Núcleo de Estudos em Saúde Coletiva
Faculdade de Medicina / UFMG

Fundação de Desenvolvimento da Pesquisa – FUNDEP

“PROMOÇÃO DE SAÚDE NA ATENÇÃO BÁSICA NO BRASIL”

Núcleo de Estudos em Saúde Coletiva
Faculdade de Medicina / UFMG

Fundação de Desenvolvimento da Pesquisa – FUNDEP

RELATÓRIO FINAL DE PESQUISA
"PROMOÇÃO DE SAÚDE NA ATENÇÃO BÁSICA NO BRASIL"

Contrato OPAS:

BR/CNT/0500054.001

PROJETO FUNDEP 8966-OPAS/FM/NESCON/ESTUDOS DE CASOS

Coordenadores de pesquisa:

Francisco Cardoso de Campos

Paulo Fleury Teixeira

Pesquisadores colaboradores:

Fernando Camargos Vaz

Juliana Álvares

Raphael Aguiar

Vinícius de Oliveira

Belo Horizonte

Novembro de 2005

SUMÁRIO

I. METODOLOGIA 6
1. MARCO CONCEITUAL 12
2. PROTOCOLO DE TRABALHO DE CAMPO 25
2.1. MÉTODOS DE COLETA DE DADOS 25
2.2. ROTEIRO GERAL DE VISITA 26
2.3. MODELO DE RELATÓRIO DE PESQUISA DE CAMPO 26
II. RELATÓRIOS DOS ESTUDOS DE CAMPO 36
1. Conselho local de saúde: Ampliando ações na comunidade - Blumenau-SC 37
2. Cuidando da Saúde da Família Guarani – Viamão-RS 57
3. Conquistando o Futuro - Pedreira - SP 82
4. Promoção à saúde e educação: planejamento participativo em território de programa de saúde da família - Montes Claros - MG 123
5. Proposta Municipal de Educação Popular em Saúde (PMEPS) - Recife–PE 142
6. Maranguape – CE - A. Comissões de prevenção de maus-tratos à criança e ao adolescente no PSF. B. Rezas, raízes e soro 175
7. Relato de uma experiência de gênero com travestis na atenção básica à saúde e resgate da cidadania - GATASS – Recife-PE 192
8. Spa comunitário: uma experiência de re-educação alimentar e física no PSF - Santa Cruz – RN 218
9. Projeto de desenvolvimento infantil de Santana do Aurá – comunidade de catadores de lixo próxima ao aterro sanitário – Belém-PA 245
10. Projeto Alfabetizando com Amor - Itambé – PE 273
11. Gestão Ambiental Integrada – GEMA - Niterói - RJ 284
12. O Programa de Saúde da Família no Distrito Sanitário de Mosqueiro - Belém–PA 300
III. ANÁLISE DOS RESULTADOS 314
1. CLASSIFICAÇÃO DOS CASOS PESQUISADOS 314
2. ANÁLISE FINAL 322
2.1. Sobre a implantação de ações de promoção da saúde no PSF 322

2.2. Sobre a sustentabilidade dos projetos pesquisados 323
2.3. Sobre a replicabilidade dos projetos pesquisados 324
2.4. Conclusões 324
IV. INDICADORES DE PROMOÇÃO DE SAÚDE NA ATENÇÃO BÁSICA 325
1. AVALIAÇÃO DE PROMOÇÃO DA SAÚDE NA ATENÇÃO BÁSICA 325
2. INDICADORES DE RESULTADO DE PROMOÇÃO DA SAÚDE 330
3. INDICADORES DE IMPACTO DE PROMOÇÃO DA SAÚDE (MEDINDO A SAÚDE) 335
V. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS 338

APRESENTAÇÃO

O presente documento contém o *Relatório Final de Pesquisa* referente ao Contrato de Serviços OPAS/OMS BR/CNT/0500054.001. Trata-se do terceiro e último produto deste contrato e está dividido em seis partes: marco conceitual, metodologia, protocolo de trabalho de campo, relatórios de cada estudo de caso, análise dos resultados e discussão sobre indicadores de promoção da saúde.

I. METODOLOGIA

A presente pesquisa consistiu em estudo descritivo, na forma de estudo de múltiplos casos, de experiências de promoção de saúde no Brasil, desenvolvidas por equipes do Programa de Saúde da Família (PSF). Para a consecução dos objetivos propostos julgou-se pertinente a adoção de uma estratégia metodológica qualitativa, na qual se procurou atentar para as percepções e visões de atores sociais situados em condição privilegiada de observação e/ou participação nos processos descritos[1].

O estudo desses casos pretendeu descrever e analisar práticas de promoção da saúde na atenção básica realizada por equipes de PSF em distintos contextos demográficos e sociais no Brasil, identificando-se o nível de desenvolvimento destas práticas, assim como as representações acerca das categorias de promoção que os atores envolvidos elaboram.

Julgou-se que o método de investigação empírica adotado, o estudo de casos, apresentava-se como a abordagem ideal para esse tipo de investigação descritiva, por permitir a descrição em profundidade das atividades das equipes do PSF relacionadas à promoção da saúde. Como aponta Grenwood:

> "a principal virtude do método do estudo de caso é que permite uma compreensão profunda do fenômeno com um todo, tal como se dá no caso estudado. Ao não se ver distraído por uma multiplicidade de unidades de observação e ao estar restrito a um certo número de fatores que devem ser observados, o pesquisador pode centrar sua atenção em um pequeno número de casos e explorar com grande detalhe todas e cada uma das facetas dos casos que prometam brindar-lhe certa luz sobre o fenômeno. Este grau de amplitude e profundidade não se pode obter com nenhum dos outros métodos empíricos" (GRENWOOD, 1973, apud MUNIZ, 1998)

O universo da pesquisa foi delimitado pelo conjunto das equipes de PSF implantadas no país, nos diversos estados da federação.

As unidades de observação estudadas foram equipes do PSF selecionadas a partir de determinados critérios, bem como atores sociais relacionados, direta ou indiretamente, ao trabalho das mesmas, como líderes comunitários, gestores municipais, coordenadores municipais do programa, membros de equipes de PSF etc..

---

[1] Agradecemos a todos aqueles que colaboraram para que essa pesquisa se realizasse e em especial às diversas pessoas que gentilmente nos forneceram o seu relato. Esperamos que os resultados teóricos a que chegamos e o relato das experiências pesquisadas sejam uma homenagem àqueles que ousaram criá-las e implanta-las.

