista dos sujeitos escolhidos intencionalmente, em função dos objetivos delineados. A composição do grupo focal obedeceu o critério qualitativo de que a amostra pudesse refletir a totalidade nas suas múltiplas dimensões. Dado que a discussão principal desta investigação diz respeito às tecnologias em saúde e o potencial das categorias autonomia e resiliência na estruturação de trabalhos que fortaleçam o potencial de saúde da população, optou-se por compor o grupo focal com profissionais médicos e enfermeiros que haviam sido capacitados como multiplicadores do Projeto Janelas, delimitando-se a área geográfica de sua implantação.

A opção pelo grupo focal se deu como única fonte de dados relativa aos sujeitos e o roteiro elaborado compreendeu os seguintes aspectos (Anexo 2):

- Contribuição dos instrumentos propostos pelo Projeto Janelas no cotidiano profissional dos sujeitos
- Mudanças observadas e mudanças esperadas na população a partir do uso dos instrumentos
- Conceito de autonomia e percepção de promoção da autonomia da população a partir do Projeto Janelas
- Conceito de rede social e patrimônio e percepção da contribuição desses conceitos na promoção do desenvolvimento infantil junto às famílias integrantes do Projeto Janelas

3.4. Referencial de Análise dos dados

Segundo Minayo (1996), existe uma dificuldade operacional no tratamento dos dados qualitativos. A denominação Análise de Conteúdo é genérica e abarca diferentes métodos quantitativos para decifrar o material qualitativo, negligenciando muitas vezes o conhecimento da significação dos sujeitos porta-vozes dos enunciados. Segundo a mesma autora, o momento atual das discussões acerca dos caminhos para o tratamento de dados qualitativos tem à frente o desafio de superar o nível do senso comum que emerge dos discursos e o subjetivismo do pesquisador na interpretação dos dados; com vistas a estabelecer uma vigilância crítica para o tratamento de dados provenientes de textos, entrevistas e documentos.

Dentre as diferentes técnicas que compõem a Análise de Conteúdo, destaca-se a Análise Temática, mais rápida na medida em que se limita à identificação de temas ou núcleos de significação dos enunciados, suprimindo a inferência da perspectiva analítica. Permite descobrir os núcleos de sentido constitutivos de determinada comunicação, sendo apropriada ao estudo de motivações, opiniões, crenças, atitudes, valores ou tendências; seja no discurso individual ou no grupal (Bardin, 1988).

Tendo em vista o desafio de superar as mensagens expressas (aparência) articulando-as a um quadro de referência da totalidade social e aos conceitos teóricos que subjazem ao estudo, buscou-se hermenêutica-dialética como método de análise dos dados empíricos.

A utilização da hermenêutica-dialética deve atender às finalidades de ordenação e sistematização dos dados; confronto dos dados com as hipóteses do estudo e ampliação da compreensão dos contextos. Tais etapas permitem superar o formalismo das análises de conteúdo e de discurso, e são pertinentes aos estudos no campo da saúde por incorporarem os aspectos das relações interpessoais e institucionais das práticas. Segundo Minayo (1996) trata-se de um instrumental capaz de resgatar as diferentes dimensões que compõem as representações sociais dos sujeitos em voga.

Gadamer citado por Minayo (1996) define a hermenêutica como

"a busca de compreensão de sentido que se dá na comunicação entre os seres humanos"(Minayo, 1996 p.220)

Para Minayo (1996), a complementaridade do método dialético reside na busca de elucidar as contradições entre o discurso dos sujeitos e a realidade da prática social, como movimento de superação e transformação do real.

A tarefa interpretativa no método hermenêutico-dialético pressupõe a análise sobre o contexto sócio histórico do grupo que constitui o foco da investigação, a partir do marco teórico que fundamenta a análise, e a elaboração de categorias analíticas para desvendar as relações essenciais alicerçadas em categorias empíricas e operacionais.

Dado que o campo de análise da presente investigação é a Promoção da Saúde, tomou-se como referência esse quadro conceitual para analisar os dados empíricos.

No capítulo 4 serão apresentados os resultados e a discussão sobre a análise da implantação do Projeto Janelas e no capítulo 5 os resultados e discussão da percepção dos profissionais acerca dos conceitos de autonomia e resiliência.

4. A Análise do processo de Implantação do Projeto Nossas Crianças: Janelas de Oportunidades

4.1. O contexto sócio-histórico de implantação: tecendo um projeto inovador

O Projeto Nossas Crianças: Janelas de Oportunidades se constituiu como um projeto de Cooperação entre a Secretaria Municipal de Saúde, através da Coordenação do Programa Saúde da Família, em articulação com o Fundo das Nações Unidas para a Infância (UNICEF). Originou-se da necessidade de definir as competências para o cuidado de crianças de até seis anos de idade, destacando-se a relação dialética entre família e Estado no atendimento das necessidades desse grupo populacional. Sua viabilização operacional deu-se por meio da incorporação, como entidade executora, da instituição Associação Comunitária Monte Azul, organização não governamental de longa experiência nacional na implementação de projetos em regiões carentes, que resgatem a dimensão humana e cidadã de indivíduos e grupos sociais.

Dada a magnitude das mudanças esperadas pelos responsáveis pela condução do Projeto Janelas, ampliou-se a parceria técnica, de modo a envolver outras entidades com experiência no aprimoramento das ações de fortalecimento do desenvolvimento infantil. Assim, foi constituído um grupo técnico de trabalho, integrado por instituições com experiências distintas e complementares. São elas: o Centro de Recuperação e Educação Nutricional - CREN (vinculado a UNIFESP), Pastoral da Criança (Arquidiocese de São Paulo), Escola de Enfermagem da USP (através do Núcleo de Apoio às Atividades de Cultura e Extensão: Assistência de Enfermagem em Saúde Coletiva) e técnicos da área temática da Saúde da Pessoa Portadora de Deficiência da Coordenação da Gestão Descentralizada da SMS.

Essa parceria produziu um documento para troca dos conceitos que viriam a subsidiar o Projeto, destacando-se os seguintes pilares constitutivos:

- Adotar a Promoção da Saúde como campo norteador,

- Reconhecer a importância da estimulação até os três anos de idade
- Reconhecer a importância da família no cuidado da criança
- Identificar a importância do desenvolvimento infantil no escopo do monitoramento da saúde
- Comprometer o setor público na garantia da estimulação adequada da criança
- Organizar as ações de seguimento do desenvolvimento a partir de uma nova abordagem
- Resgatar experiências de trabalho junto à famílias carentes.

Cada um dos pilares será apresentado a seguir partir da síntese da análise documental efetuada.

PILAR 1. A Promoção da Saúde como eixo estruturante do Programa Saúde da Família (Chiesa, 2002).

Partiu-se do reconhecimento de que a construção de um novo modelo assistencial, que contemple os pilares do SUS, deve abarcar uma concepção dinâmica e ampliada do processo saúde-doença, como resultante de uma dada organização social e determinado pela inserção social dos indivíduos e grupos. Nessa perspectiva, a saúde é um meio para a qualidade de vida e deve ser o objeto de todas as políticas públicas. Esses aspectos são enfatizados no conceito de Promoção da Saúde presente na Carta de Ottawa:

" Processo de capacitação da comunidade para atuar na melhoria da sua qualidade de vida e saúde, incluindo uma maior participação no controle deste processo" (Brasil, 2002)

A I Conferência de Ottawa, realizada em 1986, definiu cinco eixos prioritários para viabilizar a Promoção da Saúde, quais sejam: elaboração e implementação de políticas públicas saudáveis, criação de ambientes favoráveis à saúde, reforço da ação comunitária, desenvolvimento de habilidades pessoais e a reorientação dos serviços de saúde.

Em relação ao último eixo, propõe-se que, além de atuar na dimensão curativa, cabe aos serviços desenvolver instrumentos para resgatar o fortalecimento dos potenciais de saúde de uma dada população.

Segundo Labonte (1990), adaptado de Blaxter, a reorientação dos serviços de saúde, à luz da Promoção, implica em assumir atividades que aliam o monitoramento da dimensão biológica dos indivíduos nas diferentes fases do ciclo vital ao desenvolvimento de processos educativos como espaço para reflexão crítica sobre os problemas e, sobretudo, para o exercício da essência humana na elaboração de projetos de vida.

Outras contribuições da Promoção da Saúde, destacadas por Labonte (1990), são o desenvolvimento de processos comunitários para o exercício da cidadania e o fortalecimento comunitário, ambos voltados para o maior controle dos grupos nas condições que interferem e/ou condicionam o processo saúde-doença, bem como para a instrumentalização dos indivíduos na construção de espaços voltados ao estabelecimento de relações que favoreçam o diálogo, promovam a autonomia e a tolerância à diversidade.

A implantação do Programa Saúde da Família na realidade paulistana, como estratégia estruturante da atenção básica, fundava-se nessas premissas, contribuições centrais do campo da Promoção da Saúde para a elaboração de novas tecnologias a serem utilizadas na reorientação dos serviços, com destaque para o potencial de atuação intersetorial, a partir do reconhecimento do território, o fortalecimento da participação da população, e a inclusão do agente comunitário de saúde.

Entretanto, autores como Labonte (1990), Santos e Westphal, (1999), já alertavam para as limitações da formação dos profissionais da saúde que, via de regra, privilegia os conhecimentos das ciências biológicas, em detrimento da dimensão subjetiva e social das necessidades e dos problemas de saúde.

PILAR 2. A importância da estimulação até os três anos de idade (Soler 2002).

As pesquisas na área das neurociências complementam e confirmam as contribuições da psicologia sobre a grande importância dos cuidados durante a primeira infância para o desenvolvimento global do ser humano. Esclarecem, também, alguns princípios em relação ao desenvolvimento infantil, que vêm contestar as concepções centradas na determinação genética do desenvolvimento.

Hoje, sabemos que:

"o impacto do ambiente é dramático e específico, não somente influenciando a direção geral do desenvolvimento, como realmente afetando a forma como o circuito intrincado do cérebro humano é montado" (Soler 2002, p. 16).

Embora o cérebro humano tenha capacidade notável de transformação, existem períodos especiais durante os quais, tipos específicos de aprendizado são realizados com maior facilidade. Tais períodos especiais e de sensibilidade, ou **janelas de oportunidades**¹, ocorrem quando o cérebro demanda um certo tipo de estímulo, para criar ou estabilizar algumas estruturas duradouras. Da mesma forma, há períodos em que experiências negativas ou ausência de estimulação, podem comprometer o potencial de desenvolvimento da criança, assumindo uma característica de iniquidade fundamental no âmbito dos seus direitos.

¹ Este conceito foi utilizado como título do projeto implementado para evidenciar a importância das ações no período em questão.

Pilar 3. A família e seu contexto (Solymos, Soares 2002).

Os indivíduos ou grupos que vivem situações adversas decorrentes da pobreza ou privação crônica de condições elementares de manutenção da vida apresentam, muitas vezes, fragilidades pessoais que dificultam o reconhecimento de suas necessidades. Uma proposta de intervenção social deve desencadear um processo que resgate o interesse pela participação, assim como a capacidade humana de decidir e de valorizar os movimentos positivos a partir dos recursos existentes.

Solymos, Soares (2002) argumentam que a intervenção social tem como desafio, romper um ciclo de experiências negativas que abrangem: a solidão, quando os indivíduos não se sentem seguros por compartilhar suas angústias e dificuldades do dia a dia; a impotência, quando há pouca estima pela própria vida ou pela vida de outras pessoas; fatalismo, quando não se vislumbra possibilidade de mudança a partir das condições concretas e não se encontra perspectiva de projeção de alternativas; e o velamento, quando existe um fenômeno de conhecimento/desconhecimento da realidade, que pode representar uma reação de auto-proteção diante das condições adversas.

Outro conceito fundamental, no âmbito da intervenção social, é o conceito de família. As autoras apóiam-se em Scabini, segundo a qual, a família é um agrupamento social complexo com relações de parentesco, que tem uma história e um vínculo que reconstrói uma futura história. Essa relação temporal entre passado, presente e futuro, diferencia a família das outras organizações sociais e lhe assegura uma particularidade. A estrutura e dinâmica familiares modificam-se ao longo de um ciclo vital e são marcadas por eventos previsíveis ou imprevisíveis, tornando-se imprescindível apoiar as famílias nos momentos críticos, sobretudo proporcionando espaços para reflexão e reorganização diante das crises.

Cabe às famílias, a responsabilidade primeira pelo atendimento das necessidades da criança, oferecendo-lhe oportunidades de estimulação adequada, relacionamento e aprendizado. As famílias podem desenvolver tais competências, desde que recebam o apoio de que necessitam para isso.

É papel das redes sociais, engajar as famílias em processos de aprendizado e aquisição de habilidades para cuidarem de suas crianças em casa, de forma a promover o seu desenvolvimento nas áreas física, emocional, social e cognitiva.

Um dos patrimônios mais importantes que a família tem, é sua rede social. Essa rede se constitui por um conjunto de relações interpessoais, a partir das quais o indivíduo constrói e sustenta sua identidade pessoal e social. Os hábitos, costumes, crenças e valores de uma determinada rede social, conferem à pessoa, determinadas características.

Nesse âmbito, patrimônio é um conjunto de recursos dos quais as pessoas podem dispor para garantirem, a si mesmas e a seus membros, maior segurança e melhor padrão de vida. Tais recursos compõem-se de trabalho, saúde, moradia, habilidades pessoais e relacionais - relacionamentos de vizinhança, de amizade, familiares, comunitários e institucionais. As redes sociais são compostas por relacionamentos entre pessoas, sejam parentes, amigos, vizinhos e colegas de trabalho. A rede também é constituída por instituições sociais e por organizações da sociedade civil.

PILAR 4. O desenvolvimento infantil e o cuidado da criança (Veríssimo, 2002).

A conceituação de desenvolvimento parte, inicialmente, do entendimento da criança enquanto um sujeito social que tem características e necessidades próprias, na condição de criança e não como alguém que será reconhecido somente quando adulto. Essa conceituação é histórica e socialmente construída e remete a avaliação das necessidades infantis à análise das condições materiais de vida, bem como ao reconhecimento das vulnerabilidades decorrentes das peculiaridades do desenvolvimento infantil. A seguinte transcrição textual elucida esta proposição:

"desenvolvimento é o processo vital que engloba crescimento, maturação e aprendizagem. Como resultado da inter-relação íntima desses três fenômenos, ocorrem modificações qualitativas no

funcionamento da pessoa, que podem ser identificadas por suas habilidades e comportamentos nos âmbitos físico, intelectual, emocional e social" (p. 32).

Essa perspectiva visa superar as tendências individualistas e ambientalistas que têm subsidiado as proposições no campo do desenvolvimento infantil. A primeira enfatiza a herança genética, as potencialidades individuais e o fracasso ou progresso dos indivíduos não se articulam às suas condições de vida. Na segunda, o indivíduo é visto como produto do meio físico, o que pode levar, a uma idéia de fatalismo decorrente das condições materiais.

Parte-se do reconhecimento das limitações de ambas perspectivas e coloca-se o desafio de superá-las, através de uma visão processual e dinâmica de interação indivíduo-ambiente, na qual o cuidado tem papel decisivo para no fortalecimento das potencialidades das crianças.

Durante os primeiros anos de vida, o fortalecimento das potencialidades visa a aquisição de confiança, da autonomia e iniciativa, mais do que o encaixe em padrões pré-determinados. A complexidade desse processo de socialização, é mediada por características individuais, pela organização das famílias, pelas condições materiais de vida e cultura, que determinam padrões de consumo e expectativas em relação à geração infantil. Com isso, a promoção do desenvolvimento infantil não pode ser vista como tarefa exclusiva das famílias, implicando na necessidade de formulação e implementação de políticas públicas que considerem essas dimensões.

Reconhece-se, ainda, que apesar de integrar o conjunto de ações propostas pelo Programa de Atenção Integral à Saúde da Criança desde a década de 80, o setor saúde não tem assumido esse desafio a contento, dado que, via de regra, a dimensão complexa do desenvolvimento infantil assume caráter de recomendações prescritivas, que universalizam os sujeitos e desconsideram suas reais necessidades.

Outro aspecto a destacar, é a valorização do cuidado, como fenômeno social e historicamente construído, como essência da saúde. Esse entendimento visa desconstruir uma idéia de senso comum de que o cuidado infantil não requer conhecimento específico, e de que qualquer mulher, pela sua condição biológica, já se encontra apta para realizar essa prática social. Ao re-significar o cuidado, propõe-se a valorização dos sujeitos em interação, a necessidade de partir do ponto de vista da criança no encaminhamento das atividades, transformando a interação num processo vivo, dinâmico, familiar e comunitário, em que estabelecem-se vínculos afetivos e significativos para todos os envolvidos.

A finalidade do cuidado infantil, tanto da família como de outras pessoas que cuidam de crianças em creches ou escolas, centra-se na promoção de experiências que permitam a esse grupo adquirir autoconfiança, ter um sentimento de pertencimento ao grupo, em que possam ser ouvidas, aceitas e amadas. Tais experiências servirão como alicerce para a formação pessoal e social e para a conquista de sua autonomia.

A atuação dos profissionais da saúde na promoção do desenvolvimento infantil, portanto, requer o estabelecimento de uma relação de confiança junto à população, bem como o uso de técnicas de comunicação que permitam a escuta e o diálogo, com vistas a fortalecer os cuidadores no equacionamento do cuidado cotidiano.

Pilar 5. O Programa Saúde da Família e as Janelas de Oportunidades (Benevides, 2002).

Inicialmente, destacam-se as principais lacunas das políticas públicas brasileiras para atenção às crianças. Em 2001, por exemplo, a cobertura de creches atendia apenas 4,2% das crianças até 3 anos de idade e 37,9 % das crianças entre 4 e 6 anos. O panorama brasileiro também revela um aumento dos partos em meninas de 10 e 19 anos, na última década, indicando fragilidades no acesso aos métodos contraceptivos e falta de projetos de formação e profissionalização para esse segmento social. A magnitude dos homicídios e outras causas externas, como principal causa de morte entre os jovens e as crianças acima de 5 anos de idade, reflete o

impacto da violência nos perfis epidemiológicos da população, desde a infância.

Diante desse panorama, coloca-se o desafio de construir políticas públicas que causem impacto nos determinantes macro estruturais desses perfis, além de investir em processos de fortalecimento das populações para enfrentamento cotidiano dos problemas, por meio de estratégias educativas baseadas na proposta crítica e libertária de Paulo Freire.

O PSF tem potencial para contribuir ao fortalecimento das populações, dado seu caráter inovador de adscrição territorial, vinculação, trabalho em equipe, diversidade de atividades e possibilidade de ampliar a participação social. No âmbito da saúde da criança, esse potencial se traduz nos seguintes aspectos:

- *" possibilidade de uma visão de conjunto: criança, família, comunidade, ambiente;*
- *diagnóstico múltiplo e multidisciplinar;*
- *acesso a dados e informações do cadastro familiar;*
- *acompanhamentos permanentes, lineares;*
- *início precoce dos cuidados: pré-natal e puericultura;*
- *proximidade territorial: ferramentas para o trabalho cotidiano;*
- *fortalecimento do vínculo;*
- *intervenção precoce;*
- *possibilidade de envolvimento dos pais e dos familiares nas propostas (de intervenção);*
- *garantia de direitos: 'Cidadania Mirim' e*
- *trabalho articulado com creches e escolas"(p.40).*

Diante desse potencial, amplia-se a discussão sobre a importância de tecnologias que sustentem as modificações que o PSF se propõe a construir, sobretudo no âmbito do equacionamento dos cuidados durante os primeiros anos de vida.

Benevides (2002) analisa criticamente as afirmações dos estudos que evidenciam o crescimento do cérebro até os três anos de idade e que, via

de regra, acabam por levar os profissionais de saúde a adotarem uma postura fatalista em relação às crianças que sofreram adversidades no período. A autora propõe que se superem os tabus decorrentes de uma visão eminentemente biologizante do tema que refletem o paradigma do modelo Flexneriano, passando a focalizar a discussão sobre a forma como se dá o desenvolvimento cerebral, para superar os preconceitos de classe decorrentes de uma visão determinista. Neste sentido, valoriza os estudos recentes sobre a temática, que utilizam a expressão "janelas" para os períodos em que a criança necessita receber determinados cuidados.

Benevides (2002) destaca a fragilidade do recém nascido e sua dependência de cuidados para a manutenção da vida, por um período alargado, se comparado a outros "filhotes". A criança nasce com um potencial que requer condições apropriadas de nutrição, aconchego e uma interação capaz de despertar suas potencialidades afetivas, cognitivas e motoras, visando sua autonomia para viver a vida. Trata-se de um processo peculiar pela sua linearidade no tempo, mas também registra marcos transversais com aquisição de habilidades específicas.

Critica a fragmentação existente nos programas de saúde, que propõem avaliar separadamente o crescimento; com verificação de peso e altura; do desenvolvimento, que representa esse acúmulo de habilidades. Essa fragmentação corrobora para uma observação parcial da criança, dificultando a identificação da totalidade enquanto sujeito inserido numa família, bem como de sua inserção social.

O processo contínuo de aquisição de habilidades, desde o nascimento, sobretudo até os primeiros dois anos de vida, reflete a enorme atividade cerebral, tanto em termos de aumento do número de células como pela modificação dos neurônios. A estimulação adequada promove a ramificação dos dendritos que possibilita a maior comunicação entre os neurônios. Outro aspecto relevante da fisiologia do sistema nervoso, é que a transmissão de informações através de sinapses, é mediada por neurotransmissores.

As influências da interação dinâmica entre o potencial genético e o do ambiente em que a criança vive, podem ser compreendidas pela seguinte citação textual:

"Pesquisas têm demonstrado que sentimentos positivos estimulam a liberação dessas substâncias. Assim, o aprendizado é potencializado quando a criança sente-se tranqüila, descansada e segura. Situações de pressão, ansiedade e medo inibem a liberação de neurotransmissores e, portanto, limitam a comunicação entre os neurônios" (Hailey, citado por Benevides 2002, p. 45).

Além da ação dos neurotransmissores, o processo de maturação do tecido nervoso envolve a produção de mielina, camada que recobre os neurônios e que contribui para a transmissão dos impulsos nervosos ao longo dos percursos neurais. A seqüência de mielinização do sistema nervoso vai determinar a possibilidade de aquisição das habilidades motoras, concentrando-se no ápice da medula espinhal no nascimento e, posteriormente, prolongando-se para as estruturas cerebrais mais complexas e para as regiões inferiores da medula.

A produção de mielina requer condições adequadas de nutrição, sobretudo de proteína, além de padrões regulares de sono, vigília e bem estar emocional. Os cuidados cotidianos de alimentação, higiene e contato com a criança são os melhores recursos para o desenvolvimento do seu potencial genético.

Destaca-se, neste âmbito, a importância do brincar enquanto atividade que pode proporcionar o bem estar emocional e estimular o contato com o mundo e com as pessoas, a partir dos órgãos sensoriais. Apesar de ser uma atividade humana das mais antigas, o brincar tem sido prejudicado na vida contemporânea, por diversos problemas relativos ao equacionamento do tempo para o trabalho e lazer, pela precarização das condições de moradia, bem como pela falsa idéia de que os brinquedos sofisticados cumprem a tarefa de estimulação, criando uma dependência de

consumo para a atividade lúdica. Outro problema destacado pela autora, diz respeito ao uso excessivo da TV, que tem deixado cada vez mais as crianças dispenderem um período extremamente rico de suas vidas de forma passiva diante do aparelho.

Por fim, a autora destaca o potencial que o trabalho das equipes do PSF têm para identificar e desenvolver estratégias para abordar estes temas junto às famílias, pelo vínculo estreito que estabelecem, pela capilaridade no território, pelo acompanhamento permanente das ações de saúde e pelo trabalho dos agentes comunitários de saúde, que são parte da comunidade inserida na equipe.

PILAR 6. Avaliação do desenvolvimento: encontros e descobertas (Chen, Neves 2002).

Chen e Neves (2002) apontam dois princípios como fundamentais para a temática do desenvolvimento, quais sejam: a transdisciplinaridade, em razão da interdependência de diferentes campos do conhecimento envolvidos nas descobertas, e a necessidade de aproximação entre profissionais e famílias; dado o caráter processual e dinâmico da interação entre o potencial genético e as circunstâncias ambientais.

No campo da Terapia Ocupacional, a avaliação do desenvolvimento tem se dado em três domínios de referência do desempenho humano: componentes, áreas de desempenho e contexto. Os componentes do desempenho abarcam o processamento sensorial, o nível cognitivo e os interesses psicológicos. As áreas de desempenho classificam-se em atividades da vida diária, atividades produtivas e de trabalho e atividades de lazer e jogo. O contexto de desempenho envolve a dimensão temporal e os aspectos físicos e materiais da realidade concreta de vida da criança.

Na programação em saúde, houve sempre o predomínio da focalização dos aspectos relativos aos componentes do desenvolvimento, buscando avaliar somente as capacidades físicas e sensoriais da criança. No entanto, se não forem recuperados os aspectos relativos às áreas e ao contexto, as informações dos componentes darão uma impressão parcial e errônea da realidade.

A literatura apresenta uma enorme gama de testes em que os profissionais checam as aquisições das crianças em relação a padrões de um grupo ou a critérios padronizados. Dado o caráter do Projeto Janelas, as autoras propõem:

*"a utilização de instrumentos de acompanhamento, avaliação e registro tipo **observação informal dirigida** que de forma organizada ao mesmo tempo checa as condições, qualidade, habilidades presentes e se mostra um facilitador propositivo de ações fortalecedoras para o desenvolvimento saudável e contextualizado "(p.56).*

Essa proposta fundamenta-se na vertente das Avaliações Ecológicas que incluem medidas de interação entre a criança e o seu ambiente, ampliando o olhar do profissional para as oportunidades reais em que ocorre o processo de crescimento e desenvolvimento.

A presente proposta abarca uma sistematização das observações e o registro das mudanças e dos aspectos estáveis, visando a consolidação de informações que permitem a análise e o monitoramento das intervenções. As autoras destacam, ainda, que o momento e os instrumentos de avaliação devem ter um significado para a família. Portanto, trata-se de um processo dinâmico, interativo e dialógico que inclui a criança e sua família como sujeitos do processo de avaliação, superando os testes de checagem de habilidades. No PSF, é imperativo que se introduzam novas práticas, que instrumentalizem os cuidados dos Agentes Comunitários de Saúde.

O quadro abaixo apresenta, de forma sintética, os principais pontos a serem superados pela presente proposta de avaliação do desenvolvimento infantil e que foram incorporados no Projeto Janelas:

Quadro 3: Acompanhamento do Desenvolvimento Infantil. (Chen, Neves (2002).

Práticas Desenvolvimentistas Avaliação do Desenvolvimento	Nossas Crianças: Janelas de Oportunidades Encontros e Descobertas
Profissionais especialistas infantis	Profissionais generalistas
Ausência do ACS	Presença do ACS
Finalidade diagnóstica	Finalidade: Promoção da Saúde
Variáveis da criança	Variáveis do contexto
Foco na criança	Foco na família
Consultas ambulatoriais	Contato no ambiente
Testes e medidas	Observação e descrição
Busca de informações/ Dados	Decorência da interação
Análise técnica – devolutiva	Construção de saberes compartilhados
Destaque do saber profissional	Fortalecimento das competências familiares
Encaminhamentos	Acolhimento
Família receptora de orientações	Família agente de cuidados
Serviço de assistência	Organizador da comunidade
Subutilização do potencial comunitário	Catalizador e agregador de sujeitos públicos sociais
Objetivo: tratamento	Objetivo: inclusão
Ação pontual	Processo contínuo

Estes conceitos subjazem a elaboração dos materiais produzidos no âmbito do Projeto Janelas.

PILAR 7. O desenvolvimento da criança: nascer e viver com saúde e afeto (Silva 2002).

Este último pilar que compõe o alinhamento conceitual do Projeto Janelas, recupera uma importante experiência de trabalho com famílias, realizada em âmbito nacional, pela Pastoral da Criança.

O trabalho da Pastoral foi fundamental para a criação de estratégias de capacitação de Líderes para atuar de forma respeitosa junto às famílias carentes, a partir do seu contexto real, buscando valorizar a auto-estima das famílias e estabelecendo um vínculo em locais onde a atuação do poder público é não é transparente. Além dos instrumentos de seguimento das condições de saúde de gestantes e crianças que a Pastoral utiliza, destacou-se a estratégia de agrupamento da população envolvida em grupos de celebração da vida, que além do caráter religioso, assume um espaço de reconhecimento dos potenciais de saúde pouco valorizados no âmbito dos serviços.

As experiências que tiveram lugar junto à Pastoral da Criança foram fundamentais, sobretudo na elaboração da capacitação de multiplicadores, com recursos de dinâmicas grupais que mobilizam para o compromisso e envolvimento com as discussões técnicas, a partir de uma Instituição que já foi internacionalmente reconhecida pelo seu trabalho em reverter quadros de mortalidade infantil, e auxiliando na conquista básica do Direito à Vida.

O alinhamento conceitual deu-se no interior do grupo técnico, a partir da composição da parceria, tendo sido desenvolvido entre setembro e dezembro de 2001. Uma vez que o grupo já tinha definidos os referidos pilares de estruturação do Projeto Janelas, foram realizadas as atividades descritas a seguir, como parte de sua implantação.

4.2. As Oficinas que desencadearam o processo de implementação do Projeto

Um dos pilares de concepção do Projeto Janelas foi o entendimento de que as mudanças exigidas no campo das práticas não podem ser tratadas como esfera puramente administrativa, sendo essencial o

envolvimento dos participantes desde o início, inclusive na discussão e definição das diretrizes de um projeto interventivo inovador.

A primeira oficina foi realizada em 26 abril de 2002, com a duração de 8 hs, e teve como objetivo principal, a apresentação e discussão dos conceitos pilares do Projeto, descritos anteriormente. Foram convidados representantes dos 11 Distritos de Saúde que compunham o piloto de implantação e contou-se com a participação de 46 profissionais de distintas categorias da saúde. Os Distritos indicaram representantes de coordenação regional da implantação do PSF, gerentes de UBS que atuavam com o Programa, representantes das equipes distritais de capacitação e, ainda, profissionais integrantes das equipes do PSF.

Após a abertura, os integrantes da parceria técnica procederam à exposição dos pilares de estruturação, seguida da discussão da pertinência, relevância do projeto e da viabilidade de implementação da proposta segundo as diferentes realidades locais, por meio de sub-grupos por regiões. No final do período, houve uma plenária com apresentação das sínteses dos sub-grupos, na qual destacaram interesse em investir nessa área de atuação do desenvolvimento infantil e manifestaram preocupação a respeito do tipo de material que seria elaborado, em função do número excessivo de folhetos e fichas já existentes, apontados como precariamente utilizados. Na ocasião, foram propostas a elaboração de uma cartilha ou um calendário de fotos que reforçariam o cuidado no domicílio.

Cabe destacar que todos os participantes receberam um exemplar do documento que, no interior do Projeto, foi denominado "book" dos conceitos do Projeto Janelas. Foi acordado que os representantes se incumbiriam de apresentar o Projeto nas suas regiões e que haveria uma segunda Oficina para detalhamento do material que constituiria o instrumental de atuação.

Em 16 de agosto do mesmo ano foi realizada a segunda Oficina, que contou com 63 participantes dos 11 Distritos de saúde, e teve como objetivo principal, a apresentação de versões preliminares da Cartilha e da Ficha de Acompanhamento da Criança.

Inicialmente, o grupo técnico apresentou as versões preliminares dos produtos e seguiu-se com a discussão acerca da aceitação, levantamento de críticas e sugestões dos materiais.

Após os esclarecimentos de dúvidas, foram apontadas sugestões, no sentido de adaptar a linguagem, de incluir aspectos interativos na cartilha e de incluir a categoria raça/cor na ficha de acompanhamento.

Mais uma vez, os participantes reforçaram a necessidade de continuidade do Projeto, informando que as regiões haviam manifestado aceitação e expectativa positiva em relação à proposta.

Durante os meses que se seguiram, o grupo técnico aprimorou os instrumentos, desenvolvendo ainda, o "Manual de Apoio à Cartilha Toda Hora é Hora de Cuidar", tendo em vista a etapa futura de capacitação das equipes.

Em 9 de maio de 2003, foi realizada a III Oficina do Projeto, que contou com a participação de 75 profissionais dos diferentes Distritos e que teve como principal objetivo, o lançamento dos produtos "Cartilha Toda Hora é Hora de Cuidar", "Manual de Apoio à Cartilha Toda Hora é Hora de Cuidar" e a "Ficha de Acompanhamento dos Cuidados para a Promoção da Saúde da Criança". Após a apresentação das versões finais dos referidos materiais, discutiu-se a necessidade de articulação dos representantes regionais, juntamente com a coordenação do PSF, tendo em vista a capacitação para utilização dos materiais.

Essa oficina também representou um momento importante do Projeto, pois vários Coordenadores regionais haviam sido substituídos em função da mudança do Secretário Municipal da Saúde, ocorrida em março de 2003. Essa mudança levou a várias modificações no grupo envolvido, formalizado-se o compromisso da nova direção da SMS em dar continuidade à implantação do Projeto Janelas.

4.3. Construindo a rede de multiplicadores

Tendo em vista os pressupostos da Promoção da Saúde, que constituem o pilar 1 de sustentação do Projeto Janelas, o grupo técnico

desenvolveu um processo de capacitação voltado para a apreensão dos conceitos e envolvimento dos técnicos para a utilização do material. Houve uma opção do grupo pela vertente emancipatória e crítica da educação em saúde, a partir da qual o processo educativo deve permitir a participação e reflexão dos integrantes na qualidade de sujeitos e não de objetos.

Conforme havia sido destacado por uma das participantes da II Oficina do Projeto, constatava-se a existência de inúmeros materiais produzidos, portanto, não se tratava de lançar mais um instrumento e sim de comprometer o grupo com o material, sua utilização e, a partir desse processo, sugerir eventuais transformações nesse material, assim como no Projeto Janelas.

O grupo técnico elaborou uma proposta de capacitação de multiplicadores (Anexo 3) que incluía técnicas de integração grupal, de estímulo à reflexão individual, leituras em grupo, apresentação de filmes e discussão grupal, perfazendo 40 hs de atividades. Nesse momento o grupo técnico contou com a participação do apoio técnico e financeiro da Agência Japonesa de Cooperação Internacional - JICA.

Entre agosto e outubro de 2003, foram realizadas quatro Oficinas de Capacitação de Multiplicadores, sendo duas na Região sul, uma na Centro/Norte e uma na Região Leste, com média de 35 participantes cada. Em novembro de 2003 tinham sido capacitados 130 agentes multiplicadores – médicos, enfermeiros, assistentes sociais, psicólogos, fonoaudiólogos, entre outros - que assumiram a responsabilidade de prepararem as equipes de Saúde da Família de suas unidades de saúde e implementarem o Projeto junto às famílias.

4.4. Estágio de implantação do Projeto em dezembro de 2004

O Seminário foi realizado em 13 de dezembro e reuniu 68 participantes. O evento teve como objetivos, apresentar as diferentes experiências de multiplicação da capacitação, promover o encontro geral do grupo de multiplicadores e identificar os desdobramentos loco-regionais da aplicação dos instrumentos do Projeto Janelas. Na fase de preparação do Seminário, as regiões dos respectivos Distritos, foram solicitadas a

sistematizar dados relativos ao desdobramento da multiplicação, número de equipes envolvidas e número de famílias atendidas mediante o uso da cartilha. Abriu-se a possibilidade de que cada grupo apresentasse o resultado por meio de recursos variados como vídeo, dramatizações, apresentação oral ou outro, que o grupo julgasse pertinente.

A programação do evento incluiu uma mesa de abertura, quando recuperou-se os objetivos do Projeto e sua importância no interior de cada instituição que compunha a parceria técnica.

A partir dos dados apresentados por região, construiu-se o quadro a seguir que indica o estágio de implantação do projeto no Município, em dezembro de 2004.

Quadro 4: Número de equipes capacitadas e famílias acompanhadas nas diferentes Coordenações de Saúde do Projeto Janelas. São Paulo, dezembro de 2004.

Coordenação de Saúde	Unidades Básicas de Saúde	Equipes Capacitadas (PSF/PACS)	Equipes que acompanham famílias	Número de famílias acompanhadas
Cidade Tiradentes	7	4	0	0
Itaquera	2	9	5	521
São Miguel	8	32	29	1432
Brasilândia	11	44	42	698
Sé	2	3	3	159
Vila Mariana	0	0	0	0
Cidade Ademar	8	13	3	355
M Boi Mirim	26	128	88	1062
Parelheiros	3	3	3	120
Grajaú	5	20	14	566

Fonte: Seminário da Rede de Multiplicadores do Projeto Janelas, dezembro de 2004.

Os relatos das experiências de multiplicação e de atuação nas comunidades foram expostas, superando as expectativas do grupo de coordenadores, pois além dos dados quantitativos que foram descritos, foram expostas opiniões que evidenciam os significados positivos do Projeto conforme pode ser verificado a seguir.

Os primeiros momentos refletiram uma avaliação do processo de capacitação dos multiplicadores do Projeto “Nossas Crianças: Janelas de Oportunidades”, e a incorporação de conceitos.

“Prá nós profissionais, também foi muito importante, porque ajudou a ter, assim, uma proximidade maior com os agentes de saúde, de conhecimento um pouco maior”

“Eu trouxe isso daqui como exemplo, porque realmente aquela estrutura padrão familiar quase não existe, mas nós vamos fortalecer a família, e se a família é mamãe ou neto, ou se a família é mãe, netos, tio e um monte de pessoas ou pai, mãe e filhos, que até isso tem acontecido, essas famílias que foram também fortalecidas”.

Ao relatarem a multiplicação nas unidades de Saúde da Família, a dimensão do processo abrangeu desde os componentes da equipe multiprofissional de saúde (médicos, enfermeiros, auxiliares de enfermagem e agentes comunitários de saúde) até auxiliares técnicos administrativos, auxiliares de limpeza e gerentes. A apropriação do instrumento e o entendimento de sua capacidade de atuação, nas famílias com crianças menores de seis anos, pelos profissionais capacitados, fizeram surgir interesse das instituições sociais em se tornarem multiplicadores desse projeto.

Assim, algumas coordenadorias de saúde convidaram representantes da rede social local como circo escola, Conselho Tutelar, hospitais públicos, creches e escolas.

A proposta de atuação das equipes capacitadas e os multiplicadores mostram diversas maneiras de abordagem e uso dos materiais produzidos pelo grupo técnico do projeto. As coordenadorias de saúde apontam para a positividade das experiências e a abrangência da intervenção no âmbito familiar.