A composição da amostra dos entrevistados foi não-probabilística, intencional, buscando incluir equipes reconhecidamente imbuídas no desenvolvimento de atividades de promoção da saúde em sua pratica institucional, procurando, sempre que possível, incluir experiências/vivências singulares ou significativas. Neste sentido, não foram coletados dados ou informações destinadas a qualquer tratamento estatístico, com pretensões a amplas generalizações.

OS RESULTADOS ESPERADOS DA PESQUISA

Os resultados previstos originalmente abrangeram três áreas:

1. Descrição das ações de promoção de saúde selecionadas, identificando fatos e crenças que as sustentam, de modo a propiciar a emergência da elaboração teórica sobre promoção de saúde na atenção básica a partir da prática;
2. Análise de viabilidade e sustentabilidade das ações de promoção em saúde selecionadas, visando a determinar as condições de sua replicabilidade;
3. Proposição de indicadores de promoção para um sistema de monitoramento da atenção básica.

Dentro do segundo objetivo, foi proposta a hipótese explicativa da existência de fatores externos ao PSF determinantes para implementação e manutenção das ações. Como hipótese contrafactual, levantou-se a possibilidade de que, pelas próprias características de seu modelo, o PSF levaria à adoção da promoção da saúde como estratégia. Supôs-se que o diagnóstico sócio-sanitário geralmente realizado pelo PSF, associado a uma resposta ordenadora à demanda espontânea por atenção e o cumprimento das ações preventivas e terapêuticas estabelecidas para o PSF, surgem como condições suficientes para o desenvolvimento de ações de promoção de saúde.

O PROCESSO DE SELEÇÃO DOS CASOS

A seleção se deu através da análise de mais de 1800 relatos de experiências em PSF apresentados no VII Congresso Brasileiro de Saúde Coletiva, organizado pela Associação Brasileira de Pós-graduação em Saúde Coletiva (ABRASCO),

realizado entre 29 de Julho e 02 de Agosto de 2003[2], dentre um total de 5800 exposições das mais diversas áreas da saúde coletiva, e na II Mostra Nacional de Saúde da Família realizada em Brasília em 01 a 03 de Junho de 2004, com mais de 1600 exposições.

Os critérios para a inclusão na amostra foram três: o primeiro, a adequação do caso às categorias analíticas definidas; o segundo a intensidade presumida de sua aderência à categoria considerada central: "autonomia" e, por fim, a distribuição dos casos por sua localização nas regiões do país, buscando contemplar a diversidade regional.

As categorias analíticas propostas para a seleção foram produto de revisão bibliográfica preliminar realizada por membro de nossa equipe de pesquisa e de validação em duas oficinas com membros da OPAS e do Ministério da Saúde, processo que precedeu a atual pesquisa[3]. Essas categorias estão expostas em anexo neste relatório (Anexo 1).

Foram selecionados 10 casos, em quatro regiões brasileiras, buscando captar características particulares condicionadas pela grande diversidade demográfica, cultural, econômica e social[4] do país.

OS MOMENTOS DA PESQUISA

A realização da pesquisa se deu em dois momentos articulados e consecutivos.

O primeiro momento revestiu-se de um caráter marcadamente exploratório, quando se realizou uma observação participante da prática de dez experiências, com a realização de entrevistas semi-estruturadas, objetivando a validação preliminar das categorias e sub-categorias anteriormente construídas e a verificação da necessidade da proposição de novas categorias. Antecedendo essa primeira pesquisa de campo foi realizado um piloto em três equipes do PSF de Belo Horizonte para validação preliminar do instrumento.

---

2 "Livro de resumos", Revista Ciência e Saúde Coletiva vol. 8 supl. 2, 2003

3 Participaram da primeira oficina: Adriana Castro, Celina Kawano. Miguel Malo. Participaram da segunda oficina, Adriana Castro, Ana Cláudia Figueiredo, Celina Kawano, Fabiani Gil, Iracema Benevides, Juliana Braga, Maria do Carmo Kell, Miguel Malo, Socorro Matos.

4 A região Centro-Oeste não se foi representada, porque não apresentou experiências adequadas aos critérios de seleção adotados.

O segundo momento da pesquisa ocorreu com utilização de roteiro de entrevista semi-estruturada, contendo as categorias e sub-categorias do modelo revisto. Dois dos casos pesquisados no primeiro trabalho de campo não receberam uma segunda visita porque os projetos haviam sido interrompidos completamente. Dois outros casos foram excluídos, um por não refletir as categorias de promoção adotadas e outro por sequer ter sido efetivamente implementado[5]. Em substituição a esses casos, foram selecionados outros dois. Nestes a primeira etapa exploratória foi suprimida, partindo-se diretamente para a utilização do protocolo de trabalho de campo do segundo momento.

INSTRUMENTOS DE COLETA DE DADOS

Na primeira fase da pesquisa, foi utilizado, como instrumento de coleta de dados, um roteiro de entrevista no padrão de "entrevista centrada" ("*focused interview*"), descrita por Michel Thiollent como aquela "na qual, dentro de hipóteses e de certos temas, o entrevistador deixa o entrevistado descrever livremente sua experiência pessoal a respeito do assunto investigado" (THIOLLENT, 1981). O roteiro foi construído de forma aberta o suficiente para comportar uma liberalidade no discurso do ator, contemplando questões que surjam no decorrer da entrevista.

Entre as duas etapas da pesquisa o roteiro de entrevista foi revisto e desenvolvido de forma semi-estruturada, sem, contudo, perder o caráter aberto apropriado para a entrevista centrada.Tal roteiro se encontra contido no "Protocolo de Trabalho de Campo", exposto adiante. Ele contém as categorias e sub-categorias e as questões atinentes às diversas atividades ou ações desenvolvidas pelas equipes, enfatizando as dimensões de promoção da saúde contidas nas mesmas. Nesse processo de revisão realizou-se mais duas oficinas com membros indicados pela OPAS e o Ministério da saúde[6].

CATEGORIAS ANALÍTICAS

---

[5] Trata-se, respectivamente, dos casos: *Projeto de desenvolvimento infantil de Santana do Aurá*, Belém, PA e *Projeto alfabetizando com amor*, Itambé, PE; e *Gestão ambiental integrada – GEMMA*, Niterói, RJ e *Programa de Saúde da Família no Distrito Sanitário de Mosqueiro*, Belém, PA.

[6] Participaram da terceira oficina: Miguel Malo, Adriana de Castro, e Ana Cláudia Figueiredo. Participaram da quarta oficina: Miguel Malo, Adriana de Castro e Celina Kawano. Agradecemos a todos os participantes dessas oficinas por sua colaboração e em especial a Miguel Malo, Adriana de Castro e Celina Kawano, pela constante interlocução.

A definição de categorias analíticas é um procedimento básico na análise qualitativa de materiais de entrevistas, segundo diversos autores.

Concordando com esta afirmativa, Christian Maroy postula que

> “a operação intelectual básica de uma análise qualitativa de materiais de entrevistas consiste essencialmente em descobrir 'categorias', quer dizer, classes pertinentes de objetos, de ações, de pessoas ou de acontecimentos. Seguidamente, trata-se de definir as propriedades específicas e de conseguir construir um sistema ou um conjunto de relações entre essas classes. Esta operação pode, evidentemente, assumir aspectos diferentes, consoante os objetivos atribuídos à análise". (MAROY,1997: 118)

O processo de construção das categorias varia, segundo L. Shatzman e A. Strauss, de acordo com o objetivo a que se pretenda chegar com a análise, seja a uma "descrição simples", a uma "descrição analítica" ou, finalmente, a um "esquema teórico". (SHATZMAN & STRAUSS, 1973: 110).

Adotando a classificação desses autores, Christian Maroy considera uma "descrição simples" (*"straight description"*) como um objetivo explícito da pesquisa, quando

> "o investigador utiliza uma teoria existente na disciplina para forjar um esquema de análise *a priori* que lhe permita classificar o seu material. Destaca, no seu material, segmentos que correspondem aos conceitos e às 'categorias' utilizadas na teoria ou na disciplina. Além disso, tende a articulá-los numa lógica sugerida pela teoria" (MAROY, 1997, p. 119).

Assim, as categorias, neste tipo de análise, devem ser predefinidas, bem como suas possíveis relações teóricas.

Nos demais tipos de objetivos, o de "descrição analítica" ("*analitic description*") e o de "teoria local", o esquema geral de análise não parte de categorias previamente estabelecidas, mas essas são elaboradas e derivadas a partir dos materiais, "as classes ou categorias e suas relações são sugeridas ou descobertas indutivamente a partir dos dados" (MAROY, 1997: 120-2).

A geração de "teorias locais" ("*local theories*") seria um objetivo mais ambicioso de algumas "descrições analíticas". Barney Glasser e Anselm Strauss, em sua obra *The Discovery of Grounded Theory* (GLASSER & STRAUSS, 1967), defendem que as análises qualitativas teriam a possibilidade de gerar, a partir dos dados contextualizados aquilo que denominam de teoria "fundada" ("*grounded*"), superando a simples descrição dos fatos em uma área específica (MAROY, 1997: 121). Esta "teoria local", derivada indutivamente de um campo empírico restrito de uma investigação qualitativa particular, poderia depois se conformar em "teorias formais

ou gerais" ("*formal theories*"), em estudos posteriores, abrangendo um campo conceitual mais amplo (ibidem, p.121-2).

Em nossa pesquisa as categorias e respectivas sub-categorias previamente selecionadas foram alvo de avaliação e modificadas no decorrer do processo da pesquisa, após a fase exploratória, para melhor se adequarem à descrição dos processos de intervenção das equipes do PSF no campo da promoção da saúde. O interesse na construção dessas categorias foi duplamente conceitual e analítico. Essas categorias analíticas (re)construídas no decorrer da investigação procuraram dar conta de aspectos percebidos no estudo de caso e não contemplados na literatura ("grounded theory"). Combinou-se, assim, uma postura indutiva complementar sem, no entanto, renunciar à utilização das teorias pré-existentes (ALBARELLO, L. et al.,1997).

1. MARCO CONCEITUAL

Define-se a seguir os conceitos centrais da pesquisa. Como exposto na descrição metodológica estes conceitos são tanto supostos como resultados da pesquisa. Eles são condições para o desenvolvimento da grade categorial que se utiliza na investigação, apresentando-se a partir dos primeiros contatos teóricos com o objeto, mas o próprio processo de categorização e o contato com os casos analisados, assim como a continuidade da pesquisa teórica, impuseram modificações sobre as concepções iniciais.

PROMOÇÃO DA SAÚDE

Em uma aproximação imediata dos termos, a promoção da saúde tem como objeto o incremento ou a melhoria da saúde de um universo humano determinado, que poderia ser delimitado como um indivíduo, um grupo populacional socialmente determinado, ou, ainda, toda a humanidade.

Essa é, de fato, uma posição largamente aceita no campo institucional e teórico da promoção da saúde[7]. Contudo, de acordo com essa concepção, todo e qualquer processo ou procedimento que eleve o nível de saúde de determinado universo humano seria promotor de saúde. Não seria, portanto, possível delimitar um campo ou âmbito específico para a atuação classificável como promotora de saúde.

Não é, no entanto, esse o conceito que vemos apresentar-se nas práticas que se postulam e são reconhecidas como de promoção da saúde. Nas últimas décadas a promoção da saúde tem se constituído num campo institucional próprio que reivindica para si um conjunto mais ou menos específico de ações. Essas ações buscariam, efetivamente, o incremento da saúde de um universo humano determinado, mas teriam características distintivas de outras com o mesmo objetivo.

Definir essas características não é tarefa simples, já que em sua recente e ainda incipiente institucionalização, a promoção da saúde emerge como um conjunto

---

[7] Ela se encontra claramente explicitada, por exemplo, nos dois relatórios do ministério da saúde canadense que se inserem na série de documentos genericamente referidos na historiografia da promoção da saúde, os famosos relatórios Lalonde e Epp. O objetivo posto por LALONDE, era de “ampliar a liberdade de doença e incapacidade, assim como promover um estado de bem estar suficiente para realizar atividade física, mental e social” (LALONDE, 1974). EPP, doze anos depois, postula que “nossa responsabilidade última é garantir que a saúde dos canadenses seja protegida e ampliada”. (EPP, 1986).

variado de intervenções e não se delimita por um corpus teórico homogêneo e cristalizado, absorvendo contribuições de âmbitos teóricos tão distintos quanto as teorias sociais e políticas, a epidemiologia e a biomedicina.