“acreditar que o projeto poderá mudar histórias, estimular e apoiar a evolução do adulto, evidencia o papel dos cuidadores e multiplicadores de transformação”

"Pais e avós começam a se interessar pela Cartilha. Os agentes e as mães percebem a necessidade de maior participação dos homens no cuidado com a criança".

A utilização do instrumento de atuação com as famílias foi evidenciado de várias maneiras, desde através dos meios individuais: consulta e visita domiciliária, até na realização de grupos educativos com as mães e crianças.

"...grupo de crianças nas férias escolares – isso tem acontecido em janeiro e julho. Normalmente a gente pega um tema da Cartilha porque nós sabemos que as famílias costumam ter mensalmente a visita do Agente"

"Acompanhamento desde a gestação – isso daqui pra nós é muito enriquecedor, porque sabemos que tem tantos programas, saúde da mulher, todos os programas a gente vai colocando, mas quando entra o Janelas de Oportunidades, conseguiu fechar"

A manifestação do *empowerment* dos profissionais de saúde é pode ser evidenciada a partir das diversas estratégias de multiplicação e utilização dos instrumentos propostos pelo Projeto. Ademais é possível identificar o *empowerment* da população:

"...depois de ler a Cartilha com o meu agente de saúde, aprendi que preciso conversar, brincar, elogiar meus filhos para que eles cresçam com saúde".

"Os Agentes e as mães percebem a necessidade de maior participação dos homens no cuidado com as crianças".

"Um Agente falou que quando ele foi falar sobre acidentes domésticos em casa, um outro vizinho tava chamando atenção: Oh na tua casa não tá desse jeito, vai dar problema, vai acabar dando algum acidente em casa".

Destaca-se que o processo descrito de implementação do Projeto, os eixos estruturantes da Promoção da Saúde foram utilizados como categorias analíticas na sua discussão.

Parceria: O processo de parceria permitiu a construção de um corpo conceitual abrangente, complexo e articulado, que dificilmente poderia ser elaborado por qualquer dos integrantes isoladamente. O conjunto de textos inclui discussões que resgatam desde as dimensões macrossociais da Promoção da Saúde, a elucidação dos processos de transmissão neural e estimulação presentes durante o período da infância, resgatando-se as dimensões relacionais envolvidas nesse processo de interação da criança com a família e vice-versa, da família e rede social, com destaque para os direitos da criança e o dever da sociedade em responder aos mesmos. O alinhamento conceitual elaborado pelo grupo técnico em 2001 e, posteriormente, compartilhado pelo conjunto de integrantes do Projeto, foi sem dúvida, um marco que é apontado pelos diferentes integrantes como uma ancoragem necessária que fundamentou as proposições sintetizadas nos instrumentos elaborados.

No campo da Promoção da Saúde, a parceria é apontada como estratégia fundamental para a realização de processos complexos, pois permite: ampliar a visibilidade do trabalho, expandir o foco e o alcance do projeto, aumentar o compromisso com a sistematização e ordenação periódica do grupo com o trabalho, promover uma abordagem compreensiva do projeto desde o planejamento, implementação e avaliação; melhorar os argumentos de defesa do projeto e na busca de recursos para o seu desenvolvimento; aumentar as oportunidades para novos projetos piloto e assegurar resultados que individualmente não seriam possíveis de serem obtidos (Cain, Schulze, Preston 2001).

No caso do presente Projeto, a parceria estabelecida significou, ainda, uma experiência profícua de aproximação entre as instituições do setor público (SMS, UNIFESP, EEUSP) com instituições que compõem o denominado terceiro setor (UNICEF, Monte Azul, JICA, Pastoral da Criança) na elaboração de estratégias de aprimoramento do trabalho em saúde, visando o benefício da população que potencialmente utiliza esse serviço.

O conceito de parceria é fundamental na operacionalização do eixo de elaboração de políticas públicas saudáveis dado que encaminha para a

intersectorialidade. No processo apreendido do Projeto Janelas, destaca-se ainda, que essa dimensão não circunscreveu-se à composição do grupo técnico, mas também foi realizada pelos profissionais que estabeleceram contatos em suas regiões de atuação por ocasião da multiplicação da capacitação.

Processo participativo: O desenvolvimento de oficinas com representantes indicados pelas diferentes regiões também constitui aspecto relativo à Promoção da Saúde que operacionaliza processos de descentralização de poder, permitindo a adesão voluntária aos projetos. A adesão voluntária aos processos educativos, segundo Freire (1990) é uma premissa que deve ser respeitada, quando se espera que os integrantes possam se apropriar dos conceitos e práticas em foco.

No entanto, tradicionalmente, o serviço público atua de forma normativa e vertical, definindo aos profissionais o que e como deve ser o trabalho realizado por estes. As capacitações, em geral, se reproduzem com a finalidade de "adequar o profissional" para o seguimento ou utilização de tecnologias, sem que haja espaço para discussão de conceitos que subjazem as propostas ou até mesmo adequações aos contextos de práticas.

Essa situação, inclusive, motivou o Ministério da Saúde a propor a criação dos Pólos de Educação Permanente, visando reverter essa condição dos profissionais como objeto de cursos e colocá-los na condição de sujeitos dos processos educativos, os quais devem ser planejados visando superar problemas concretos observados no cotidiano dos serviços e não somente aspectos específicos de determinada programação.

No Projeto Janelas, foi assegurado o respeito ao interesse por participar, havendo somente uma região de saúde que deixou de integrar o grupo, no momento de indicação de representantes para a capacitação de multiplicadores, outras em que os contextos regionais levaram à substituição dos representantes e, na medida do interesse desse profissionais pelas discussões de aprofundamento técnico, pode-se abrigá-

los nas reuniões de seguimento, mesmo que não indicados como representantes regionais.

Empowerment dos sujeitos profissionais: Outro conceito que fundamenta o campo da Promoção da saúde é o *empowerment*, que segundo Wallerstein (1992), significa o processo de ação social de indivíduos e grupos, voltado para aumentar o controle sobre suas vidas e facilitar as transformações para atender necessidades de âmbito singular e particular. Para a autora, esse conceito fundamenta-se nas formulações de Freire (1970) tendo como premissa do processo de *empowerment* a noção de emancipação através de contatos dialógicos em que o sujeito deixa de ser passivo para ser ator participativo.

O processo de *empowerment* pressupõe acesso às informações com transparência, inclusão nas decisões, *accountability* ou atitude de prestação de contas da representação assumida, e capacidade organizativa para identificar as outras estruturas que devem ser demandadas no processo almejado de transformação da realidade.

O desenvolvimento do Projeto Janelas evidencia espaços potenciais para essa dimensão de fortalecimento dos sujeitos profissionais tendo em vista o acesso às informações, sobretudo no âmbito da I Oficina, quando se promoveu um espaço para o aprofundamento teórico sobre os conceitos de uma nova prática. A II Oficina pode ser destacada enquanto um espaço de participação sobre as decisões acerca dos materiais que viriam a suprir as lacunas no cotidiano de trabalho. Na III Oficina de lançamento dos materiais, mesmo tendo ocorrido há pouco mudanças no grupo diretivo da Secretaria Municipal da Saúde, manteve-se o compromisso em envolver os sujeitos para apresentar os produtos do trabalho e assegurar a continuidade do processo de implementação do Projeto, definindo-se publicamente um cronograma de capacitações.

A partir do segundo semestre de 2003, pode-se observar a possibilidade local das diferentes regiões em definir o número de sujeitos que seriam envolvidos no processo, bem como o seu ritmo de implantação. Cabe destacar a contribuição da Agência de Cooperação Internacional

Japonesa (JICA) por meio do apoio técnico e financeiro para a capacitação dos multiplicadores.

A realização das oficinas de capacitação dos multiplicadores transcorreu conforme havia sido acordado e segundo as possibilidades do grupo técnico, respeitando-se as agendas da parceria estabelecida. O desdobramento das capacitações nas regiões, no entanto, não seguiu uma trajetória linear, sendo que houve muitos lugares que tiveram dificuldades para encaminhar a condução dessa etapa. O Quadro 4 ilustra a implantação em diferentes estágios. A ausência de linearidade desse processo tem semelhança à proposição de Santos (2002), a respeito de processos emancipatórios, que metaforicamente comparados a um rio, podem assumir características diferentes ao longo de seu percurso, tendo como única constante, a certeza de não retornar à sua nascente.

Nesse sentido, a Rede de Apoio aos Multiplicadores, proposta elaborada durante a primeira capacitação da região Sul I, atuou de maneira a dar suporte para os que estavam conseguindo implementar o processo e identificavam dificuldades passíveis de discussão, bem como para fortalecer os demais participantes que não estavam conseguindo reproduzir as capacitações.

Nesse processo evidencia-se analogia às recomendações de Wallerstein, de que o processo de *empowerment* envolve uma dimensão psicológica dos participantes no contexto de sua atuação, uma ação social para diminuir as barreiras institucionais estabelecidas, uma ação social do grupo para ampliar sua capacidade de projetar suas metas e, talvez a dimensão mais relevante, que é o reconhecimento da dialética de poder que envolve os processos de transformação da realidade.

A esse respeito, a referida autora propõe que, ao se trabalhar com o conceito de *empowerment*, autores que abordam as teorias de poder na perspectiva do "poder com" mais do que o "poder sobre" constituam referência fundamental..

Em síntese, as evidências de garantia de participação e de *empowerment* no processo desencadeado coadunam-se com o eixo de

desenvolvimento de habilidades pontuado na Carta de Ottawa, no que se refere aos profissionais de saúde.

5. A apreensão dos sujeitos envolvidos acerca dos conceitos estruturantes do Projeto Janelas

Conforme descrito anteriormente, optou-se por realizar uma reunião utilizando-se a técnica de grupo focal, para captar as representações dos sujeitos envolvidos, acerca dos conceitos de autonomia e resiliência, relacionados à vivência do Projeto Janelas.

Os procedimentos metodológicos incluíram convite para o grupo focal junto aos profissionais envolvidos com a capacitação dos multiplicadores, através de contatos telefônicos para as respectivas unidades básicas de saúde, das regiões Norte e Sul. Ao todo, foram contatados 18 profissionais, sendo que 4 destes, apresentavam impedimento por férias ou licença gestação. Excetuando-se os que já haviam manifestado algum impedimento, enviou-se uma carta convite por fax para cada profissional e outra para a respectiva chefia da unidade, explicitando os objetivos da pesquisa, a data, horário e local da reunião.

O grupo focal foi realizado nas dependências da Escola de Enfermagem da USP, no dia 15 de dezembro de 2004, tendo comparecido 12 participantes do grupo inicialmente convidado. Contou com a participação de 11 enfermeiros(as) e apenas 1 médico, representantes de onze unidades básicas de saúde, em que as equipes tinham sido capacitadas. Destes, 10 eram mulheres e 02 homens, com idade entre 32 e 55 anos e tempo de trabalho no Programa Saúde da Família do Município de São Paulo de 3 a 4 anos.

A coordenação da reunião foi exercida pela própria pesquisadora, com auxílio de duas alunas bolsistas que se responsabilizaram pelo apoio para gravar e registrar as falas dos participantes.

Houve um primeiro momento de apresentação do grupo como um todo e, em seguida, foi exposta a finalidade da reunião, destacando-se sobretudo, a finalidade da pesquisa, distinguindo das etapas de acompanhamento do Projeto Janelas. Nesse momento, cada participante recebeu o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (Anexo 4) para

leitura individual e assinatura, no caso de concordância. A coordenadora pediu autorização para gravar a reunião e o grupo manifestou sua anuência.

O processo de discussão desenvolveu-se segundo o roteiro elaborado (Anexo 2), tendo-se acordado com os participantes que estes iriam manifestar à coordenadora seu interesse em expor as opiniões próprias. Alguns participantes já se conheciam por terem sido do mesmo grupo anterior de capacitação de multiplicadores. A reunião transcorreu num clima favorável, assegurando-se a todos o direito de expressar suas opiniões podendo-se percorrer a totalidade dos aspectos anteriormente definidos.

A atividade teve a duração de 2h15min e após, alunas bolsistas reuniram-se com a pesquisadora para verificar a qualidade da gravação e checar o registro das principais observações relacionadas à reunião. Foi utilizado um gravador digital e, posteriormente, foi criado um arquivo de áudio com gravação em CD. A transcrição da reunião foi realizada pelas próprias alunas bolsistas.

A análise desse conteúdo envolveu a leitura flutuante do texto produzido que apresentava-se ordenado em função dos tópicos do roteiro da discussão. Após várias leituras, foram elaboradas categorias empíricas que evidenciam os principais núcleos significativos, em relação à discussão estabelecida no grupo focal.

A seguir, apresenta-se partes dos depoimentos colhidos durante a reunião, organizados que evidenciam as categorias empíricas elaboradas, as quais encontram-se numeradas em negrito, bem como as sub-categorias que as compõem com numeração de subdivisão.

5.1. Contribuições do Projeto Janelas

5.1.1. Aproximação com a família

- **O instrumento abre um caminho para o diálogo**

“A Cartilha foi uma aproximação nossa com a família, uma forma mais ilustrativa, mais palpável para poder chegar e conversar”.

"A Cartilha torna palpável para as famílias aquilo que você falar".

"Você concretizou na Cartilha, na hora que você coloca para a família, você coloca a importância que é o que seria o básico, que é o cuidado, o aconchego....não tinha muito instrumento pra nortear... então, na Cartilha se você pega o desenhinho, você já tem por onde começar"

"A Cartilha facilitou bastante como entrar em alguns assuntos de forma natural...levanta demandas e brincadeiras....a Cartilha entrou, no meu ponto de vista, como um instrumento prá ajudar mesmo".

"Às vezes, você falar é uma coisa, você mostrar é outra".

- **O instrumento que prestigia a população**

"A Cartilha, eu vejo como se fosse um presente para a população, eu tenho zelo pela Cartilha, uma que a Cartilha é muito bonita, colorida, chama a atenção das crianças".

A perspectiva interativa permite o envolvimento das crianças

"A Cartilha é muito bonita, colorida, chama a atenção das crianças".

"A linguagem da Cartilha eu acho fácil, principalmente na parte da janela de desenhar a família ou colar uma foto e, mesmo, porque eu percebo que no Vera Cruz como eles já desenharam a família na janela, eles trazem uma folha de sulfite, qualquer pedaço de papel eles fazem a família de novo, de outra cor, então isso é muito interessante".

Permite que a família se reconheça e se identifique

"A Cartilha despertou isso na mãe".

"...principalmente na parte da janela de desenhar a família ou colar uma foto e, mesmo, porque eu percebo que no Vera Cruz como eles já desenharam a família na janela eles trazem uma folha de sulfite, qualquer pedaço de papel, eles fazem a família de novo, de outra cor, então isso é muito interessante".

- **Instrumento que permite vínculo junto com as famílias**

"A Cartilha foi um grande vínculo dos agentes comunitários com as famílias".

"A Cartilha é igual à reflexão dos profissionais e das famílias"

"...realmente repercutiu para que ela funcionasse, não deixa a coisa adormecer, cada consulta, cada visita, você relembra alguns pontos importantes através da Ficha".

- **Instrumento que abarca as dimensões singular e particular da população atendida**

"Com o Projeto Janelas você começa a enxergar a criança de outra maneira, porque começa a enxergar o emocional, o cotidiano da vida daquela criança dentro da família e a família como um todo; o acesso à rede mesmo que ela tem e que pode contar".

5.1.2. A operacionalização da Promoção da Saúde

"Eu acho que concretizou a coisa porque visa muito a saúde".

"...se trabalha com o sujeito construindo a saúde. A construção da saúde a partir da Cartilha faz com que todos tenham uma parcela de responsabilidade, que sejam, Promotores de saúde".

- **Instrumento para os profissionais que resgata a infância**

"A cartilha tirou a infância do limbo".

"A Cartilha, ela insere o tema do desenvolvimento infantil no cotidiano da unidade, com o passar do tempo isso vai ficando cada vez mais presente, a ponto de o desenvolvimento infantil passar a ser incorporado".

- **Permite superar a visão sobre a doença ou a mudança de olhar**

"A capacitação tirou o olhar viciado no biológico"

"Você aprendeu, te tocou".

- **Ampliação do enfoque: valorização do modo de vida da criança e do desenvolvimento infantil**

"...mostrou a importância de você se voltar para outras funções da vida do cotidiano da criança e do desenvolvimento".

- **Valorização do desenvolvimento infantil para o generalista**

"Não tem projetos para esse âmbito voltados para a criança. Existem outros projetos da Secretaria desmembrados, mas a Cartilha, ela insere o tema do desenvolvimento infantil no cotidiano da unidade".

"...com o passar do tempo, isso vai ficando cada vez mais presente, a ponto de o desenvolvimento infantil passar a ser incorporado"

- **Resgate/ apropriação/ Assimilação/ Incorporação**

"Comecei a colocar em prática assuntos esquecidos".

"Como eu tinha participado lá da primeira oficina, eu também pude observar como foi, o que trouxe para as pessoas que estavam no primeiro momento da capacitação e nem sabiam do que se tratava...eu acho que trouxe uma coisa de forma, de possibilidade de acontecer, olhar mais objetivamente para coisas sutis mas extremamente importante".

- **Trabalhar com novo olhar**

"Eu acho que concretizou a coisa porque visa muito a saúde, a criança que tem um problema, a criança que chega à UBS ou no caso do PSF aquela criança que a gente tem acompanhado, com o Projeto Janelas você começa a enxergar a criança de outra maneira porque começa a enxergar o emocional, o cotidiano da vida daquela criança dentro da família e a família como um todo; a rede mesmo que ela tem e que pode contar",

Superação do foco sobre a doença

"A gente, dentro da área da saúde, canaliza muito pra doença; agora, eu acho que não é por aí, eu acho que concretizou de uma maneira que não tem troco".

5.1.3. Processo participativo e emancipatório (empowerment técnico)

- **Acesso à fundamentação técnica**

"Esse processo todo parece uma onda. A Cartilha é um instrumento de transferência da competência da família... o beneficiado primeiramente é a equipe, pois foi a necessidade técnica que a desenvolveu; segundo os multiplicadores e, terceiro, os agentes.."

Permitiu a apreensão dos conceitos que fundamentam o Projeto

"A capacitação esclareceu e ampliou seus conceitos básicos, desenvolvimento, conscientização".

Manual representa a possibilidade de acesso permanente aos conceitos que fundamentam os instrumentos (Cartilha e Ficha)

"O manual garante a educação permanente que facilita o agente de saúde".

- **Rede de multiplicadores como processo pedagógico interativo de apoio e co-responsabilização**

"Se você mantém vivo o envolvimento, os outros irão se aconchegar, correr atrás; as funções devem ser distribuídas".

"Eu acho que esse é o diferencial porque você está passando por um treinamento e você vai ter que colocar em prática uma coisa que você absorveu, que ficou, aprendeu".

Encontros grupais como estímulo e compartilha

"...a questão da capacitação, eu vejo que serviu de estímulo, porque como passava aquele determinado tempo sem a gente se encontrar, lá na Chácara parece que fica vazia até se encontrar o estímulo de novo. Então, eu acho que a Capacitação serviu mais de estímulo, de ver como as unidades estão trabalhando".

Operacionaliza a construção coletiva

"Foi bem forte e, assim, como eu tinha participado lá da primeira oficina, eu também pude observar como foi, o que trouxe para as pessoas que estavam no primeiro momento da capacitação e nem sabiam do que se tratava".

"..Aí vem a história da rede, cada um tem uma função, a responsabilidade tem que ser de pelo menos quem está coordenando ou de mais alguém."

- **Possibilita a integração da equipe**

" A Agente conseguiu perceber algumas mudanças nas crianças depois de começar a ler a Cartilha com elas"

"O Agente de Saúde, ele acha que a mudança está relacionado com o pré-natal,.foi uma mudança bem clara que a gente teve" (referindo-se a uma gestante que superou o alcoolismo após integrar o Projeto)

"Eu acho que acaba complementando a discussão da Cartilha com a família".

"A Ficha complementou a discussão da Cartilha...causou repercussão na família."

- **Instrumental para reorientar a ação**

Resgata a dimensão do cotidiano da criança

"Com relação à ficha, culminou com um olhar no atendimento, deu prá ver a criança de perto...crianças brincando, tendo horário pra isso, pra aquilo; eu acho que contribuiu positivamente".

Ajuda os profissionais a percorrerem todos os temas relevantes

"Esse material, a cartilha e a ficha, eu acho que realmente é aquela coisa de você pegar e você estar lembrando uma coisa que você aprendeu, te tocou".

"A Ficha, eu acho que é um grande lembrete apesar de ela ser longa, das pessoas acharem extremamente difícil, eu acho que é um grande lembrete prá gente".

"...relembra alguns assuntos importantes".

"A Ficha é mais um registro mesmo, um complemento da Cartilha".

"A Ficha, eu acho que completa, falta exercitar".

Permite atuar na perspectiva da integralidade

"As questões que são levantadas na ficha são mais importantes porque numa consulta, antes da ficha, são levantadas questões de risco que numa consulta comum, sem a ficha, a gente poderia esquecer, poderia passar despercebido...então a ficha é muito importante".

"A Ficha é o elo entre consulta individual e as visitas".

Uso constante facilita seu entendimento

"Eu também tive a mesma reação por causa da extensão dela, mas hoje, eu tenho uma visão diferente, não sei se é por causa do constante uso que acabou ficando mais próximo da gente, mais comum, mas eu acho que acaba complementando a discussão da Cartilha com a família, que realmente repercutiu para que ela funcionasse, não deixa a coisa adormecer, cada consulta, cada visita, você relembra alguns pontos importantes através da Ficha".

Viabiliza a concretização de parâmetros para abordar aspectos subjetivos do cuidado

"Eu acho que trouxe uma coisa de forma, de possibilidade de acontecer, olhar mais objetivamente para coisas sutis, mas extremamente importantes"

"O Agente de Saúde, ele acha que a mudança está relacionado com o pré-natal...foi uma mudança bem clara que a gente teve" (referindo-se a uma gestante que superou o alcoolismo a pós integrar o projeto)

- **Conscientização para identificar as relações de poder**

"Eu acho que, com a capacitação, a abordagem e o embasamento da própria Cartilha e do Manual a gente consegue falar de vários temas e eu acredito que ainda seja uma técnica de comunicação pouco utilizável, tanto em relação ao trabalho, tanto na abordagem com a comunidade... Por que as relações têm limites demais ou de menos? Os limites, às vezes, impedem a vinculação..É preciso impor limites no próprio planejamento, porque a gente fala apenas da autonomia da família e esquecemos que a própria equipe de saúde tem que ter a sua autonomia, de acordo com os seus planejamentos, de acordo com seus dados, com as suas percepções, respeitando os papéis de cada profissional, e é aí que eu acho que é a parte mais complexa, porque envolve uma constituição ética permanente entre os profissionais; nós questionamos toda hora, qual é o papel do médico? qual o papel da enfermeira?...Dentro da equipe, há um fator que interfere na própria autonomia, porque se eu acho que eu posso desautorizar alguém, eu provavelmente vou fazer isso com a população. Responsabilizamos a família o tempo inteiro pelo que não deu certo ou pelo que não é esperado...Eu acho que a capacitação, a Cartilha traz a possibilidade da gente discutir o melhor caminho para se aprofundar, porque não tem jeito, onde quer que a gente vá, a gente vai ter que discutir isso das relações de poder ... Ou se têm limites,ou se perde a integridade".

Para melhor entendimento dos resultados obtidos com o grupo focal, apresenta-se a seguir uma representação esquemática das categorias e sub-categorias que emergiram da discussão.

Figura 1: Categorias e sub-categorias empíricas percebidas pelos profissionais de saúde em relação às contribuições do Projeto Janelas no seu cotidiano de trabalho.

A Figura 1 evidencia a presença de alguns elementos apontados, no âmbito da Promoção da Saúde, como fundamentais para concretizar os desafios do eixo de reorientação dos serviços de saúde. A partir das categorias e sub-categorias empíricas apreendidas, destaca-se a possibilidade de superar a fragmentação da assistência e enfatizar o potencial de saúde da população no cotidiano dos serviços.

Com relação à superação da fragmentação da assistência, pode-se identificar, nos discursos dos profissionais, a percepção de que a tecnologia que envolve o Projeto Janelas, permite a realização de um diálogo mais

próximo e maior vinculação junto à população atendida. Essa horizontalização da relação de atendimento constitui um elemento de superação do distanciamento entre os profissionais de saúde e a população, há muito denunciado como uma condição adversa para a atuação em saúde com qualidade.

Boltanski (1984) analisa a situação de distanciamento na relação dos profissionais da saúde com a população, como expressão da subalternidade de classe desta última em relação aos primeiros. Segundo o autor, a relação entre médicos e clientes que compartilham a mesma posição social, se dá em um contexto de maior respeito, atenção e informações maiores do que no âmbito de atenção da população que vivencia a exclusão social. Essa relação desigual perpetua-se pela desigualdade decorrente da inserção social e pelo conhecimento diferenciado, fato que, muitas vezes faz com que o atendimento focalize o problema exposto pela família do ponto de vista do profissional, sem recuperar a percepção da população atendida. Outro aspecto que revela o prejuízo do distanciamento estabelecido é a sua despersonalização, pois, em geral, a população sequer sabe informar o nome do profissional que a atendeu (Chiesa, 1994).

Para que se reverta esse quadro de distanciamento historicamente construído, destacam-se outros dois aspectos apontados pelos profissionais em relação aos instrumentos do Projeto Janelas, que são a valorização da população e a possibilidade de abarcar as dimensões singular e particular das famílias atendidas. Resgata-se para essa discussão o quadro apresentado na introdução acerca dos diferentes sujeitos, objetos e meios de trabalho que são utilizados nos diferentes Modelos Assistenciais. Os autores propõem que a construção de um modelo de Vigilância da Saúde só é possível quando a população integra o grupo de sujeitos, o objeto das ações passe a abarcar os danos, riscos, necessidades e determinantes dos modos de vida e saúde; reconhecidos a partir das condições de vida e trabalho; e os profissionais tiverem domínio de meios de trabalho que incluam as tecnologias de comunicação social, de planejamento e programação local, situacional e tecnologias médico sanitárias (Teixeira, Paim, Vilasboas, 1998).

Neste sentido a tecnologia apresentada pelo Projeto Janelas corrobora com a construção de um modelo assistencial que atende as perspectivas da reorientação dos serviços do campo da Promoção da Saúde e se coaduna com as expectativas do fortalecimento do modelo da Vigilância enquanto um paradigma que supere as tendências anteriores no Brasil.

Outro conjunto de categorias e sub-categorias que se pode depreender das percepções dos profissionais envolvidos com o Projeto Janelas, diz respeito ao potencial de operacionalização de práticas que valorizam a dimensão da Promoção da Saúde.

No tocante a esse aspecto, reporta-se a Labonte (1990), segundo o qual, quando se trabalha com o entendimento ampliado acerca do processo saúde-doença, deve-se buscar instrumentos para incorporar o reconhecimento da dimensão subjetiva dos indivíduos acerca da sua situação de saúde, dificilmente captada somente a partir dos inquéritos epidemiológicos tradicionais. O autor aponta a limitação dos estudos quantitativos sobre mortalidade e morbidade, pois, apesar de serem fundamentais no reconhecimento dos perfis de saúde/doença de uma dada população, há que se desenvolver indicadores para mensurar os aspectos relacionados ao "bem estar" dos indivíduos ou a qualidade de vida almejada no coletivo em questão. O problema que o autor analisa no escopo da Promoção da Saúde é o fato de que a Doença pode ser objetivamente mensurada através de recursos tecnológicos, cada vez mais precisos; enquanto a Saúde se constrói num espectro muito mais ampliado, impreciso e complexo. Com isso, atuar sobre os processos doentios, já instalados, torna-se o foco principal das ações do setor saúde, e a Promoção da Saúde acaba ficando limitada às ações preventivas dos agravos mais importantes, reduzindo seu objeto de ação. A complexidade do objeto da Promoção, aliada à maior facilidade que os profissionais encontram em atuar exclusivamente sobre a doença, bem como a menor valorização da população acerca dos aspectos preventivos, criam inúmeras barreiras para que se fortaleçam práticas profissionais de cunho promocional no cotidiano dos serviços.

Santos e Westphal (1999) argumentam que, apesar das evidências acerca da produção social da saúde, ainda impera sobre a formação e organização das práticas dos profissionais de saúde, a valorização dos aspectos curativistas, decorrentes do paradigma flexneriano.

Os dados empíricos apontam para o potencial dos instrumentos elaborados no âmbito do Projeto Janelas, a partir dos quais os profissionais percebem o resgate da infância como uma fase do ciclo vital, identificando no monitoramento do desenvolvimento infantil, uma oportunidade de atuar sobre o potencial de saúde mais do que somente controlar eventos doentios. Destaca-se a importância desse resgate, sobretudo para o profissional que tem o compromisso de realizar práticas generalistas e que deverá desenvolver competências e habilidades para intervir sobre diferentes fases do ciclo vital, sem cair na armadilha de pretender ser um "mini" pluri-especialista. Esse processo contribui para reverter a tendência atual de medicalizar excessivamente alguns processos/fenômenos da vida, como Pré-Natal, Adolescência, Climatério ou Envelhecimento. Uma das consequências negativas desse processo localiza-se no fato de que, além de passar a consumir de forma inadequada diferentes tipos de medicamentos ou exames sofisticados, os indivíduos passam a depender excessivamente dos profissionais.

Nesse âmbito da operacionalização da Promoção da Saúde, vale destacar o processo de resgate do conhecimento por parte dos profissionais, de sua apropriação enquanto entendimento de conceitos e de assimilação, na medida em que introduz no seu dia a dia para posterior incorporação. Esse caráter processual permite que os profissionais utilizem a Promoção da Saúde como um eixo concreto de embasamento para a mudança desejada.

O terceiro conjunto de categorias e sub-categorias evidenciados nas falas do grupo focal, diz respeito aos aspectos constitutivos do processo participativo que denominamos de *empowerment* técnico.

Segundo Wallerstein (2005), as estratégias de *empowerment* fundamentam-se em processos participativos, tendo em vista o acesso às

informações; a participação nos processos decisórios; a capacidade organizativa do grupo para demandar junto às estruturas competentes para a transformação e a postura de responsabilização dos representantes de instituições públicas perante o grupo.

Dentre esses, os participantes identificaram como relevante a possibilidade de fundamentação teórica e conceitual e a Rede de Multiplicadores como elemento de apoio e de co-responsabilização no encaminhamento do Projeto Janelas.

A seguir apresenta-se outro conjunto de categorias empíricas emergentes do grupo focal, relativas às percepções dos profissionais sobre as mudanças observadas no seu cotidiano de trabalho, atribuídas ao Projeto Janelas.

5.2. Mudanças observadas

5.2.1. Instrumentalização/ *Empowerment* da população

- **Acessibilidade às informações**

"Um dos Agentes Comunitários comenta que uma das gestantes começou a dar sinais de parto e, pela Cartilha, reconheceu os sinais e foi para o Hospital...uma família orienta a outra".

"Uma mãe percebeu a diferença entre a primeira gestação e a segunda que já tinha esclarecimento da Cartilha, participou do grupo".

- **Resgate da dimensão cuidadora:**

situações adversas

"..e também, uma experiência de uma gestante de 17 anos que teve uma primeira filha que foi tirada pelo Conselho Tutelar e ela ficou grávida, mas não sabia quem era o pai da criança e quando ela começou a fazer o pré-natal, eu mandei uma Cartilha pra ela, e daí, ela veio e eu comecei a falar da Cartilha pra ela, pra ter cuidado com o bebê...no decorrer desses dois, três meses de pré-natal, ela, quando o bebê nasceu, não é mais alcoólatra e ela cuida muito bem da criança".

proteção de acidentes

"a Cartilha despertou isso na mãe, prá atravessar a rua ela estava mais cuidadosa com os filhos".

- **Respeito à população em relação ao auto-cuidado**

"A Agente não tinha acesso com a mãe pois essa se recusava a ler a Cartilha".

"Bom, eu acho que você tem que perceber se a pessoa está querendo assumir a responsabilidade que você quer passar para ela".

5.2.2. Equipe e serviço de saúde acolhendo outras necessidades da população

- **Acolhimento de outras necessidades no cotidiano do atendimento**

"O marido estava maltratando muito a gestante, porque era outra menina e ele queria um menino, melhorou seu tratamento depois de freqüentar reuniões de esclarecimento e depois de uma conversa individual ela continuou o pré-natal".

"Eu percebi que a freqüência das consultas aumentou e faltam menos".

- **Ampliação dos espaços para realizar o trabalho**

"A foto da Cartilha atinge a criança e ela sensibiliza os pais, deu pra perceber que, através das crianças, a gente consegue posições dos pais".

- **Adequação das atividades às necessidades dos participantes**

"Discutiam a Cartilha com os vizinhos, com a família e levavam todos para as reuniões"

"Tinha uma gestante que perdeu o bebê e engravidou novamente e que quando foi marcar comigo, ela tinha invocado que ela matou o bebê, eu tinha uma Cartilha e comecei a mostrar pra ela e ela nunca tinha sentado com alguém prá falar sobre isso".

"Gestante que nunca fez o pré-natal de nenhum dos dez filhos...ela mudou de área, mas insistiu em permanecer, começou a freqüentar consultas e não deixou mais de

ir, deixava seis crianças em casa e não faltava mais das consultas de pré-natal mesmo que não fosse mais necessário, ela achava que valia a pena".

- **Melhora do olhar para desnaturalizar a violência**

"A mãe levou prá dar vacina e tinha a avó junto e, daí, o menino ficou tão invocado que começou a bater na mãe, aí ela disse que o pai dele fazia pior; daí a gente conseguiu trabalhar com a mãe".

Mudanças esperadas.

5.2.3. Expectativa de maior envolvimento

"O Projeto é um trabalho que traz esperança de resultado, espera-se que todos se envolvam, a proposta de trabalho que traz é muito completo".

"Sinto que ainda falta organização e envolvimento maior de alguns, mas manter o interesse dos interessados".

"Os profissionais são os mais suscetíveis a deixar o negócio em "banho maria",

"Nem todo mundo tem essa vontade".

"Bom, para mim o que falta é mais envolvimento, envolver os funcionários e cobrar para que as pessoas realmente vistam a camisa".

Figura 2: Categorias e sub-categorias empíricas percebidas pelos profissionais de saúde em relação às mudanças observadas e projetadas a partir do Projeto Janelas no seu cotidiano de trabalho.

A Figura 2 indica que, em relação à população, as sub-categorias identificadas relacionam-se a um processo de *empowerment*, mas aparece também um outro conjunto de sub-categorias relativo aos serviços.

Em relação ao *empowerment* da população, os profissionais descrevem situações que indicam o uso dos materiais utilizados como instrumentos facilitadores na tomada de decisões relativas ao processo saúde-doença, bem como a incorporação de atitudes de cuidado em situações adversas por parte da população, motivadas pela reflexão desencadeada pelos conteúdos do material. Revelam, ainda, a percepção de

que as mudanças não ocorrem de forma linear e homogênea, pois é imprescindível respeitar o desejo de mudança pela população.

A percepção de *empowerment* da população, a partir destas subcategorias, corrobora com a proposição de Ayres (2004) de que nas avaliações de atividades de Promoção da Saúde, há que se incorporar a dimensão do encontro dos sujeitos às regularidades científicas e técnicas que captam a dimensão objetiva das práticas. Para Ayres (2004), o fortalecimento da Promoção da Saúde, no âmbito dos serviços de saúde, requer a re-significação do cuidado, entendendo que é imprescindível que o encontro terapêutico seja alicerçado sobre o diálogo e mediado pelo conhecimento técnico e científico.

Os resultados do presente processo permitem considerar relevante o fato dos profissionais conseguirem perceber estas sutilezas da dimensão da vida da população como fruto de um trabalho realizado. Sem dúvida, estes profissionais transformaram seu olhar e sua relação profissional com a população poderá se dar em outras bases, pautadas no acolhimento das necessidades que não se restringem ao âmbito de saúde.

As subcategorias identificadas parecem colocar-se como elementos de novas identidades dos profissionais, que nos encontros terapêuticos, passariam a incorporar aspectos da positividade da saúde, dentre eles, felicidade.

Em relação aos serviços de saúde, as subcategorias emergentes referem-se à incorporação de problemas da dimensão relacional da população para o escopo das ações de saúde. Isto significa que os profissionais ampliaram seu foco e sua permeabilidade no ato terapêutico para apoiar a população no enfrentamento de situações que transcendem o cotidiano pautado na biologia e na clínica, mas ampliando-se para a violência conjugal, violência doméstica, superação de traumas, além de outras, passando inclusive, a organizar atividades que buscaram aumentar a adesão da população às práticas de saúde.

Estes resultados indicam uma aproximação à proposição de Ayres (2004), de que as práticas de saúde devem rever seus "compromissos éticos e políticos com a construção dialógica da vida" para definir sua contribuição no campo da Promoção da Saúde.

Com relação às mudanças esperadas, as percepções dizem respeito à expectativa de que o envolvimento de outros profissionais pudesse ser maior. Talvez a tradição de implementação de programas de forma universal nos serviços públicos seja a raiz dessa "frustração" presentes nos discursos. É interessante destacar que a tolerância observada em relação ao respeito ao limite da população para incorporar as práticas de auto-cuidado não é o mesmo em relação aos colegas de trabalho. As expectativas de que "todos vistam a camisa" do Projeto indica que o processo de discussão com os demais integrantes da rede, deveria incluir a tolerância e respeito também nas relações de trabalho.

A seguir serão descritas as sub-categorias identificadas pelo grupo acerca da autonomia no Projeto Janelas.

5.3. AUTONOMIA

5.3.1. Reverso da tutela, da domesticação

"Eu acho que assim, os profissionais da saúde desautorizaram a família, então é aquela coisa, foi uma prática durante o atendimento que, de alguma forma, fez isso ocorrer que acabam desautorizando. Então, a pessoa desacreditava, talvez pela forma que ela era recebida, pela falta do trabalho em equipe ou também pela incompetência".

"Em um trabalho em equipe é realmente importante perceber a questão da co-responsabilidade, então, as pessoas começam a perceber que não depende só de mim ou do outro..."

5.3.2. Identificação de fragilidades pessoais em função da inserção social

"...sem impor a questão de todo esse processo social que está acontecendo, como o desemprego, de carência, de violência. Tudo isso eu acho que isso têm um efeito devastador na auto-estima, na força, na energia que a pessoa precisa ter para se

auto cuidar, assumir ações, atuando e tendo cuidado com a sua casa e com a família"

5.3.3. Processo emancipatório enquanto método

"...é um grande resgate para ela mesma nessa questão de auto-estima, quando você faz esse trabalho, é visível concluir e muito terapêutico. Quando você começa a trabalhar esse processo com aquela mulher, com a família, ela vai se tornando capaz, você percebe que ela passa a falar mais, ter uma clareza maior, ela vai acreditando em coisas que ela não tinha condições ou não enxergava..".