No entanto, encontramos um conjunto de concepções e juízos que obtêm razoável consenso entre aqueles que teorizam e implementam a prática da promoção da saúde.

Partimos, ao tentar sintetizar rapidamente esse conjunto, de uma concepção largamente referida e muito pouco contestada. Seria promoção aquela atuação que tivesse como objeto não a recuperação, nem o tratamento ou a prevenção de uma patologia ou grupo de patologias restrito, nem de um agravo ou grupo de agravos específico, mas somente aquelas que se dirigissem a implementar a saúde das pessoas em um sentido geral, anterior a toda e qualquer patologia ou risco específico[8]. Assim, por exemplo, não seriam, em princípio, atividades de promoção da saúde nem a recuperação de seqüelados de acidentes vasculares encefálicos, nem o tratamento de cancerosos, nem as imunizações. Isto não impede, no entanto, que em todos esses âmbitos da prática em saúde se possa incluir conteúdos de promoção da saúde.

É amplamente reconhecido que ao regredirmos nas séries causais de qualquer patologia ou grupo patológico vamos encontrar determinações cada vez mais genéricas, incidentes também sobre outras séries causais determinantes de outras patologias[9]. Essa evidência certamente embasa a concepção de que a atuação sobre esses determinantes mais gerais é potencialmente mais eficaz para o incremento da saúde populacional do que ações direcionadas para a prevenção de riscos ou o tratamento e a recuperação de agravos específicos, exatamente porque seu impacto se manifestaria como ampliação da saúde, consistindo em proteção contra todo um largo espectro de possíveis patologias e agravos.

Neste trabalho assumiu-se essa concepção como basilar à teoria e prática da promoção da saúde.

---

[8] As medidas de promoção da saúde "não são dirigidas para uma dada doença ou desordem, mas servem para aumentar a saúde geral e o bem-estar", de acordo com Leavell & Clarck, no livro "The concept of health and the difference between prevention and promotion" (1976, Apud CZERESNIA, 2003).

[9] "À medida que distanciamo-nos das causas diretas, proximais da doença pode haver um decréscimo na certeza causal e consistência, com freqüência acompanhada de complexidade crescente. Por outro lado, causas distais provavelmente têm efeitos amplificados – elas podem afetar

Ela se irmana e harmoniza com outras, compondo, como dito, um arranjo conceitual largamente reconhecido.

Conjuga-se imediatamente com as proposições de que não é apenas, nem prioritariamente, o acesso à clínica e à tecnologia terapêuticas que constitui o determinante principal da saúde das pessoas e de que esta nem sempre é a intervenção mais eficaz para o incremento ou a proteção da saúde. Convicções teóricas e constatações empíricas que se firmam a partir dos anos 70, quando se evidencia o crescimento acelerado dos custos da tecnologia médica a partir da segunda metade do século XX e se questiona a sua efetividade em termos de benefícios realmente produzidos para a saúde da população[10].

Essas concepções se irmanam ainda com aquela outra que identifica maior potencial para efetividade em ações direcionadas para riscos atinentes a toda a população ou a vastos grupos populacionais, em vez daquelas direcionadas para riscos detectados em grupos mais restritos[11].

Por fim, esse conjunto se harmoniza perfeitamente com aquele direcionamento conceitual, ainda mais referido e ainda menos contestado, para a afirmação de um sentido positivo ao termo saúde. A afirmação da saúde como algo além da ausência de doenças vai, certamente, de par com a idéia de que promoção da saúde focaliza o implemento da saúde e não o enfoque sobre qualquer patologia ou agravo específico. Esse sentido positivo da saúde, como todos sabem, consta da definição

---

muitos conjuntos diferentes de causas proximais e portanto podem fazer grande diferença" (WHO. 2002, p. 13/14).

[10] O Relatório Lalonde identifica que a grande maioria dos gastos em saúde estão focalizados na Organização da Assistência à saúde, o denominado setor ou sistema de saúde, enquanto as principais causas de doenças estariam enraizadas nos outros elementos que o então ministro da saúde canadense incluiu no conceito de campo de saúde, especificamente: Biologia Humana, Ambiente e Estilo de Vida. O relatório conclui, portanto, que "é aparente que vastas somas estão sendo gastas tratando doenças que poderiam ter sido prevenidas".

[11] Tal convicção se fortaleceu sobremaneira com o trabalho referencial de Geoffrey Rose, em que se demonstra como fatores de risco menores comuns a toda uma população podem ter mais efeito sobre a carga de doença nessa mesma população em relação a fatores de risco maiores incidentes sobre grupos populacionais específicos (ROSE, 1985).

A inferência causal e a multifatorialidade na determinação das condições de saúde dos indivíduos estão claramente presentes nesse histórico conceitual em que identificamos a promoção da saúde. A contestação a estas condições da reflexão sobre a saúde e a doença, em favor de uma outra metodologia epidemiológica e da subssunção da multiplicidade de fatores ao processo social de saúde-doença parece ter uma presença pouco significativa neste cenário. Tudo indica que a reflexão ou denúncia de pretensa crise metodológica da epidemiologia (a crítica epistemológica) não se apresenta no código genético da promoção da saúde. Acrescente-se que a percepção da determinação social da saúde e doença vem se consolidando com os instrumentos epidemiológicos vigentes (falamos aqui de um grande conjunto de autores e obras que tem em Michael Marmot uma figura emblemática).

de saúde da Constituição da Organização Mundial de Saúde, de 1948. Ele é retomado e desenvolvido no documento conclusivo da Primeira Conferência Internacional de Saúde organizada pela OMS, a carta de Ottawa, genericamente reconhecida como marco fundante da promoção da saúde enquanto campo institucional de prática e reflexão sobre a saúde pública. Aí encontramos a também já consagrada definição de promoção da saúde:

> "Promoção de saúde é o processo de capacitação das pessoas para aumentar seu controle sobre e melhorar a sua saúde. Para atingir um estado de completo bem estar físico, mental e social, um indivíduo ou grupo deve ser capaz de identificar e realizar aspirações, satisfazer necessidades e transformar ou lidar com os ambientes. Saúde é, portanto, vista como um recurso para a vida cotidiana, não o objetivo da vida.Trata-se de um conceito positivo enfatizando recursos sociais e pessoais, assim como capacidades físicas. Portanto, promoção de saúde não é apenas responsabilidade de um setor e vai além dos estilos de vida saudáveis para o bem estar" (OMS, 1986).

Ao chegarmos a tal ponto de nossa breve trajetória conceitual, isto é, à afirmação de um sentido positivo ao conceito de saúde, parece que dois caminhos distintos se apresentam.

Num primeiro, a saúde seria vista como bem-estar geral ou completo dos homens e, por conseguinte, a promoção da saúde seria qualificada como promoção do bem-estar geral de um universo humano determinado.

A bem da coerência e consistência conceitual dever-se-ia, de acordo com essa definição, reconhecer toda e qualquer atuação que promova o bem-estar como promoção da saúde. Assim, por um lado, dilui-se o escopo de atuação próprios da promoção da saúde e, por outro, reduz-se toda intervenção para o bem-estar a atuação para a saúde.

O incremento da saúde aparece, então, apenas para exemplificar, como justificativa final para a preservação ambiental e o desenvolvimento sustentável, assim como para o investimento em educação e outras práticas públicas reconhecidas como saudáveis, ou promotoras da saúde. Nessa perspectiva, ainda, a equidade em saúde aparece como uma justificativa para o respeito à diversidade cultural, étnica, sexual ou de outra ordem. Desse modo, de fato, a própria concepção de equidade social termina sendo reduzida à equidade de acesso ao setor de assistência à saúde.

A saúde surgiria assim como o fim último e o sumo bem de toda a existência humana[12].

Uma segunda conceituação positiva de saúde, também presente na definição de promoção de saúde da carta de Ottawa, distingue-se por não poder colocar a saúde como justificativa primordial ou principal para a adoção das ações acima referidas. Concebendo-se a saúde como um meio, como uma condição para a realização da vida, tem-se necessariamente que distinguir a saúde da totalidade da vida e, portanto, dos objetivos da vida dos homens[13]. A vida humana, obviamente, põe objetivos que não se restringem à saúde e que se mostram superiores à saúde na escala de valores. Aquelas atividades acima referidas se justificariam, então, antes por elas mesmas do que por seu efeito sobre a saúde dos indivíduos. Elas seriam justificadas em si, expressões práticas de uma determinada postura social, ética ou cultural.

Pode-se concluir, portanto, que ao considerar-se a saúde como meio para a vida ou para a realização dos indivíduos na vida, certamente não se pode confundi-la com a totalidade desta realização de si dos homens e, portanto, se impõe uma restrição ao conceito de saúde que não se encontra na primeira definição. Desse modo, a saúde é tomada como um dos elementos da qualidade de vida e uma das condições objetivas para o desenvolvimento humano.

Entendemos que, nesse contexto, deve-se identificar saúde como vitalidade psíquico-orgânica. Sustentamos ainda que, implícita ou explicitamente, esta definição é aquela objetivamente adotada quando se busca determinar as condições de saúde de certo universo humano ou o impacto sobre a saúde de uma dada intervenção. Dificilmente isto é negado quando se buscam instrumentos para a

---

[12] A idéia nirvânica (termo que devemos aos diálogos com Ivan Coelho) de um estado de bem estar pleno é curiosamente ante-moderna. Como afirmara Hobbes, “não existe o *finis ultimus* nem o *summus bonum* de que se fala nos livros dos antigos filósofos morais”. (HOBBES, 1988).

[13] Essa concepção se encontra, como visto, na definição de promoção da saúde da Carta de Ottawa. Não por coincidência esse conceito de saúde estava presente também no Relatório Epp:

“Hoje nós estamos trabalhando com um conceito que delineia a saúde como uma parte da vida diária, como uma dimensão essencial da qualidade de nossas vidas (…). Saúde é, portando, considerada como uma fonte que dá às pessoas a habilidade para lidar e mesmo transformar seus ambientes. Esta visão de saúde reconhece a liberdade de escolha e enfatiza papel dos indivíduos e comunidades na definição do que saúde significa para eles”. (EPP, J. 1986)

mensuração da saúde, pertinentes às mais diversas metodologias, para se avaliar o impacto em saúde de programas, projetos, intervenções, políticas etc..

Saúde, vitalidade psicobiológica, é, certamente, condição parcial para a realização dos indivíduos na vida. As outras condições para a atividade dos indivíduos são essencialmente sociais. Trata-se, em síntese, dos meios que a sociedade propicia, permite e determina aos os indivíduos para desenvolverem-se, realizarem-se. Há aqui o campo dos meios físicos, dos meios materiais para a reprodução dos indivíduos ou para o seu exercício ativo e o campo dos meios intangíveis como, por exemplo, a educação ou ainda o respeito, o afeto, a atenção que os indivíduos, de acordo com suas posições no ordenamento social, reciprocamente se dão. Estas condições essencialmente sociais são, por sua vez, determinantes centrais das condições de saúde dos indivíduos.

Desenvolvimento humano, no âmbito deste texto, pode ser dito em dois sentidos que aparecem, aliás, no senso comum. O desenvolvimento do indivíduo e o desenvolvimento social ou o desenvolvimento genérico da humanidade, os quais se interpenetram em uma dinâmica aberta de atividade e condições de atividade dos indivíduos em sua existência conjunta[14].

O ciclo vital dos indivíduos, ou, melhor dizendo, sua parábola, tem início e fim. Nesse ínterim nos desenvolvemos – recebemos, reproduzimos, desenvolvemos e criamos meios de realização – e nos realizamos na vida, de uma maneira ou de outra. O indivíduo, sempre de acordo com sua posição no ordenamento social, tem acesso aos meios produzidos e disponibilizados pela humanidade, realizando suas potências naturais em conformidade com o meio social em que vive, assim como aquelas potências de origem propriamente social, reproduzidas e desenvolvidas nesse meio social específico. A realização de si dos indivíduos constitui, por sua vez, os momentos ativos do desenvolvimento humano genérico. Assim, ao efetivar as suas potências o indivíduo é um momento do desenvolvimento da humanidade, o qual não existe sem essa realização de si dos indivíduos. Na efetivação e desenvolvimento de si os indivíduos realizam e desenvolvem grupos humanos e, de

[14] Vemos o conceito de desenvolvimento humano na genealogia da modernidade. Nas rupturas científicas e tecnológicas, ideológicas, culturais sucessivas que esta instaura, assim como na percepção do homem como produtor de si e na identificação da organicidade histórica do humano, que a elas correspondem.

um modo ou de outro, a humanidade. Então, por fim, para os próprios indivíduos, que são concentrações vivas e pontos de interação da rede social, o desenvolvimento da sociedade resulta em novas condições de ser, novas condições de sua existência, inclusive psico-fisiológica.