5.3.4. Processo de envolvimento e de ajuda

"A autonomia, a gente sente que está tentando fornecer para que eles sejam autônomos no que se diz respeito à saúde".

"Eu vejo que autonomia é a condição que a população têm de aderir, é a conscientização".

"Realmente, o que a gente quer é que essa pessoa tenha autonomia da vida dela, de resolver as coisas, de cuidar da saúde".

5.3.5. Processo educativo para capacitar a população

"Isso realmente traz a possibilidade da pessoa a assumir o seu papel, a ponto dela pegar a família na mão e cuidar."

"É um processo de ajuda que ela que passa, fica muito claro para nós essa questão de que você vai estar apoiando e, à medida que você apóia aquela pessoa, ela começa a cuidar melhor, se cuidar melhor... e é lógico que cada vez mais ela vai se tornando capaz de assumir ações com a sua família podendo assim mostrar a sua autonomia".

5.3.6. Não pode ser definida unilateralmente pelo técnico

"Bom, eu acho que você tem que perceber se a pessoa está querendo assumir a responsabilidade que você quer passar para ela".

"A gente dá algumas orientações, 'olha quando seu bebê tiver febre, você pode dar dipirona, mas uma vez só não adianta, então você vai ter que observar, se a febre persistir você procura o Posto'... E aí, um dia chegou uma mãe e disse: - olha eu dei o medicamento para o meu bebê, a febre não abaixou, aí eu vim até o posto e me falaram para esperar, fui para casa e agora eu estou voltando e fazem 3 dias que eu medi a temperatura e dizem que ele não têm nada, então eu não sei mais como prosseguir... Então, é assim, é aquela devolutiva de que de novo você me explicou, aí eu vim, me falaram outra coisa, e aí eu não sei mais nada... então, me explica porque eu não tenho informação, não consigo entender como eu devo

contabilizar isso... Então, entra aquela história de você exigir responsabilidade das pessoas sem saber se ela tem informação suficiente para isso".

"Então, autonomia é uma linha bem condensada, você tem que saber até que ponto ela têm condições de ter autonomia, de ter segurança, é essa a devolutiva que temos que fazer".

5.3.7. Superação das práticas de auto-cuidado exclusivamente

"Na saúde em geral, a autonomia que a gente está querendo é educar e fazer com que eles sejam capazes de cuidar de um bebezinho, de uma criança ou de um adulto, não só na hora da doença, mas também na prevenção. O Janelas olha por um outro lado, ele olha pelo lado humano, pelo lado emoção, pelo lado brincar, cuidar, aconchegar... e sabemos o quanto isso é terapêutico, e é essa a função do Janelas"

5.3.8. Espaço de participação na relação com o profissional

"Em um trabalho em equipe, é realmente importante perceber a questão da co-responsabilidade; então, as pessoas começam a perceber que não depende só de mim ou do outro"..

"É como uma pessoa chegar e falar: -olha doutora eu já estou dando comida de panela (referindo-se a arroz com feijão, ao invés de salgadinho), olha eu estou dando banana...então, eu sei que hoje ela tem a responsabilidade de dar a comida de panela que é o arroz e feijão...eu acho que com isso ela demonstra a responsabilidade de que é a cuidadora".

"A autonomia está ligada ao acesso, como a pessoa está inserida na sociedade, no trabalho, na família... eu acho que, dependendo da família que a gente trabalha, da realidade dela e do meio social em que ela vive, a equipe tem que trabalhar com abordagens diferentes... Muitas vezes, ela se sente insegura por nunca ter tentado, por nunca ter acreditado que ela é capaz. Às vezes, até na hora de verificar uma temperatura da criança, você pode fazer de uma forma que ela se sinta capaz. É preciso uma integração dos profissionais com a família para começar a resgatar essa autonomia".

5.3.9. Relacionada ao poder

- **quebra dos limites das relações de poder instituídas**

"...o que atrapalha, no fortalecimento da autonomia da família, às vezes é a questão do limite das relações entre os profissionais".

- **empowerment dos profissionais para atuar no empowerment da população**

" É preciso impor limites no próprio planejamento, porque a gente fala apenas da autonomia da família e esquecemos que a própria equipe de saúde tem que ter a sua autonomia, de acordo com os seus planejamentos, de acordo com seus dados, com as suas percepções, respeitando os papéis de cada profissional, e é aí que eu acho que é a parte mais complexa porque envolve uma constituição ética permanente entre os profissionais; nós questionamos toda hora, qual é o papel do médico? qual o papel da enfermeira?...Dentro da equipe, há um fator que interfere na própria autonomia, porque se eu acho que eu posso desautorizar alguém, eu provavelmente vou fazer isso com a população; responsabilizamos a família o tempo inteiro pelo que não deu certo ou pelo que não é esperado, mas também é alguma coisa relacionada à minha ação, eu sinto a necessidade da gente acordar. Eu acho que a capacitação, a Cartilha, traz a possibilidade da gente discutir o melhor caminho para se aprofundar; porque não tem jeito, onde quer que a gente vá, a gente vai ter que discutir isso das relações de poder... Ou se têm limites claros ou se perde a integridade".

- **dimensão subjetiva que não depende somente da base material**

"Eu acho que algumas famílias realmente quando querem e podem aderem ao Projeto e assumem suas responsabilidades independentes das suas condições sócio-econômicas".

"Eu vejo por mim, a gente também segue a Cartilha, são coisas que eu faço na minha casa, com os meus filhos, então, eu acho que é uma coisa bastante legal... só que, às vezes, mesmo com toda mordomia que outras pessoas não têm, com dois filhos, com babá... tem momentos que eu não consigo, que eu chego morta de cansaço, não dá para dar conta das coisas sozinha. E aí, eu vejo aquela mãe com 6 filhos, com 7 filhos, que o marido não dá apoio nenhum, que mora em um cômodo, e, às vezes, está dando conta".

Figura 3: Categorias e sub-categorias empíricas percebidas pelos profissionais de saúde em relação à autonomia no âmbito do Projeto Janelas.

Os resultados obtidos no grupo focal, acerca da percepção da autonomia dos profissionais encontra-se muito próxima dos debates do campo da Bioética. Neste, a operacionalização da autonomia requer, necessariamente, a construção de espaços de horizontalização de poder e respeito à capacidade de decisão da população acerca das recomendações terapêuticas; a possibilidade de escolha por parte da população, sempre que houver diferentes alternativas, comprometendo o profissional a disponibilizar as informações sistematizadas e a manter um diálogo no sentido de superar barreiras que dificultem a escolha; e o apoio no encaminhamento das condições que viabilizam as escolhas efetuadas, sobretudo através de processos educativos capazes de desenvolver habilidades junto à população na realização dos seus projetos de vida.

As categorias apreendidas nos discursos dos profissionais abarcam de maneira geral, essas dimensões da Bioética. Os aspectos mais significativos, no entanto, dizem respeito ao entendimento da necessidade de reverter um processo histórico de domesticação e prescrição da vida que marcou o início da puericultura e tem marcado as práticas higienistas de forma geral.

Segundo ROCHA (1985), desde os primórdios da formulação da Puericultura, em 1750, na França, proposta por Ballexserd e, posteriormente, recuperado pelo médico francês Caron, em 1865, que a considerava a arte de criar fisiológica e higienicamente dos recém-nascidos, pode-se perceber a preocupação em definir padrões de comportamento para o cuidado da criança, dada a sua condição de maior vulnerabilidade (ROCHA, 1985). Na Puericultura e na Saúde Pública, enquanto campo de conhecimentos específicos, que buscam aprimorar os mecanismos de controle das doenças e reverter as situações de altos índices de mortalidade infantil, essa questão tem assumido, historicamente, papel de destaque em termos das preocupações dos profissionais de saúde e de toda a sociedade.

A exemplo disso, Chiesa (1999) verificou que um dos aspectos constitutivos de grande preocupação da população atendida numa unidade básica de saúde, acerca dos agravos respiratórios das crianças, dizia

respeito ao seguimento das orientações e cuidados recomendados pelos profissionais, colocando num segundo plano, inclusive, a percepção do ambiente como desencadeador de vários episódios doentios.

O momento da assistência, cujo foco é centrado sobre a alteração biológica e na prescrição de cuidados padronizados, reforça a desvinculação do problema vivenciado às condições materiais de vida e aos determinantes sociais relacionados aos agravos. A operacionalização dessas recomendações universais em condições de exclusão social e, muitas vezes, sem compreender o sentido das mesmas, leva à não adesão por parte da população e a um sentimento de incompetência ao não realizá-las, quando a dimensão do diálogo está ausente.

Bertolozzi (1998), ao analisar os aspectos significativos da adesão ao Programa de Controle da Tuberculose na região do Butantã, destaca, entre outros, que o sucesso do tratamento está relacionado ao respaldo oferecido nos âmbitos da família e do trabalho e à organização dos serviços de saúde.

Este problema não é recente e representa um desafio relacionado à necessária articulação entre dois princípios básicos do SUS, quais sejam a universalidade e a equidade. E esse aspecto pode ser melhor elucidado com a transcrição textual de Vasconcelos (1989):

"Na medicina oficial, em geral, o paciente ao ser atendido entrega seu corpo ao profissional de saúde. Este então faz perguntas, apalpa, tira sangue para exame para, em seguida, chegar sozinho a uma conclusão e estabelecer um plano de tratamento que deve ser seguido. Nesta maneira de consultar, o doente sai do Centro de Saúde apenas com um papel onde estão escritas normas que deve seguir (incluídos os medicamentos) e com a idéia de que quem entende o seu corpo é o doutor ou a auxiliar de saúde. Esta medicina acaba escondendo a verdade de que a maioria das doenças são geradas de acordo com o tipo de vida que as pessoas levam"(p. 30)

O acesso aos serviços é absolutamente imprescindível, porém, é restritivo se não houver a incorporação do princípio da equidade, para adequar o atendimento às necessidades percebidas pela população.

Neste sentido, destaca-se a contribuição da estratégia de Atenção Integrada às Doenças Prevalentes na Infância (AIDPI) que, mesmo assumindo o caráter de um protocolo internacional para o atendimento de crianças doentes, inova ao incorporar um módulo denominado "Conversando com as Mães", que visa sensibilizar e instrumentalizar o profissional para estabelecer um diálogo profícuo durante o atendimento, possibilitando a emergência de outras necessidades.

A humanização do sistema de saúde passa pela ampliação da condição de cidadania da população atendida, pela superação das condutas paternalistas e autoritárias que constituem o exercício da violência no cotidiano dos serviços de saúde (Fortes, 1998).

As categorias acerca da autonomia, identificadas nas percepções do grupo, indicam a possibilidade de reverter esse processo estrutural dos serviços de saúde, em que os trabalhadores encontram-se desmotivados, com vínculo fragilizado pela sobrecarga de empregos, cobrança de produtividade excessiva e contando com recursos tecnológicos que não permitem a adequada satisfação das necessidades dos pacientes (Fortes, 1998).

Nos resultados obtidos, é significativo o conjunto de categorias relacionadas à percepção de *empowerment* dos próprios profissionais, da reprodução do processo educativo vivenciado na capacitação como um método para reproduzir com a população e, sobretudo, da necessidade de rediscutir as relações de poder instituídas nos serviços de saúde.

A operacionalização da autonomia, nas práticas de saúde, implica em resgatar também a autonomia dos profissionais, através de um processo de ruptura da alienação do trabalho, onde o trabalhador é um meio para sua realização.

O PSF traz novas demandas para os profissionais que atuam neste campo, pois a convivência com a miséria traz perturbações afetivas. A ampliação do foco dos problemas biológicos para as necessidades em saúde

implica na criação de espaços institucionais educativos e reflexivos, na reorientação da rotina do trabalho que contemple a sobrecarga emocional do profissional de saúde, além da incorporação de novas tecnologias como instrumentos do trabalho (Vasconcelos, 1999).

A construção da qualidade do trabalho em saúde para o atendimento das necessidades da população torna essa prática complexa, em que o trabalhador também tem que ser sujeito.

A seguir, serão descritas as categorias constitutivas da percepção acerca da resiliência no Projeto Janelas.

5.4. RESILIÊNCIA

5.4.1. Valorização da rede social

- **Foco da tecnologia do Janelas**

"O Projeto traz esse olhar, mostra o caminho para você estar valorizando mesmo toda essa questão de patrimônio familiar, atuando e fortalecendo as competências familiares"

- **Método: devolver a pergunta**

"Uma forma que eu encontrei foi a de devolver a pergunta para a própria pessoa para ver se ela reconhece a rede"

5.4.2. UBS integra a rede social no território de atuação

- **Espaços grupais para identificação de vivências solidárias**

"Eu poderia exemplificar com uma puérpera que não tinha nada e, no grupo, a gente falou que tinha alguém da comunidade que ajudava. Ela conseguiu todo o enxoval na comunidade, essa mulher mudou muito".

"Eu vou contar uma experiência de rede social. A gente tem vínculo com a Igreja Católica lá no Vera Cruz, as crianças de baixo peso tinham dificuldades de estarem se pesando e tal, e os próprios agentes de saúde começaram a fazer reuniões na própria igreja, então, é assim... cada equipe assumia um mês e ficava responsável pelos lanchinhos para as crianças, e ali vão as crianças de baixo peso e outras crianças também. Então, passou a ser uma reunião de brincadeira, de festa, tem a pesagem, os lanchinhos e as brincadeiras; as crianças sabem que toda primeira quinta-feira do mês é dia da festa. São aproximadamente 150 crianças todo mês.

Toda criança de baixo peso nós incluimos no grupo e arrecadamos doações dos comerciantes para as reuniões".

5.4.3. Reconhecimento da dimensão singular e particular

"A valorização da rede social em que ela está inserida permite perceber indivíduos que podem ajudar a resolver nossos problemas".

5.4.4. Fortalecimento da família enquanto patrimônio

"Uma criança identificou uma boneca como sendo sua família na Cartilha...você percebe que é uma criança extremamente carente, ela falou prá gente que a família dela era a boneca dela".

Figura 4: Categorias empíricas percebidas pelos profissionais de saúde em relação à resiliência no âmbito do Projeto Janelas.

A discussão sobre a resiliência requer a recuperação do seu entendimento como um fenômeno que se caracteriza por obter resultados positivos na presença de situações adversas. As condições facilitadoras da promoção da resiliência compreendem diversos aspectos relativos ao patrimônio relacional na sociedade.

Na dimensão singular, relativa aos indivíduos e famílias, destacam-se a coesão familiar, a aproximação no relacionamento entre pais e filhos, e o envolvimento dos pais na educação dos filhos, permeado pelo afeto, reciprocidade e equilíbrio de poder. Vale lembrar que, dado o conceito de

família, que alicerça este estudo, os pais não são exclusivamente os biológicos e sim as pessoas que assumem as responsabilidades maternas e paternas nos diversos arranjos familiares. Segundo Cecconello (2003), durante o desenvolvimento infantil, a promoção da resiliência está associada ao engajamento da criança em um processo para a realização de atividades cotidianas com complexificação crescente, envolvendo um adulto num processo dinâmico e recíproco de interesse. Nesta dimensão, ainda, é importante a presença de atitudes generativas da criança como, a curiosidade e o interesse em explorar o ambiente.

Na dimensão particular, relativa à inserção social das famílias no momento da reprodução social, a promoção da resiliência diz respeito à presença e forma de atuação das instituições, de caráter público ou privado, que compõem a rede social de apoio no processo de socialização da criança, sobretudo pela necessidade intrínseca à infância de conhecer e freqüentar novos ambientes.

Na dimensão estrutural, destacam-se como promotores da resiliência, a influência da ideologia, as possibilidades de afirmação de direitos e a defesa de políticas públicas que favoreçam a construção de ambientes saudáveis.

A incorporação deste conceito, nas práticas de atenção básica, nos serviços de saúde, pode auxiliar os profissionais a instrumentalizar as famílias na valorização de seu patrimônio relacional, resgatando seus direitos sociais e valorizando o diálogo como ferramenta para melhorar o relacionamento intrafamiliar.

Yunes (2001), aponta como elementos de promoção da resiliência, a partir de um estudo de casos, a presença de figuras femininas que transmitem esperança e força nas situações adversas. A autora ressalta a importância da dimensão afetiva destas influências na criação de um ambiente familiar propício para o desenvolvimento dos filhos e com qualidade na relação dos seus integrantes. As famílias extensas e com

vínculos na vizinhança se destacam como patrimônio relacional positivo na tomada de decisões em situações de dificuldades financeiras ou afetivas.

Este é um aspecto que corrobora com a desconstrução da idéia de família ideal como a do tipo nuclear completa, cuja composição abarca pai, mãe e filhos.

As categorias encontradas nos remetem à incorporação pelos profissionais, da identificação das dimensões singular e particular das famílias atendidas, a valorização e explicitação da rede social e à incorporação do conceito de família como patrimônio, alternativo à visão idealizada de família.

Outro aspecto relevante e que pode ser verificado a partir dos depoimentos, e que merece destaque, é o fato dos profissionais se identificarem como integrantes da rede social para as famílias atendidas. Trata-se de uma percepção que denota envolvimento e compromisso, valorizando a saúde como um recurso de atenção às necessidades da população numa dada região. Destacam-se, ainda, as iniciativas solidárias desenvolvidas pelos profissionais de saúde no atendimento à população com problemas de baixo peso e de dificuldades financeiras durante o pré-natal.

Tal perspectiva é convergente com a reorientação dos serviços, aproximando-se da Promoção da Saúde, no sentido de fortalecimento dos potenciais de saúde dos grupos e tem proximidade com a afirmação de Vasconcelos (1999) de que:

" A melhora da saúde de uma criança promove a elevação da auto-estima de toda a família, recompondo parte do sonho de um futuro melhor, no qual os filhos são centrais. A saúde, a alegria e criatividade dos filhos altera a identidade dos pais"(p.152).

A seguir, apresentam-se os aspectos constitutivos do uso da autonomia e da resiliência como categorias práxicas a partir da

problematização do processo de implantação do Projeto Nossas Crianças Janelas de Oportunidades, tendo em vista a finalidade de adensar a produção de conhecimentos relacionados à incorporação do paradigma da Promoção da Saúde no contexto da atenção básica em saúde.

6. Síntese

A perspectiva da Promoção da Saúde enfatiza a determinação social do processo saúde-doença destacando a relevância dos modos de vida e da relação dos indivíduos e grupos no consumo dos serviços existentes em sua realidade concreta, voltados para o atendimento das necessidades, ou seja o no momento da reprodução social.

A categoria central neste campo de análise é a reprodução social, isto é, a forma como indivíduos/grupos se relacionam com o Estado que formula e executa políticas públicas, adequadas ou não às suas necessidades. Dessa relação é necessário captar as contradições capazes de encaminhar superações para a transformação da realidade.

Trata-se, ainda, de aprofundar a discussão acerca das relações de poder na sociedade e da construção de processos de *empowerment* nas diferentes instâncias de sua organização.

Segundo Santos (2002), é necessário superar a visão foucaultiana de que, dado o caráter disseminado do poder na sociedade, pode-se cair numa armadilha praxica que impossibilita o delineamento e a efetivação de um processo emancipatório. A seguinte afirmação textual ilustra essa concepção:

" Assim, para Foucault, dar poder significa, em última instância, desarmar. Aplicado ao meu quadro analítico, isto significa pressupor que toda a luta pela emancipação não é mais que uma afirmação de vontade de regulação" (p. 265)

O autor propõe um quadro de hierarquização do poder nos espaços doméstico, da produção, de mercado, da comunidade e mundial, detalhando distintas dimensões de manutenção desses poderes. Na definição do autor, o poder se estabelece em qualquer relação social onde haja uma troca desigual, abrangendo diferentes instâncias da vida pública e privada, o que gera constelações de poder.