As condições sociais são, efetivamente, base para o padrão sanitário de um povo, assim como a posição de cada indivíduo na sociedade é uma base da própria saúde. Ao retrocedermos nas séries causais dos principais grupos patológicos, daqueles que têm maior magnitude e transcendência nas diversas sociedades, encontramos, entre os determinantes finais, com grande peso, as condições sociais de vida. A qualidade, o padrão, das relações sociais resulta, portanto, em elemento com ampla e inquestionável determinação sobre a saúde.

O conjunto conceitual da promoção se complementa com o reconhecimento dessa evidência e com o correspondente postulado de alta eficácia potencial da intervenção nas relações sociais para o incremento da saúde.

Sobre essa base analítica e empírica se assenta, portanto, a concepção de que a transformação das formas de interação social, a transformação do modo como os indivíduos se relacionam na sociedade, em seu posicionamento recíproco, leva a alteração na condição orgânica dos indivíduos e o faz, crescentemente, sob o predomínio da mediação psíquica[15].

O conjunto conceitual acima descrito sintetiza-se coerentemente em uma proposição prática: a ampliação do controle ou domínio dos indivíduos e comunidades sobre os determinantes de sua saúde. Esse é o eixo das ações promotoras de saúde, o que nos permite localizar a autonomia como categoria norteadora da atuação em promoção da saúde. A promoção da saúde busca ampliação da autonomia de indivíduos e comunidades. Identificamos este norte para as ações de promoção da saúde explícita ou implicitamente desde o proposto na carta de Ottawa. Essa é a idéia presente na proposição de *empowerment* individual

[15] Estes parágrafos contêm o postulado da determinação social dos indivíduos, inclusive em sua sanidade. Façamos aqui uma brevíssima referência histórica dessa vertente analítica. A apreensão ontológica, ou antropológica, dos indivíduos humanos na interação social é algo que se consolida no pensamento social, com diversos matizes e inflexões, desde Hegel. A percepção de que as condições sociais têm papel determinante nas condições de saúde das populações afirma-se insistentemente desde a revolução industrial. A perspectiva de Alma-Ata para a atenção básica certamente incorpora essa evidência. A partir dos anos 80 uma ampla corrente epidemiológica tem evidenciado essa determinação e contribuído para o esclarecimento de seus mecanismos psico-fisiológicos. Essas evidências compõem um eixo central do relatório Epp e se incorporam também na perspectiva da carta de Ottawa para a promoção da saúde.

e coletivo, na perspectiva de ampliação das capacidades dos indivíduos atuarem sobre os determinantes de sua própria saúde.

Tendo chegado a este ponto deve-se retomar uma advertência anteriormente anunciada.

Claramente a autonomia a que aqui se refere se põe como objetivo existencial em si e por si. Objetivo sobremaneira superior à saúde como meta.

A ampliação da compreensão dos determinantes da saúde, em especial a crítica à concepção medicalizada, ou essencialmente biomédica dessa determinação, em favor da percepção do grande peso dos determinantes sociais, não deve conduzir a uma expansão indevida do objetivo das intervenções para a saúde, que turva em vez de ampliar o objeto.

Ocorre que aqui os meios e os fins se encontram numa interposição de espirais de desenvolvimento. A saúde é meio para o desenvolvimento humano e este é condição para a saúde. Essa realidade pode ser expressa na forma de duas funções de inter-determinação positiva, com o pólo predominante posto na ampliação das capacidades humanas e das possibilidades de escolha dos indivíduos[16].

Reconhece-se, portanto, a ampliação das possibilidades e capacidades de escolha como promoção da saúde e como desenvolvimento humano.

Ao atuar para a ampliação da autonomia, no sentido aqui assumido, a promoção da saúde constitui uma contribuição direta do setor saúde para o direcionamento da dinâmica social no sentido do desenvolvimento humano. Isso não nega, contudo, o seu objetivo próprio, ao contrário, consiste em uma forma com eficácia potencialmente elevada para realizá-lo.

Entende-se que dentro desse amplo escopo, dentro do complexo dinâmico do desenvolvimento humano, o campo institucional da saúde, a promoção da saúde inclusive, tem como objeto específico o incremento da vitalidade orgânico-psíquica. Essa é a sua responsabilidade institucional. A preservação e o incremento das

---

[16] A forte identidade de propósitos entre a promoção da saúde e o desenvolvimento humano como institucionalizadas no âmbito da Organização das Nações Unidas se manifesta em seus princípios ordenadores. De acordo com o grande fomentador do PNUD Mahbub Ul Haq, "o princípio básico do desenvolvimento é ampliar as escolhas dos indivíduos“ (PNUD, 2005), essa é, claramente uma das possíveis traduções do conceito de promoção da saúde expresso desde Ottawa. Nas palavras de CZERESNIA (2003), promoção da saúde é o “fortalecimento da capacidade individual e coletiva para lidar com a multiplicidade dos condicionantes da saúde”, razão pela qual propõe o “fortalecimento da saúde por meio da construção da capacidade de escolha”. É perceptível que um conjunto categorial com forte afinidade por este se apresenta também no conceito de

capacidades vitais podem ser obtidos de várias maneiras: com tecnologia sanitária, seja esta de recuperação, tratamento ou prevenção, com educação sanitária, com transformação das relações sociais. Atuando em alguns destes níveis, a promoção da saúde constitui, portanto, um modo de intervenção para tal preservação e incremento que se associa aos demais, ao mesmo tempo que com eles disputa ideológica e economicamente.

AUTONOMIA COMO CATEGORIA DA PROMOÇÃO DA SAÚDE

O conceito de autonomia possui, todos sabem, longa tradição. Ele remete, sem dúvida, à máxima moral que identifica a perspectiva da *eudaimonia* e da tranqüilidade da alma com a capacidade do indivíduo para decidir sobre suas próprias ações[17].

Essa pretensão ética é tornada princípio ideológico fundamental da modernidade capitalista, assumindo, então, o caráter de condição natural: o princípio de independência original, natural, dos indivíduos. O liberalismo, em todas as suas faces, lembremos, procura sustentar este princípio.

O mercado parece ser a afirmação viva da liberdade individual e a sua teoria e defesa na economia liberal são expressões imediatas dessa realidade. A prática e a reflexão políticas afirmam a necessidade do estado para o ordenamento das relações sociais entre indivíduos naturalmente autônomos[18] e a democracia termina como a solução para um poder coletivo fundado na autonomia individual[19]. Por fim, nos marcos da ordem democrática o conceito de tal poder incorpora e limita-se pelo respeito à diversidade, estendendo-se da idéia à palavra pública e até ao comportamento de indivíduos e grupos, nos limites do dano a terceiros[20].

A autonomia, assim considerada, identifica-se com as relações sociais e todo o ordenamento social estabelecido sobre a livre competição entre indivíduos

---

desenvolvimento sustentável. As agendas propostas nestes três campos institucionais mostram, correlativamente, forte convergência.

[17] Esses são valores genericamente propostos na filosofia moral grega e adensados no estoicismo e epicurismo. Sintetizam-se, enfim, na prescrição moral: “sê senhor de si”.

[18] Uma sustentação antropológica da necessidade do estado nas condições de liberdade individual foi claramente exposta por Hobbes. Todo o pensamento contratualista a repete.

[19] A fórmula rousseauniana da submissão à lei que você mesmo criou (ROUSSEAU, 1973) expressa um ponto de chegada de todo o pensamento sócio-político do iluminismo.

[20] Esse componente da coerência liberal amplia-se e esclarece-se no percurso de Locke a Mill.

naturalmente independentes. As suas virtudes e os seus limites são aqueles que todos conhecemos.

Mas, por mais que alguns leiam a promoção da saúde como uma corrente do neoliberalismo[21], entendemos como certo que sua proposição não se esgota em limites liberais. Retornando à carta de Ottawa, aí lemos que o ativismo em promoção da saúde dirige-se:

- À elaboração de uma política pública sã.
- À criação de ambientes saudáveis.
  Geração de condições de trabalho e vida agradáveis, seguras e estimulantes
- Ao reforço da ação comunitária.
  Participação efetiva e concreta da comunidade na fixação de prioridades, na tomada de decisões e na elaboração e implantação de estratégias de planificação para alcançar um melhor nível de saúde. A força motriz deste processo provém do poder real das comunidades, da posse e do controle que tenham sobre seus próprios esforços e destinos.
- Ao desenvolvimento de aptidões pessoais.
  Favorecer o desenvolvimento pessoal e social proporcionando informações, educação sanitária e aperfeiçoando as aptidões pessoais indispensáveis para a vida.
- À reorientação dos serviços de saúde.
  De tal forma que transcenda a mera responsabilidade de proporcionar serviços clínicos e médicos. Esses serviços devem tomar uma nova orientação que seja sensível e respeite as necessidades culturais dos indivíduos. (Adaptado de OMS, 1986).

Essa agenda surge em conjunção histórica com outras agendas no contexto das Nações Unidas e do movimento sanitário no Brasil. Mais do que uma superposição histórica identificamos aí uma conjunção ideológica[22].

Identificamos dentre as principais características desse conjunto ideológico algumas com origem na tradição liberal, outras na tradição social-democrata, outras com presença generalizada nos movimentos de contestação social desde 1968[23]. Exemplificamos:

---

[21] Essa é a posição, por exemplo, de Castiel (2003). Deve-se reconhecer que reforça essa visão a existência de agendas de estímulo à mudança de estilo de vida modeladas sob a pretensão da escolha livre de indivíduos isolados.

[22] Não é difícil identificar correspondências nos objetivos e meios propostos pelas agendas internacionais de desenvolvimento humano, atenção básica em saúde, promoção da saúde e desenvolvimento sustentável, dentre outras, das diversas agências da ONU. Essa identidade é vista também com princípios fundamentais do PSF e do SUS, no Brasil (FERREIRA & BUSS, 2001; AGUIAR, 2003). Alguns, no entanto identificam na proposição da responsabilidade estatal uma diferença significativa entre as concepções do SUS e da promoção da saúde (CZERESNIA, 2003).

[23] Obviamente, tanto a social-democracia, como o movimento 68 incorporam valores e concepções socialistas.

A identificação dessas vertentes da proposta de promoção da saúde nutriu-se de debate com Juliana Braga de Paula.

- Compromisso com o bem estar, a qualidade de vida da população presente e das gerações futuras
- Compromisso com a equidade como meta e como meio para a qualificação da vida
- Busca da ampliação das capacidades e possibilidades de escolha individuais e coletivas
- Ação local
- A perspectiva de inclusão social de “minorias”
- Afirmação da diversidade e do multiculturalismo
- Afirmação da identidade e pertencimento grupais
- Desenvolvimento de instrumentos de participação popular deliberativa
- Atuação comunitária[24]

Ainda que se questione o desdobramento da agenda internacional de promoção da saúde desde Ottawa, parece claro que ela não pode ser reduzida à doutrina liberal nem à prática neo-liberal. Parece mesmo haver grande convergência nesse campo ideológico para o reconhecimento da internalidade da alteridade na dinâmica de produção e realização de si do indivíduo, em sua existência real[25]. É, portanto, à autonomia construída e realizada na teia de interação e atividade social que se refere aí. Sustentamos, como já dito, que esse conceito é o eixo categorial norteador das atuações promotoras de saúde. Essa é a base conceitual para a matriz categorial do protocolo para pesquisa de campo por nós adotado.

ATENÇÃO BÁSICA À SAÚDE E O PROGRAMA DE SAÚDE DA FAMÍLIA

Delimita-se aqui o âmbito específico da pesquisa. Tratou-se da investigação de casos de promoção da saúde na atenção básica em saúde através da estratégia de saúde da família no Brasil.

A atenção básica ou primária à saúde refere-se tanto a uma estratégia de extensão ou universalização de acesso à assistência à saúde, como ao primeiro

---

[24] Essas características perpassam diversos projetos e programas de promoção de saúde e qualidade de vida. Encontram-se, em diversas composições, nos casos pesquisadas

[25] Como dissemos a apreensão do caráter essencial da interação social à individualidade humana apresenta-se firmemente no pensamento social desde Hegel, desdobrando-se em matizes e inflexões específicos tanto em Marx quanto em Weber, no estruturalismo quanto no pensamento pós-moderno em geral.

nível de um sistema de saúde. É o que se pode notar na clássica definição de Alma-Ata:

> "Atenção primária à saúde é a assistência sanitária essencial baseada em métodos e tecnologias práticos, cientificamente fundados e socialmente aceitáveis, acessível a todos os indivíduos e famílias da comunidade, mediante sua plena participação e a um custo que a comunidade e o país possam suportar em todas e em cada uma das etapas de seu desenvolvimento, em um espírito de auto-responsabilidade e autodeterminação. A Atenção Primária é parte integrante tanto do sistema nacional de saúde, do qual constitui a função central e o núcleo principal, como do desenvolvimento social e econômico global da comunidade. Representa o primeiro nível de contato dos indivíduos, da família e da comunidade com o sistema nacional de saúde e leva, na medida do possível, a atenção da saúde aos lugares onde as pessoas vivem e trabalham. Constitui o primeiro elemento de um processo permanente de assistência sanitária" (OMS, 1978[26]).