Ainda, segundo o referido autor:

"No relativo às relações de poder, o que é mais característico das nossas sociedades é o facto de a desigualdade material estar profundamente entrelaçada com a desigualdade não material, sobretudo com a educação desigual, a desigualdade das capacidades representacionais/comunicativas e expressivas e ainda a de desigualdade de oportunidades para organizar interesses e para participar autonomamente em processos de tomada de decisões significativas" (p. 267)

Além deste aspecto, o autor ainda destaca que o processo de manutenção e reprodução do poder na sociedade, se dá através de mecanismos de fixação das fronteiras estabelecidas (inibidoras) ou abrindo novos caminhos (permissoras).

Com base nestes conceitos, Santos (2002) justifica a possibilidade de realização de processos emancipatórios nas relações sociais existentes.

"A emancipação é tão relacional como o poder contra a qual se insurge. Não há emancipação em si, mas antes relações emancipatórias, relações que criam um número cada vez maior de relações cada vez mais iguais. As relações emancipatórias desenvolvem-se, portanto, no interior das relações de poder, não como resultado automático de uma qualquer contradição essencial, mas como resultados criados e criativos de contradições criadas e criativas. Só através do exercício cumulativo das permissões ou capacitações tornadas possíveis pelas relações de poder (o modo abertura-de-novos-caminhos) se torna viável deslocar as restrições e alterar as distribuições, ou seja, transformar as capacidades que reproduzem o poder

em capacidades que o destroem. Assim, uma dada relação emancipatória, para ser eficaz e não conduzir à frustração, tem de se integrar numa constelação de práticas e de relações emancipatórias"(p. 269).

Esta concepção é uma importante base teórica para reforçar o empreendimento do campo da Promoção da Saúde no desencadeamento de processos de *empowerment*, na perspectiva de envolvimento dos sujeitos, apontada por Wallerstein (2005). O reconhecimento da dialética entre as relações inibidoras e permissoras nas relações de poder, justifica a realização de processos emancipatórios enquanto que incorpora dimensão psicológica dos participantes no contexto de sua atuação, a ação social para diminuir as barreiras institucionais estabelecidas e a ação social do grupo para ampliar sua capacidade de projetar suas metas.

A análise da autonomia e da resiliência, como categorias práticas da Promoção da Saúde a partir da implantação do Projeto Janelas, permitiu evidenciar que estas têm um potencial para promover o fortalecimento dos sujeitos profissionais, no sentido de protagonizarem um processo de geração de valores civilizatórios, contribuindo com a superação de lacunas decorrentes da ampliação do foco do trabalho em saúde.

Este protagonismo social também incorpora a definição de Cortina (1997), em relação à pessoa autônoma como aquela capaz de atuar como um interlocutor válido.

No âmbito do trabalho em saúde, tais categorias práticas encaminham para a articulação necessária entre os princípios do SUS de universalidade e equidade. A igualdade formal estabelecida pelo regime democrático, expressa no princípio da universalidade, requer o apoio da equidade para superar as diferenças injustas e inaceitáveis decorrentes das desigualdades estabelecidas nas relações sociais no espaço doméstico, no espaço da produção dos serviços de saúde e no espaço da cidadania.

A incorporação destas categorias como norteadoras do desenvolvimento de novas tecnologias, pode contribuir com o

desenvolvimento de processos emancipatórios que operacionalizam o conceito de *empowerment*.

O Projeto Nossas Crianças Janelas de Oportunidades baseia-se em corpo conceitual abrangente e seus pilares de estruturação guardam uma grande interface com os eixos de implantação do conceito de Promoção da Saúde, definidos na Carta de Ottawa, em 1986; principalmente, no encaminhamento de processos para a elaboração de políticas públicas saudáveis, no desenvolvimento de habilidades pessoais e na reorientação dos sistemas de saúde. Este último, de forma mais consistente, em virtude da característica do Projeto que foi desencadeado a partir do setor saúde.

Os pilares de estruturação do Projeto Janelas, além da Promoção da Saúde, assentam-se sobre a revisão crítica e a apropriação dos estudos que evidenciam a importância da infância no desenvolvimento cognitivo e emocional dos seres humanos, reforçando o papel dos serviços de saúde no monitoramento deste aspecto, através da saúde da criança; destacam o papel da família na oferta de cuidados apropriados às necessidades das crianças, aliando à importância da rede social no apoio das necessidades das famílias para o seu desempenho; destacam a responsabilidade do setor público em promover ações de estimulação adequada e para uma nova abordagem de seguimento e de capacitação dos profissionais para sua utilização. Com isso, incorpora elementos das dimensões biológica, emocional e social, numa perspectiva integrada, dinâmica e guardando coerência entre o entendimento da saúde como um direito da população e um dever do Estado em promover as condições necessárias para a aquisição de saúde por parte da população.

Além do marco conceitual, foi evidenciada a importância do processo participativo de construção coletiva desencadeado na elaboração dos instrumentos relativos ao Projeto Janelas. Este aspecto foi fundamental para a percepção de *empowerment* dos profissionais e a incorporação dos conceitos teóricos.

Outro aspecto relevante, evidenciado na análise, foi o processo de capacitação e a formação da rede de multiplicadores, na qual os

profissionais tiveram liberdade para reproduzir as capacitações de acordo com suas realidades e puderam usar a criatividade necessária para a desalienação do trabalho, conceito este que fundamenta a práxis. As reuniões de acompanhamento da rede serviram de apoio e manutenção do vínculo e possibilitaram trocas das soluções criativas encontradas pelo grupo nas diferentes instâncias de reprodução.

De um modo geral, podemos considerar que a ancoragem teórica e o processo desencadeado, marcado pela horizontalização de poder e por espaços de reflexão e discussão, foram igualmente importantes na construção dessa proposta tecnológica.

Esta é uma característica fundamental quando se trata das tecnologias leves nas práticas em saúde, ou seja, não prescinde da discussão teórica, do encontro, da vivência concreta e da adesão dos profissionais à proposta. Requer-se deste esforço quando se assume a necessidade das transformações na qualidade da assistência visando a maior integralidade.

7. Referências Bibliográficas

Araújo MRN. A Saúde da Família: construindo um novo paradigma de intervenção no processo saúde-doença. [tese] São Paulo (SP): Escola de Enfermagem da USP; 1999.

Ávila LK. A sistematização de um método de captação das necessidades de saúde dos adolescentes com base na Promoção da Saúde. [dissertação] São Paulo (SP): Escola de Enfermagem da USP; 2000.

Ávila LK, Chiesa AM. Reconhecendo necessidades de saúde dos adolescentes, a partir da promoção da saúde. In: Anais da III Conferência Regional Latino-Americana de Promoção da Saúde e Educação para a Saúde; 2002; nov. 10-13; São Paulo. [CD-ROM] São Paulo: IUHPE; 2002.

Ayres JR. Norma e formação: horizontes filosóficos para as práticas de avaliação no contexto de promoção da saúde. *Ciência e Saúde Coletiva* 2004; 9 (3): 583-92.

Bardin L. Análise de conteúdo. Lisboa: Persona; 1988.

Basch CE. Focus group interview: an underutilized technique for improving theory and practice in health education. *Health Educ. Q.* 1988; 14 (4):441-48.

Bertolozzi MR. A Adesão ao Controle da Tuberculose no Distrito Sanitário do Butantã, São Paulo.(tese) São Paulo (SP): Faculdade de Saúde Pública da USP; 1998.

Benevides IA. O Programa Saúde da Família e as Janelas de Oportunidades: acompanhamento integral das crianças e sua famílias. In: I Oficina Nossas Crianças: Janelas de Oportunidades - Textos Resumidos; 2002; São Paulo: Texto de apoio do evento; 2002. p. 37-49.

Boff L. Cuidar da vida e da criação. In: Beozzo JO, organizador. Saúde cuidar da vida e da integridade da criação. São Paulo: Paulus; 2003.

Boltanski L. As classes sociais o corpo. Rio de Janeiro: Graal; 1985.

Bottomore T. Dicionário do pensamento marxista. Rio de Janeiro: Jorge Zahar; 1983.

Buss P. Saúde e qualidade de vida. In: Costa NR, organizador. Política de saúde e inovação institucional: uma agenda para os anos 90. Rio de Janeiro: Secretaria do Desenvolvimento Educacional/ENSP; 1996.

Cain RE, Schulze RW, Preston DB. Developing a partnership for HIV primary prevention for men at high risk for HIV infection in rural communities. *IUHPE - Promotion & Education* 2001; 7(2):75-78.

Carvalho AI. Avaliação e Efetividade da Promoção da Saúde. In: I Seminário Brasileiro de Efetividade da Promoção da Saúde; 2005 maio 10-13; Rio de Janeiro.

Castellanos PL. Epidemiologia, Saúde Pública, Situação de Saúde e Condições de Vida: considerações conceituais. In: Barata RB, organizadora. *Condições de Vida e Situação de Saúde*. Rio de Janeiro: ABRASCO; 1997. p. 137-60.

Cecconello AM. Resiliência e vulnerabilidade em famílias em situação de pobreza: fatores de risco e proteção. [tese] Porto Alegre (RS): Faculdade de Psicologia da Universidade Federal do Rio Grande do Sul; 2003.

Chen SR, Neves LF. Avaliação do desenvolvimento: encontros e descobertas. In: I Oficina Nossas Crianças: Janelas de Oportunidades - Textos Resumidos; 2002; São Paulo: Texto de apoio do evento; 2002. p. 50-59.

Chiesa AM. O uso de estratégias participativas para o conhecimento das representações sociais de mulheres da região de Pirituba/Perus com resultado classe III de Papanicolau.[dissertação]São Paulo (SP): Faculdade de Saúde Pública da USP; 1994.

Chiesa AM, Westphal MF. A sistematização de oficinas educativas problematizadoras no contexto dos serviços públicos de saúde. *Saúde em Debate* 1995; 24(46): 19-22.

Chiesa AM, Ciampone MHT. Princípios gerais para a abordagem de variáveis qualitativas e o emprego da metodologia de grupos focais. In: Chianca TCM, Antunes MJM, organizadores. *Classificação Internacional das Práticas de Enfermagem em Saúde Coletiva – CIPESEC*. Brasília: ABEn; 1999. p.306-24.

Chiesa AM. A equidade como princípio norteador da identificação de necessidades relativas ao controle dos agravos respiratórios na infância. [tese] São Paulo (SP): Faculdade de Saúde Pública da USP; 1999.

Chiesa AM. A Promoção da Saúde como eixo estruturante do Programa de Saúde da Família. In: I Seminário Estadual O Enfermeiro no Programa de Saúde da Família; 2000; São Paulo: Texto de apoio do Evento/Conferência; 2000. p.1-7.

Chiesa AM. A Promoção da Saúde como eixo estruturante do Programa de Saúde da Família. In: I Oficina Nossas Crianças: Janelas de Oportunidades - Textos Resumidos; 2002; São Paulo:Texto de apoio do evento;2002. p.3-12.

Chiesa AM, Westphal MF, Kashiwagi NM. Geoprocessamento e Promoção da Saúde: identificando desigualdades sociais e ambientais relacionadas às doenças respiratórias na infância. Rev. Saúde Pública 2002; 36 (5): 559-67.

Chiesa AM, Batista KBC, organizadores. Toda hora é hora de cuidar:Manual de Apoio ao Projeto "Nossas Crianças janelas de oportunidades". São Paulo: Secretaria Municipal de Saúde; 2003.

Chiesa AM. A Promoção da Saúde como eixo estruturante do trabalho de enfermagem no Programa Saúde da Família. Rev. Nursing 2003; 64(6): 40-6.

Chiesa AM, Batista KBC. Desafios da implantação do Programa saúde da Família em uma grande cidade: reflexões acerca experiência de São Paulo. Mundo da Saúde 2004; 28(1): 42-8.

Chiesa AM. Avaliação da implantação de novos instrumentos para o fortalecimento das ações de promoção do desenvolvimento infantil, na área de atuação do Programa Saúde da Família do Município de São Paulo. [Projeto de pesquisa financiado pelo CNPq; 2004 dez; São Paulo].

Conselho Nacional de Saúde. Resolução 196/96. Dispõe sobre pesquisa envolvendo seres humanos. Bioética, Brasília,v.4, n.2, p.15-25, 1996. Suplemento.

Cortina A. Ética Aplicada y Democracia Radical. Madrid: Tecnos; 1997.

Doyal L, Gough I. Teoría de la necesidades humanas. Barcelona: FUHEM/Icaria; 1994.

Egry EY. Saúde Coletiva: Construindo um Novo Método em Enfermagem. São Paulo: Ícone; 1996.

Fortes PAC. Ética e Saúde: questões éticas, deontológicas e legais. Tomada de decisões. Autonomia e Direitos do Paciente. Estudos de Caso. São Paulo: EPU;1998.

Franco T, Merhy EE. PSF : contradições e novos desafios.[on line] Disponível em: <<http://www.datasus.gov.br/cns>> (1999).

Giddens A. Sociology. Cambridge: UK; 1989.

Goldbaum M. A epidemiologia em busca da equidade em saúde. In: Barata RB, Barreto ML, Almeida Filho N, Veras RP. Equidade e saúde: contribuições da epidemiologia;1997; Rio de Janeiro:FIOCRUZ/ABRASCO; 1997. P.63-80.

Gouveia R, Palma JLL. O SUS : na contramão do Neoliberalismo e da exclusão social. In: Gouveia R. Saúde Pública, Suprema Lei: a nova legislação para a conquista da saúde. São Paulo: Mandacaru, 2000.

Guimarães MCS, Novaes SC. Autonomia reduzida e vulnerabilidade: liberdade de decisão, diferença e desigualdade. *Bioética* 1999; 7(1):21-4.

Hills M. Conceitos e abordagens na avaliação em Promoção da Saúde. In: I Seminário Brasileiro de Efetividade da Promoção da Saúde; 2005; MAIO 10-13; Rio de Janeiro.

Kadt E, Tasca R Promovendo a equidade em saúde : um novo enfoque com base no setor da saúde. São Paulo/ Salvador: HUCITEC/ Cooperativa Italiana em Saúde, 1993.

Labonte R. Health Promotion and *Empowerment*: practice frameworks. Toronto: Centre for Health Promotion/ University of Toronto; 1990.

Lindström B. O significado de resiliência. *Adolesc Latinoam* 2001; 2(3):133-7.

Macarena *et al.* Factores familiares protectores para conductas de riesgo: vulnerabilidad y resiliencia adolescentes. *Revista de Psiquiatria Clínica* 1995; 32(1/2): 49-56.

Mendes EV. Importância de los sistemas locales de salud en la transformacion de los sistemas nacionales de salud. In: Paganini JM, Capote Mir R. Los Sistemas Locales de Salud: conceptos, métodos, experiências. Washington (DC): OPS (Publicacion cientifica 519); 1990.

Merhy EE, Campos GW, Cecílio LC. Inventando a mudança na Saúde. São Paulo: HUCITEC; 1994 (série Didática, 3)

Minayo MCS. O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde. São Paulo-Rio de Janeiro: HUCITEC-ABRASCO, 1996.

Ministério da Saúde (BR). As Cartas da Promoção da Saúde. Brasília (DF); 2002.

Paganini JM, Capote Mir R. Los Sistemas Locales de Salud: conceptos, metodos, experiencias. Washington (DC):Publicación Científica 519; 1990.

Rocha SMM. A puericultura e a enfermagem no estado de São Paulo.[tese] Ribeirão Preto(SP): Escola de enfermagem de Ribeirão Preto da USP;1985.

Salazar L. Avaliação e Efetividade da Promoção da Saúde. In: I Seminário Brasileiro de Efetividade da Promoção da Saúde;2005; maio 10-13; rio de Janeiro.

Santos BS. A crítica da razão indolente: contra o desperdício da experiência. São Paulo: Cortez; 2002.

Santos JLF, Westphal MF. Práticas emergentes de um novo paradigma de saúde: o papel da universidade. Estudos Avançados 1999. 13 (35).

São Paulo (Estado). Lei complementar n. 791, de 9 de março de 1995. Código de Saúde do Estado de São Paulo. Diário Oficial do Estado de São Paulo, São Paulo, 10 de mar. 1995. p. 1-5.

Secretaria Municipal de Saúde (São Paulo). Implantando o Programa de Saúde da Família em São Paulo-Balanco de um ano. São Paulo (SP); 2002.

Silber T, Maddaleno M. La resiliencia, la promoción de la salud y el desarrollo humano. Adolesc Latinoam 2001; 2(3):125.

Silva DR. O desenvolvimento da criança: nascer e viver com afeto. In: I Oficina Nossas Crianças: Janelas de Oportunidades - Textos Resumidos; 2002; São Paulo: Texto de apoio do evento; 2002. p. 60-63.

Sobrinho EJA, Chiesa AM, Sousa MF. PSF: um sonho possível na cidade de São Paulo. In: Sousa MF, organizadora. Os sinais vermelhos do PSF. São Paulo: HUCITEC; 2002. p. 37-44.

Soler S. Desenvolvimento infantil-anos 90, a década do cérebro. In: I Oficina Nossas Crianças: Janelas de Oportunidades - Textos Resumidos; 2002; São Paulo: Texto de apoio do evento; 2002. p. 13-19.

Solymos GMB, Soares MLPV. A família e seu contexto. In: I Oficina Nossas Crianças: Janelas de Oportunidades - Textos Resumidos; 2002; São Paulo: Texto de apoio do evento; 2002. p. 20-30.

Sousa MF. A enfermagem reconstruindo sua prática: mais que uma conquista no PSF. Rev. Bras. Enferm 2000; 53(especial): 25.

Souza HM. Programa de Saúde da Família no Contexto do Sistema Único de Saúde. In: I Seminário de Experiências Internacionais em Saúde da Família. Brasília (DF): Coordenação da Atenção Básica; 1999.

Tones K. Health promotion, *empowerment* and action competence. In: Jensen BB, Schnack K. Action and Action competence. Didaktise studier; 1994. p. 163-83.

UNICEF, Secretaria Municipal de Saúde. Nossas Crianças: Janelas de Oportunidades. Disponível em: <<http://www.unicef.org/psf/>> (2003).

Vasconcelos EM. Educação popular nos serviços de saúde. São Paulo: HUCITEC; 1989.

Vasconcelos EM. Educação popular e a atenção à saúde da família. São Paulo: HUCITEC/Ministério da Saúde; 1999.

Veríssimo MDOR. O desenvolvimento infantil e o cuidado da criança pela família. In: I Oficina Nossas Crianças: Janelas de Oportunidades - Textos Resumidos; 2002; São Paulo: Texto de apoio do evento; 2002. p. 31-36.

Wallerstein N. *Empowerment* education applied to youth. In: Matiella AC, editor. The Multicultural Challenge in Health Education; 1994; California: ETR Associates Publishers; 1994. p.153-76.

Wallerstein N. Evidence of Effectiveness of *Empowerment* Summary: Health Evidence Network Report for World Health Organization [Draft; April; 2005].

Westphal MF, Bógus C, Faria MM. Grupos focais: experiências precursoras em programas educativos em saúde no Brasil. Bol. Of. Sanit. Panam. 1996; 120(6): 472-82.

Westphal MF, Chiesa AM. A erradicação do trabalho infantil: a contribuição da metodologia de pesquisa. In: Westphal MF, coordenadora, Caricari AM, Camargo MTVEF, organizadoras. O compromisso da saúde no campo do trabalho infanto-juvenil uma proposta de atuação; 1999; São Paulo: FSP-USP/FUNDACENTRO/FINEP; 1999. p.5-11.

Whitehead M. The concepts and principles of equity and health. Copenhagen: WHO/ Regional Office for Europe; 1990.

Yunes MAM. A questão triplamente controvertida da resiliência em famílias de baixa renda. [tese] São Paulo (SP): Faculdade de Psicologia da Pontifícia Universidade Católica de São Paulo; 2001.

Zoboli ELCP. Bioética e Atenção Básica: um estudo de Ética descritiva com enfermeiros do Programa Saúde da Família. [tese] São Paulo(SP): Faculdade de Saúde Pública da USP; 2003.

Anexo 1

Aprovação do Comitê de Ética em Pesquisa da SMS

Secretaria Municipal da Saúde
Coordenação de Desenvolvimento da Gestão Descentralizada – COGest
Comitê de Ética em Pesquisa

São Paulo, 10 de novembro de 2004.

Ofício Nº 373 /2004 – CEPSMS

Prezado (a) Senhor (a),

Pelo presente, informo que o Comitê de Ética em Pesquisa da Secretaria Municipal de Saúde de São Paulo analisou, e **APROVOU**, de acordo com a Resolução 196/96, o protocolo de pesquisa *"A autonomia e resiliência: categorias para o fortalecimento da intervenção na atenção básica, na perspectiva da promoção da saúde"*, registro 255/2004–CEPSMS, de autoria do(a) pesquisador(a) ANNA MARIA CHIESA.

Como procedimento adotado por este Comitê de Ética em Pesquisa, solicitamos a inclusão, no Termo de Consentimento Livre e Esclarecido do seguinte: qualquer questão, dúvida, esclarecimento ou reclamação sobre os aspectos éticos dessa pesquisa, favor entrar em contato com: Comitê de Ética em Pesquisas da Secretaria Municipal da Saúde de São Paulo – Rua General Jardim, 36 – 2º andar – Telefone: 3218-4043 – e-mail: smscep@prefeitura.sp.gov.br.

Lembramos que este parecer não basta para que seu estudo possa se realizar dentro da unidade, é necessária também a permissão administrativa da autoridade sanitária.

Salientamos os seguintes aspectos a serem considerados pelo pesquisador:

- O sujeito da pesquisa tem a liberdade de recusar-se a participar ou de retirar seu consentimento em qualquer fase da pesquisa, sem penalização alguma ou sem prejuízo ao seu cuidado (Res. CNS 196/96 - item IV.1f) e deve receber uma cópia do Termo de Consentimento livre e esclarecido, na íntegra, por ele assinado (item IV.2.d)
- O pesquisador deve desenvolver a pesquisa conforme delineada no protocolo aprovado. Eventuais modificações ou emendas ao protocolo devem ser apresentadas ao CEP de forma clara e sucinta, identificando a parte do protocolo a ser modificada e suas justificativas. O relatório final deve ser apresentado ao CEP, logo que o estudo estiver concluído.

“

Atenciosamente,

LARA COELHO ZITO GUERRIERO
Coordenadora do
Comitê de Ética em Pesquisa da
Secretaria Municipal da Saúde – CEPSMS

Ilmo(a). Sr(a).
Anna Maria Chiesa
EEUSP
Nesta

Anexo 2

Roteiro para realização dos grupos focais

Apresentação do grupo

Apresentação da finalidade da pesquisa

1. Resgatando-se o processo de implantação do Projeto Janelas identificamos dois aspectos distintos, ou seja, a produção de instrumentos para utilização junto à população (cartilha e ficha) e o processo de capacitação que vocês vivenciaram (manual). Qual a principal contribuição dos instrumentos e do processo vivenciado no seu cotidiano profissional?
2. Relate uma situação que expresse as mudanças observadas na população com a qual você trabalha a partir do uso dos instrumentos
3. Quais outras mudanças você esperaria encontrar? Por quê?
4. Como você conceituaria autonomia e qual a relação deste projeto com a autonomia da população?
5. Como você conceituaria rede social e patrimônio e como estes conceitos tem contribuído para a promoção do desenvolvimento infantil nas famílias atendidas pelo projeto janelas?
6. Na sua opinião, existem outros aspectos relevantes para esta discussão?

Anexo 3

Oficina de Capacitação de Agentes Multiplicadores do Projeto “Janelas” Cronograma de Atividades

Carga Horária: 05 encontros de 8 hs cada

Frequência: semanal

Objetivos Gerais:

- Sensibilizar os agentes multiplicadores para a criação de um espaço de capacitação dinâmico, criativo e participativo para as Equipes d Saúde da Família;
- Prepará-los para capacitarem as equipes de modo que elas se sintam estimuladas e competentes para desenvolverem os temas propostos pelo projeto e introduzirem os produtos - cartilha e ficha de acompanhamento - em sua rotina de atendimento.

Coordenação Geral do 1º encontro: Malú e Dete

1º. Encontro	•Objetivos específicos	•Conteúdo programático	•Técnica	•Recursos necessários	•Desenvolvimento da atividade
8-10hs	1. Sentir-se acolhido e integrado ao grupo de trabalho	1º. Dar-se a conhecer e conhecer o outro, interagindo, integrando-se, sentindo-se incluído. 2º. Levantamento de expectativas	- Técnica do cochicho (história do nome) - Coleta das palavras em um flipchart + técnica da flor	- sala com cadeiras em círculo - flip chart; papéis cortados em forma de quadrado, com as pontas dobradas ao centro, de um tamanho que caiba dentro de um copo	- formar duplas de conversa sobre a história do nome; uma pessoa relata sobre a outra para o grupo. - 1ª. palavra: cada participante escreve dentro do quadradinho de papel que recebeu uma palavra que representa o que ele traz para o grupo (seu patrimônio) - 2ª. palavra: cada participante fala uma palavra que representa suas expectativas para esta capacitação, que é anotada na folha do flip chart
	1b. Apresentar a pasta e seus conteúdos	- cadastro; avaliação diária; caracterização da população-alvo; programação	- apresentação oral	- uma pasta para cada participante	- conversar com o grupo com apoio do pps
	2. Conhecer o projeto e seus produtos (cartilha, manual e ficha)	1º. histórico do projeto (Angela)	- exposição sintética com pps	- micro e datashow	- após comentários sobre a música, divisão em subgrupos a partir da distribuição dos números de 1 a 5. Facilitadores orientam a leitura nos subgrupos.

	2b. Sensibilizar para o tema Primeira Infância	2º. conteúdos das págs 5 a 7 do manual	- ouvir a música (criança não trabalha; criança dá trabalho) e fazer leitura conjunta e comentada das págs do manual	- toca CD; música do CD Palavra Cantada; manual de apoio	
10-12hs	3. Identificar comportamentos de cuidado para com as pessoas e o meio ambiente; refletir sobre atitudes de proteger e cuidar	- Questões para reflexão da pág. 23 do manual / conteúdos emergentes do grupo (conceitos e situações concretas relacionadas ao proteger e cuidar)	1ª. Discussão em subgrupos 2ª. Elaboração de cartaz	- manual, papel e canetas - papel kraft ou cartolina, revistas, cola, giz de cera, canetas hidrográficas	- divisão em pequenos grupos para elaborar respostas. - elaboração de cartaz com representação dos conteúdos dos grupos sobre proteger e cuidar - plenária para apresentação e discussão.
12 hs	ALMOÇO NO LOCAL				
13-16hs	Antes de reiniciar o trabalho e as leituras, fazer um exercício corporal 4. Conhecer o conteúdo da cartilha e do manual sobre o tema proteger e cuidar	- Conteúdos das págs 4 a 6 da cartilha; págs 22 a 25 e 30 a 33 do manual	- exercício da bola de energia (Daisuke) - Leitura conjunta e comentada na seguinte ordem: <ul style="list-style-type: none"> • págs 4 a 6 da cartilha • págs 22 e 23 do manual • págs. 30, 31, 32 e 33 do manual • págs. 24 e 25 do manual • pág. 1 da ficha / quadro sobre gestação 	- cartilha da família, manual de apoio e ficha de acompanhamento	- todos em círculo, em pé - continuar o trabalho em pequenos grupos.

16-16:45hs	5. Fazer a revisão dos conteúdos e práticas do dia sob a ótica da multiplicação para as equipes de PSF	- conteúdos e práticas do dia	- trabalho em pequenos grupos	- cópia xerox do planejamento do dia	- cada participante recebe uma cópia da programação e anota o que acha que funcionaria ou não com os agentes e as equipes, além de outras sugestões. Este registro será retomado para o planejamento da multiplicação, assunto do 5º encontro.
16:45-17hs	6. Avaliação do dia e “nossos planos” para a semana		- brincando de fazer bolhinhas de sabão	- ficha de avaliação diária e brincado de fazer bolhinhas de sabão	- Cada participante preenche sua ficha de avaliação do dia. Cada um solta uma bolha de sabão e fala sobre seus sentimentos ao final desse dia de trabalho e sobre seus planos em relação ao projeto para a semana, e passa a vez.

Planejamento da Oficina de Capacitação de Agentes Multiplicadores do Projeto “Janelas” Cronograma de Atividades

Carga Horária: 05 encontros de 8 hs cada

Frequência: semanal

Objetivos Gerais:

- Sensibilizar os agentes multiplicadores para a criação de um espaço de capacitação dinâmico, criativo e participativo para as Equipes de Saúde da Família;
- Prepará-los para capacitarem as equipes de modo que elas se sintam estimuladas e competentes para desenvolverem os temas propostos pelo projeto e introduzirem os produtos - cartilha e ficha de acompanhamento - em sua rotina de atendimento.

Coordenação Geral: Maria De La Ó e Anna Chiesa

2º. Encontro	●Objetivos específicos (os participantes deverão...)	●Conteúdo programático	●Técnica	●Recursos necessários	●Desenvolvimento da atividade
8-10hs	1. Acolher os participantes		Relaxamento (Dete)		- os participantes vão chegando e fazem a atividade ao ar livre.
	2. Rememorar a 1ª oficina	- O que o grupo pensou e fez durante a semana.	- “nossa memória”	-	- o facilitador sintetiza o trabalho da oficina anterior e pede os conteúdos do grupo.
	3. Vivenciar interdependência e cooperação no grupo de trabalho	- Vivência em grupo	- Dança/diferentes ritmos (Dete)	- toca CD (Malú)	- o facilitador promove a reflexão do grupo sobre a experiência vivida. Comentários - Anna Chiesa
	4. Refletir sobre o tema família	- Levantamento dos conteúdos do grupo – conceitos, preconceitos; reflexão e análise do material apresentado (vídeo) e produzido pelo grupo (a janela)	- 1ª. Confeção da “Nossa Janela de Família” - 2ª. Apresentação do vídeo “O Epicentro do Amor” – 20’	- papel A3, canetas coloridas, giz de cera, cola, revistas e jornais - aparelho de tv e vídeo	- divisão em subgrupos para confecção da janela; afixar os painéis. - o grupo assiste ao vídeo, faz o debate e problematiza o tema

10-12hs	5. Conhecer os conteúdos da cartilha e do manual sobre o tema família	- Função materna e função paterna; diferentes arranjos familiares, a divisão dos papéis e dos cuidados na família; trabalho com famílias	<p>- Exposição oral com apoio de pps (Angela – 30')</p> <p>- Leitura conjunta e comentada na seguinte sequência:</p> <ul style="list-style-type: none"> • pág. 9 da cartilha e págs 34 a 39 do manual; • pág. 7 da cartilha e págs. 26 a 29 do manual; • págs. 45 a 47 do manual. 	<p>- datashow e notebook</p> <p>- cartilha e manual</p>	- após a exposição oral e a leitura conjunta e comentada das páginas da cartilha e do manual, retomar as janelas feitas pelo grupo e abrir a discussão.
ALMOÇO					
13-16:30 hs	6. Vivenciar a necessidade e os benefícios da convivência e cooperação com os outros	<p>1°. Vivência em grupo</p> <p>2°. Ouvir uma estória</p>	<p>1ª. Dinâmica de grupo (Dete)</p> <p>2ª. Contar uma estória (Dete)</p>	- 01 pacote de balas	<p>- aos pares, um em frente ao outro, cada participante recebe uma bola que tem que desembrulhar e comer sem dobrar o braço, estando o outro braço atrás das costas...</p> <p>- leitura do texto da lenda</p> <p>- Lenda Chinesa * (fonte: L. Boff)</p>

	7. Conhecer os conteúdos da cartilha e do manual sobre o tema rede social	3°. Conceito de interdependência, composição e transcendência - conteúdos das págs. 10 e 11 da cartilha e págs. 40 a 44 do manual	3ª. Fazer a pergunta: Quantas pessoas há nesta sala? 1ª. Leitura conjunta e comentada 2ª. Montagem da rede da família 3ª. Exposição oral (Malu)	- manual e cartilha - folhas de cartolina, canetas coloridas, giz de cera, cola, revistas e jornais - cada subgrupo retoma a janelinha da família que confeccionou colocando-a no centro da folha de cartolina. Ao redor da janelinha, vai construindo a rede social da família (conceitos de interdependência, transcendência e composição). Apresentação e debate.	- conversa em grupo (Maria De La O)
16:30 - 16:45hs	8. Fazer a revisão dos conteúdos e práticas do dia sob a ótica da multiplicação para as equipes de PSF	- conteúdos e práticas do dia	- trabalho em pequenos grupos	- cópia do planejamento do dia	- as pessoas se organizam em pequenos grupos, por escolha livre, para fazerem uma revisão do dia, anotando o que acham que funcionaria ou não com os agentes e as equipes, além de outras sugestões. Este registro será retomado no último encontro.
16:45-17 hs	9. Avaliação do dia e “nossos planos” para a semana		- ficha de avaliação diária - técnica do aviãozinho	- ficha de avaliação e papel A4	- cada participante solta seu aviãozinho e captura um outro. Cada um lê em voz alta o que está escrito no avião que capturou.

* Diz uma lenda chinesa...

Naquele tempo, um discípulo perguntou ao vidente:

_Mestre, qual é a diferença entre o céu e o inferno?

E o vidente respondeu:

_Ela é muito pequena, contudo, com grandes conseqüências.

Vi um grande monte de arroz, cozido e preparado como alimento.

Ao redor dele muitos homens, famintos, quase a morrer.

Não podiam aproximar-se do monte de arroz,

mas possuíam longos palitos de dois a três metros de comprimento

(os chineses, naquele tempo, já comiam o arroz com palitos)

Apanhavam o arroz, é verdade, mas não conseguiam levá-lo à própria boca,

porque os palitos eram muito longos.

E assim, famintos e moribundos, juntos mas solitários,

permaneciam sofrendo uma fome eterna,

diante de uma fartura inesgotável.

Isso era o inferno.

Vi outro monte de arroz, cozido e preparado como alimento.

Ao redor dele muitos homens, famintos, mas cheios de vitalidade.

Não podiam aproximar-se do monte de arroz,

mas possuíam longos palitos de dois a três metros de comprimento.

Apanhavam o arroz, mas não conseguiam levá-lo à própria boca,

porque os palitos eram muito longos.

Mas, com seus longos palitos, em vez de levá-los à própria boca, serviam o arroz uns aos outros.

E assim matavam sua fome insaciável, numa grande comunhão fraterna, juntos e solidários,

gozando a excelência dos homens e das coisas.

Isso era o céu.

“Vida para além da morte”

Leonardo Boff

Planejamento da Capacitação de Agentes Multiplicadores do Projeto “Janelas” Cronograma de Atividades

Carga Horária: 05 oficinas de 8 hs cada

Freqüência: semanal

Objetivos Gerais:

- Sensibilizar os agentes multiplicadores para a criação de um espaço de capacitação dinâmico, criativo e participativo para as Equipes de Saúde da Família;
- Prepará-los para capacitarem as equipes de modo que elas se sintam estimuladas e competentes para desenvolverem os temas propostos pelo projeto e introduzirem os produtos - cartilha e ficha de acompanhamento - em sua rotina de atendimento.

Coordenação Geral: Anna Chiesa e Deusdedit

3º. Encontro	•Objetivos específicos	•Conteúdo programático	•Técnica	•Recursos necessários	•Desenvolvimento da atividade
8 - 9hs	1. Rememorar a 2ª oficina 2. Vivenciar o lugar de cuidador e de criança	- levantamento dos conteúdos e práticas da oficina anterior - vivências relacionadas ao cuidar e ser cuidado, conduzir e ser conduzido, dependência do outro, medos, confiança x desconfiança, identificação com a criança, etc.	- “nossa memória” - exercício “O cego e o mudo”	- filipetas de papel A4 (Angela) - faixas de pano para tapar os olhos e a boca, de cada um dos participantes	- o facilitador pede para o grupo lembrar o que foi feito no encontro anterior. Cada participante escreve em uma filipeta o que foi mais marcante para ele(a). - formar duplas, onde um é cego e outro é mudo. O mudo conduz o cego durante 3’. Invertem-se as posições por mais 3’. Conversam entre si sobre a experiência vivida durante 5’. Finalização no grupo grande.
9 -10hs	3. Conhecer o conteúdo do manual sobre como usar a cartilha	- págs. 12-15 e 16-21 do manual	- leitura em pequenos grupos	- manual	- divisão em 04 subgrupos para leitura e discussão. Cada grupo é acompanhado por um facilitador.

10h – 12h30	4. Conhecer os conteúdos da cartilha, do manual e da ficha sobre os seguintes temas: cuidar de crianças e vacinação; amor e segurança; cuidados com a higiene	- tema 1: págs. 14 e 15 da cartilha, 48 a 51 do manual e seção Amor e Segurança da ficha de acompanhamento. - tema 2: pág. 20 da cartilha, 72 e 73 do manual e seção Higiene da ficha de acompanhamento.	- leitura, discussão e apresentação dos conteúdos pelos subgrupos	- manual, cartilha e ficha	- divisão em 04 subgrupos para leitura de todo o material. Cada 2 subgrupos ficam responsáveis por apresentar um tema (1.cuidar de crianças 2. higiene) sendo que um focaliza o conteúdo da cartilha e outro o conteúdo da ficha de acompanhamento. (11:30 hs – plenária)
ALMOÇO					
13h30 – 14h	5. Fortalecer os vínculos do grupo através de uma atividade feita em conjunto	- trabalho corporal	- liang gong (Rute / UBS Chára Santana)	- toca CD (Malú)	- trabalho ao ar livre, coordenado por uma integrante do grupo de multiplicadores.
14h - 16h30	6. Conhecer os conteúdos da cartilha, do manual e da ficha sobre: como as crianças aprendem e alimentação	- págs. 16 e 17 da cartilha; 52 a 61 do manual e seção sobre o brincar da ficha. - págs. 18 e 19 da cartilha; 62 a 71 do manual e seção sobre alimentação da ficha.	- leitura em pequenos grupos	- manual, cartilha e ficha - transparências e canetas para retroprojêtor (Anna e Angela) - aparelho de retroprojêtor	- divisão em 04 subgrupos. São 02 temas: cada 2 subgrupos ficam responsáveis por apresentar um tema, sendo que um focaliza o conteúdo da cartilha e outro o conteúdo da ficha de acompanhamento. (15:30hs – plenária)
16h30 - 16h45	7. Fazer a revisão dos conteúdos e práticas do dia sob a ótica da multiplicação para as equipes de PSF	- conteúdos e práticas do dia	- trabalho em pequenos grupos	- papel, caneta e cópia xerox do planejamento do dia	- as pessoas se organizam em pequenos grupos, por escolha livre, para fazerem uma revisão do dia, anotando o que acham que funcionaria ou não com os agentes e as equipes, além de outras sugestões. Este registro será retomado para o planejamento da multiplicação, assunto da 5ª. encontro.

16h45 – 17h	8. Avaliação do dia e “nossos planos” para a semana			- flipchart e canetas coloridas	- Cada participante escreve no quadro ou flipchart uma frase curta que indique suas ações ou planos para a multiplicação em sua unidade.
-------------	---	--	--	---------------------------------	--

Planejamento da Capacitação de Agentes Multiplicadores do Projeto “Janelas” Cronograma de Atividades

Carga Horária: 05 oficinas de 8 hs cada

Frequência: semanal

Objetivos Gerais:

- Sensibilizar os agentes multiplicadores para a criação de um espaço de capacitação dinâmico, criativo e participativo para as Equipes de Saúde da Família;
- Prepará-los para capacitarem as equipes de modo que elas se sintam estimuladas e competentes para desenvolverem os temas propostos pelo projeto e introduzirem os produtos - cartilha e ficha de acompanhamento - em sua rotina de atendimento.

Coordenação Geral: Malú e Maria De La Ó

4º. Encontro	•Objetivos específicos	•Conteúdo programático	•Técnica	•Recursos necessários	•Desenvolvimento da atividade
8h – 9h	1. Acolhimento dos participantes	- receber e conhecer como cada pessoa chega para iniciar mais um dia de trabalho	- apresentação das frutas	- filipetas com nomes de frutas (Dete)	- cada um dos participantes escolhe uma fruta de acordo com o que está sentindo no momento e descreve as razões da sua escolha.
	2. Rememorar o 3º. Encontro	- levantamento dos conteúdos e práticas da oficina anterior	- “nossa memória”	-	- o facilitador sintetiza o trabalho da oficina anterior indicando os grandes temas tratados. Pede ao grupo que identifique os conteúdos e as técnicas utilizadas, além de sua avaliação sobre a aplicabilidade do treinamento na Unidade (Malu e Maria)

9h -12h30	3. Refletir sobre como orientar famílias para cuidados de crianças com doenças comuns na infância, aprendendo a reconhecer sinais de perigo, e sobre prevenção de acidentes	- conteúdos da pág. 21 da cartilha e das págs. 74 a 83 do manual - ficha/seção saúde - conteúdos das págs. 22 e 23 da cartilha; 84 a 87 do manual e seção prevenção de acidentes da ficha.	- leitura dos textos e dramatização - vídeo “Conversando com as mães sobre problemas respiratórios” (Maria)	- manual, cartilha e ficha - aparelho de tv e vídeo	- divisão em 4 subgrupos para leitura e montagem de dramatização “Conversando com as famílias sobre: criança com diarreia; criança com febre; criança com tosse; prevenção de acidentes. - o grupo assiste ao vídeo como fechamento do trabalho do período da manhã.
ALMOÇO					
13h30 – 14h00	5. Aquecimento após o almoço	- dançar	- ritmos diversos para descontrair e despertar a atenção	- toca CD	- o facilitador propõe a dança e coordena a realização e avaliação da vivência (Dete)
14h -16h30	6. Sensibilizar-se para o tema dos direitos da criança através de uma reflexão inicial em grupo	- letra da música “Meu Guri” de Chico Buarque de Holanda	- discussão em pequenos grupos e plenária	- cópia da letra da música (Cacá), papel Kraft ou cartolina, canetas hidrográficas, revistas	- cada subgrupo lê e reflete sobre a letra da música; registra os conteúdos discutidos em um cartaz relacionando-os com possíveis violações de direitos da criança, Plenária.

	7. Conhecer os conteúdos da cartilha e do manual sobre os direitos e a participação da criança	<p>- Direitos da criança: conteúdos das págs 24 e 25 da cartilha e das págs 88 a 93 do manual</p> <p>- Participação da criança: conteúdos da pág 26 da cartilha e das págs 94 a 97 do manual</p>	- divisão em 4 grupos, com leitura de textos, exercícios e exposição oral (tipo seminário)	- manual e cartilha - papéis e canetas para preparar a exposição	<p>- Grupos 1 e 2: trabalham os conteúdos sobre direitos através da leitura dos textos correspondentes e faz o exercício da pág. 93 (O que trabalhar com a família - item 2)</p> <p>- Grupos 3 e 4: trabalham os conteúdos sobre participação através da leitura dos textos correspondentes e faz o exercício da pág. 97 (O que trabalhar com a família – identificar atitudes e comportamentos compatíveis com as idéias propostas).</p> <p>Apresentação dos trabalhos: grupos ímpares apresentam as possíveis dificuldades e os grupos pares apresentam as possíveis facilidades para promover os conteúdos, pensando tanto nas ESF quanto nas famílias</p>	<p>- Cada participante escolhe novamente uma fruta e expõe o porque de sua escolha. O grupo faz uma salada de frutas.</p>
16:30 -17 hs	8. Avaliação do dia		- “salada de frutas”	- filipetas com nomes de frutas (Dete)		

Lembrete: identificar as pessoas que estão participando da Pré-Conferência de Saúde.

Planejamento da Capacitação de Agentes Multiplicadores do Projeto “Janelas” Cronograma de Atividades

Carga Horária: 05 oficinas de 8 hs cada

Frequência: semanal

Objetivos Gerais:

- Sensibilizar os agentes multiplicadores para a criação de um espaço de capacitação dinâmico, criativo e participativo para as Equipes de Saúde da Família;
- Prepará-los para capacitarem as equipes de modo que elas se sintam estimuladas e competentes para desenvolverem os temas propostos e introduzirem os produtos - cartilha e ficha de acompanhamento - em sua rotina de atendimento.

Coordenação Geral: Angela e Cacá

5º. Encontro	●Objetivos específicos (os participantes deverão...)	●Conteúdo programático	●Técnica	●Recursos necessários	●Desenvolvimento da atividade
8-9hs	1. Refletir sobre o Projeto Janelas, os conteúdos e técnicas trabalhadas na oficina de capacitação e o papel do agente multiplicador.	- o que aprendemos; nosso interesse e disposição para trabalhar o projeto; dificuldades sentidas e temidas; reafirmação do compromisso assumido.	- o Jardim do “Janelas” (Cacá)	- desenho de uma árvore (apenas delineada) em cartolina - grama e terra em papel crepom - sementes pequenas e grandes em papel kraft (recortadas) - folhas (papel verde) - flores - frutos - jardineiro - gotas de água - adubo - sol - nuvens (claras e escuras)	- começar com uma árvore delineada + terra e grama afixadas com fita crepe. - colocar 2 sementes grandes na terra para representar os conteúdos e experiências adquiridas pelo grupo durante os 4 encontros de capacitação; - convidar o grupo a semear a terra com as sementes da multiplicação da capacitação. Cada participante escreve na sua semente o que acha que ela tem de bom para vingar.

				<p>- raios</p> <p>- um regador</p> <p>- uma cobra</p> <p>- algumas minhocas</p> <p>- abelhas</p> <p>- pássaros</p> <p>- borboletas</p> <p>- fita crepe</p>	<p>Lê o que escreveu para todos e cola a sua semente na terra;</p> <p>- depois de todos apresentarem suas “boas sementes” cada um escolhe uma outra parte da árvore e um dentre vários outros elementos disponíveis para com eles representar os resultados que espera alcançar e as dificuldades que acredita encontrar. Cada um escreve e apresenta verbalmente antes de colar no desenho da árvore;</p> <p>- o monitor deve sempre fazer uma síntese, após cada passo do trabalho de construção da árvore;</p> <p>- ao final, o monitor deve buscar fazer uma síntese contando com a ajuda do próprio grupo;</p> <p>- terminar cantando “O Cio da Terra”.</p> <p>Obs: a idéia é obter um produto, utilizando a simbologia da árvore e dos demais elementos da natureza, que represente todas as atitudes, disposições</p>
--	--	--	--	--	---

					<p>e expectativas de resultados do grupo frente ao trabalho de implantação do Projeto e da tarefa de multiplicação para as equipes em particular.</p> <p>Trabalhar as seguintes analogias:</p> <ul style="list-style-type: none">- <u>ÁGUA</u> – pode representar aquilo que é indispensável para o projeto acontecer, isto é, nossa responsabilidade e empenho frente ao compromisso assumido.- <u>SOL</u> – pode representar a vontade de cada um de nós (âmbito individual) e a vontade política das instituições responsáveis (âmbito institucional).- <u>ADUBO</u> – pode representar nossa necessidade de sermos estimulados e valorizados, como um alimento que traz a energia do renovar, inovar, fazer acontecer, mesmo quando os obstáculos parecem intransponíveis.- <u>MINHOCAS</u> – elas ficam escondidas debaixo da terra, mas seu trabalho é fundamental. São as minhocas que deixam a terra permeável para receber a água. Muitos fazem esse papel.
--	--	--	--	--	---

					<p>- NUUVENS COM RAIOS – podem representar momentos difíceis, de crise, quando tudo parece que vai ruir.</p> <p>- ABELHAS – podem representar trabalhadores incansáveis, que vão e vem, que não desistem nunca.</p> <p>- BORBOLETAS – podem representar as crianças do projeto.</p> <p>- JARDINEIRO – pode representar o agente multiplicador, aquele que tem que coordenar, estar atento a tudo e a todos; que também tem que dominar suas ferramentas de trabalho.</p>
9-10hs	<p>2. Conhecer:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Conteúdos do último capítulo do manual (“Conversando com os Agentes e as Equipes de PSF”) e a lista de Competências Familiares do UNICEF; - Perspectivas de monitoramento/construção do marco zero; - Capacitação de radialistas; - O que não devemos fazer quando trabalhamos com grupos. 	<ul style="list-style-type: none"> - valorização dos profissionais envolvidos; - as 28 competências familiares; - acompanhamento das ações e monitoramento de resultados; - mobilização social através de rádios oficiais e rádios comunitárias; - trabalhando a capacitação dos ACS e das Equipes. 	<ul style="list-style-type: none"> - exposição oral (Angela) - apresentação do vídeo “Zé Confuso” (Dete) 	<ul style="list-style-type: none"> - manual - TV e vídeo 	<ul style="list-style-type: none"> - O facilitador apresenta os temas do manual e recomenda-os para leitura em casa (págs 98 e 99 + anexo págs 100 e 101); - O facilitador expõe oralmente as perspectivas de monitoramento e acompanhamento do Projeto; - O facilitador recolhe a ficha de caracterização da população-alvo e os contatos com as rádios comunitárias que cada participante providenciou;

10-12hs	<p>3a . Fazer o planejamento da capacitação das equipes</p> <p>3b . Para os profissionais das Coordenadorias de Saúde: planejar o acompanhamento da capacitação e das ações das equipes (supervisão, orientação, apoio, registros e relatórios)</p>	<p>- diretrizes e parâmetros para o planejamento da multiplicação*</p> <p>- referência de prazo para a multiplicação (de 15/09 a 15/10)</p> <p>- reuniões bimensais de acompanhamento das ações (montar agenda Grupo Sul I)</p> <p>- todos os conteúdos trabalhados</p>	<p>- exposição oral (Angela)</p> <p>- trabalho em grupo</p>	<p>- Papel A4 e canetas + cópia do planejamento dos 4 encontros de multiplicadores</p>	<p>- comentários sobre o vídeo (Dete)</p> <p>* Material e outros recursos para realização da oficina de multiplicação por conta de cada UBS ou apoio do parceiro do PSF/outras; Fornecimento do manual, cartilha e ficha mediante apresentação do plano e cronograma da multiplicação; Carga horária mínima: 24 hs Carga horária máxima: 32 hs Formato do treinamento de acordo com a realidade local; Fornecimento das cartilhas das famílias mediante apresentação de relatório da oficina de multiplicação com relação nominal dos participantes;</p> <p>- divisão em subgrupos (critérios de proximidade e intercâmbio entre os profissionais e suas unidades);</p> <p>- os facilitadores acompanham o trabalho nos subgrupos, esclarecendo dúvidas e socializando as informações necessárias.</p>
---------	---	---	---	--	--

ALMOÇO					
13h – 15h30	Continuidade do trabalho de planejamento				
15h30 – 17h	<p>4. Fechamento</p> <p>5. Comemorar o trabalho realizado e a conclusão da oficina.</p> <p>6. Foto da “formatura”</p>	<p>- retomar as palavras escritas no 1º encontro</p> <p>- celebrar, confraternizar</p>	<p>- técnica da flor</p> <p>- prática da Pastoral (Dete)</p>	<p>- saquinho contendo as palavras</p> <p>- uma cesta com bombons sortidos</p>	<p>- cada participante retira uma palavra e comenta o que recebeu.</p> <p>- descrição da confraternização em folha anexa **</p>

**** Confraternização**

Levar um presente (caixa de bombons ou similar que será distribuído a todos). Mas antes, realizar um sorteio. Depois do sorteio, trabalhar da seguinte forma:

- 1- **Parabéns.** Você teve muita sorte, foi o premiado. Este presente simboliza o carinho, a compreensão e a amizade construídos durante este encontro. No entanto lhe dou uma triste notícia: este presente não será seu. Observe o grupo e entregue-o a quem você considera a pessoa mais organizada.
- 2- **Organização** é algo muito importante, que bom que você possui esta virtude. Apesar de ser organizado, também não vai ficar com o presente. Por favor, levante-se e entregue-o à pessoa que você considera a mais feliz.
- 3- **Felicidade** deve ser construída em bases sólidas. Ela não depende dos outros, mas única e exclusivamente de nós mesmos. Todavia, mesmo com essa carinha mais feliz do mundo, o presente irá para alguém que na sua opinião, é uma pessoa meiga.
- 4- **Meiguice** não é muito comum hoje em dia, mas você possui esta qualidade, meus parabéns. No entanto, o presente também não é o seu. Você com seu jeito meigo, passe o presente a quem você considera extrovertido.
- 5- Por ser assim **extrovertido** é que você foi escolhido para receber este presente. Infelizmente vou ter que lhe dizer que ele também não é seu. Passe-o para quem você considera uma pessoa corajosa.
- 6- Que bom ganhar um presente por ter a virtude da **coragem**. É isso que você vem demonstrando nestes dias aqui conosco. Com isso temos a certeza de que não vai ser difícil passar este presente a quem você considera muito inteligente.
- 7- **Inteligência** é um dos sete dons do Espírito Santo. Parabéns por você ter nos enriquecido com esse seu talento. Sabemos que há tantas pessoas que guardam seus dons só para o seu próprio bem... Inteligente como você é com certeza já sabe que também não vai ficar com o presente. Passe-o para a pessoa que você considera a mais simpática.
- 8- Para comemorar a sua **simpatia**, ofereça a todos os presentes, um largo sorriso. Uma pessoa **simpática** como você, com certeza não vai ficar triste por não ficar com o presente. Queira entregá-lo a quem você acha muito dinâmica.
- 9- **Dinamismo** é força, coragem, compromisso, energia. Agentes comunitários de saúde e educadores têm por missão multiplicar boas idéias e bons propósitos. Para isso, o dinamismo é uma qualidade muito importante! O mundo precisa de gente dinâmica como você. Parabéns! Mas passe este presente a quem você considera uma pessoa solidária.

- 10- **Solidariedade** é uma virtude muito rara neste mundo, infelizmente... Você está de parabéns por ser solidário com os que precisam tanto de sua ajuda. Mas apesar de possuir uma qualidade tão fundamental, o presente também não vai ficar com você. Entregue-o a quem você considera uma pessoa alegre.
- 11- **Alegria** com certeza faz bem a muitos corações. Pessoas alegres, como você, transmitem otimismo, entusiasmo, alto astral. Com esta sua característica, passe o presente a quem você considera elegante.
- 12- **A Elegância**, sem dúvida, complementa a criação humana e torna sua presença marcante. Uma pessoa elegante sobressai em qualquer reunião ou evento. Apesar de tudo isso, você vai ter que passar este presente para uma pessoa que você acha muito bonita.
- 13- Ótimo, você foi escolhida como uma pessoa muito bonita. Mostre sua **beleza** desfilando para todo o grupo. Muito bem, você desfilou maravilhosamente, mas lamentamos dizer que o presente também não será seu. Passe-o para quem, na sua opinião, transmite paz.
- 14- O mundo todo clama por **Paz** e você, naturalmente possui tão grande riqueza. Transmitindo sua paz para todos nós, entregue este presente a quem você considera uma pessoa generosa.
- 15- **Generosidade!** Como precisamos de pessoas que distribuam seus dons, seu tempo, seus cuidados. Por isso mesmo, você está sendo convidado a abrir o seu presente e dividi-lo com todos os participantes dessa confraternização.

Para todos nós que também somos um pouco **organizados, felizes, meigos, extrovertidos, corajosos, inteligentes, simpáticos, dinâmicos, solidários, alegres, elegantes, bonitos, pacíficos e generosos, PARABÉNS e SUCESSO** em tudo que fizermos, pelo desenvolvimento dos outros e de cada um de nós!!!

Anexo 4

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

Eu, Anna Maria Chiesa, pesquisadora da Escola de enfermagem da USP, estou desenvolvendo a pesquisa "A *autonomia* e a *resiliência*: categorias para fortalecimento da intervenção na atenção básica na perspectiva da Promoção da Saúde", Sua colaboração será de maior importância neste estudo, motivo pelo qual solicito sua participação. O seu consentimento em participar da pesquisa deve considerar as seguintes informações:

- A pesquisa justifica-se pela necessidade de produzir conhecimento que subsidie a construção de tecnologias que possam fortalecer as ações de Promoção da Saúde no âmbito da atenção básica dos serviços de saúde
- Os objetivos da pesquisa são:
Descrever o processo de capacitação dos multiplicadores do Projeto Nossas Crianças: Janelas de Oportunidades;
Captar a percepção dos multiplicadores acerca da autonomia e resiliência e sua relevância na promoção do desenvolvimento da saúde;
- O projeto de pesquisa foi submetido à apreciação do Comitê de Ética em Pesquisa da Secretaria Municipal de Saúde de São Paulo
- A coleta de dados será realizada através da técnica de grupo focal, em reuniões agendadas de acordo com a disponibilidades dos profissionais envolvidos
- As discussões serão gravadas e os participantes poderão ouvir suas contribuições, se assim o desejarem.
- A participação será voluntária, e os participantes poderão desistir durante a coleta de dados, caso venha a desejar, sem risco de qualquer prejuízo ou sanção
- Será garantido o anonimato dos participantes por ocasião da divulgação dos dados, guardando-se o sigilo dos dados confidenciais
- Caso sinta necessidade de contatar a pesquisadora responsável, em qualquer momento do trabalho, poderá fazê-lo pelo telefone (11) 3066-7652
- No final do trabalho está prevista uma reunião para apresentação dos resultados para o grupo participante, com discussão dos mesmos junto à pesquisadora
- Qualquer questão, dúvida, esclarecimento ou reclamação sobre os aspectos éticos dessa pesquisa, favor entrar em contato com: Comitê de Ética em Pesquisa da Secretaria Municipal de Saúde de São Paulo - Rua General Jardim, 36 - 2º Andar- tel: 3218-4043, e-mail: smscep@prefeitura.sp.gov.br

Ciente destas informações, concorda em participar do estudo ?

participante

pesquisador