No Brasil o termo "Atenção Básica" é largamente empregado pelo Ministério da Saúde para abranger todas as iniciativas situadas no primeiro nível de atenção à saúde, com destaque para a estratégia de saúde da família.

Localizamos na estratégia de saúde da família no Brasil, dentro do sistema estatal de saúde, as seguintes características centrais:

- Atenção básica à saúde prestada por equipe multiprofissional, com presença de profissionais de nível superior com formação na área de saúde (a presença de médicos e enfermeiros é a constante) e de agentes comunitários de saúde;
- Vinculação de população de determinado território à equipe de saúde da família

Consideramos que essas características estruturais do PSF implantado no Brasil favorecem e incentivam a promoção da saúde. A territorialização da atenção e o vínculo da equipe multidisciplinar de saúde com uma população adscrita (em especial através da figura do agente comunitário, que estabelece contato relativamente estreito com a população através de visitas domiciliares regulares), podem propiciar o desenvolvimento do senso de responsabilidade da equipe de saúde para com a saúde da população adscrita, assim como estabelecem um contato mais estreito com os determinantes psico-sociais da condição de saúde

[26] Essa é a definição constante no Informe da Conferência Internacional sobre Atenção Primária à Saúde realizada em Alma-Ata em 1978, que todos reconhecem como marco instituinte da perspectiva da atenção primária à saúde. A conferência de Alma-Ata culminou o debate sobre alternativas viáveis para a extensão dos cuidados à saúde para todos que a Organização Mundial da Saúde (OMS) e o Fundo das Nações Unidas para a Infância (UNICEF) estimularam na década de setenta.

desta população em geral e de cada um dos seus indivíduos em particular. Estes fatores, também tendencialmente, conduzem à percepção de necessidade e, muitas vezes, à tentativa do enfrentamento das condições sociais adversas por parte da equipe de saúde em conjunto com a população local. A estrutura do PSF tornaria, portanto, mais fácil e, de certo modo, até mesmo imperativa, a incorporação de práticas educativas junto à comunidade, assim como o reconhecimento da necessidade de participação ativa dessa mesma população no processo de recuperação ou melhoria de suas condições de saúde. Alguns conceitos básicos da promoção de saúde, como a ampliação das capacidades individuais e coletivas, a intersetorialidade, a equidade, uma visão ampla de saúde etc., estariam *in nuce* nessas práticas e, portanto, no próprio modelo de atenção básica adotado no programa de saúde da família.

Identificamos, no entanto, que o desenho programático das ações do PSF delimita um campo de atuação bem mais restrito. O programa de ações atual do PSF concentra-se em:

1 - Foco em condições biológicas especiais ou de maior risco:

- Gestação
- Infância – até dois anos
- Sexo feminino – (para prevenção de câncer ginecológico)

2 - Foco em patologias específicas:

- Hipertensão e Diabetes
- Tuberculose e Hanseníase[27]

O desenho das ações programadas para as equipes de saúde da família tem, de fato, um caráter terapêutico-preventivista, com forte acento na resposta à demanda por consultas clínicas por parte da população.

Identificamos aí, portanto, uma ambigüidade teórica e prática que constitui uma das motivações dos motivos das formulações hipotéticas acerca da relação entre o PSF e a promoção da saúde anteriormente apresentadas.

---

[27] Esse programa mínimo de ações para o PSF está cristalizado na Norma Operacional da Assistência à Saúde (NOAS – 2001/2002)

2. PROTOCOLO DE TRABALHO DE CAMPO

2.1. MÉTODOS DE COLETA DE DADOS

Entrevistas

As entrevistas serão conduzidas de forma espontânea, o que permitirá que o respondente seja indagado tanto sobre os fatos quanto sobre a sua opinião a respeito dos mesmos. Dessa forma, o entrevistado passa da categoria de respondente para a de informante-chave. Isto é fundamental para o sucesso de um estudo de caso, porque essas pessoas não apenas fornecem percepções e interpretações de um evento ao pesquisador, como também podem sugerir fontes nas quais pode-se buscar informações.

A entrevista será do tipo “centrada”, na qual o entrevistado pode descrever livremente sua experiência pessoal a respeito do assunto investigado. Os roteiros de entrevista incorporados ao modelo de relatório de pesquisa de campo (ver item C) apresentam as questões ordenadas por categorias. Trata-se de indagações que o pesquisador deve ser capaz de responder após as entrevistas.

Serão entrevistados membros da ESF e pessoas que, direta ou indiretamente, se relacionam com a experiência em questão: gestores, coordenadores de PSF, representantes de outros setores públicos, instituições, associações e conselhos envolvidos, indivíduos do público-alvo participantes e não participantes do programa, usuários do PSF em geral.

A escolha dos entrevistados será feita de forma não aleatória e o número de usuários e membros da comunidade em geral a serem entrevistadas será definido no campo, utilizando-se, como critério, a saturação do discurso.

Observação Participante

A observação participante será utilizada como técnica auxiliar de coleta de dados. Neste caso o observador terá um papel formal, revelado. Essa técnica pode ser definida como um processo no qual a presença do observador, em uma situação social, é mantida para fins de investigação científica, focalizando o comportamento e as relações em situações determinadas.

Análise de documentos relativos às atividades do programa

A coleta de informações em documentos tem um caráter complementar às duas estratégias metodológicas anteriores. Serão colhidas informações relativas às

atividades do projeto em todas as suas fases: elaboração, execução, divulgação e avaliação.

2.2. ROTEIRO GERAL DE VISITA

Antes da viagem

Os contatos iniciais serão feitos através de telefonema e envio de carta de apresentação institucional, para a Secretaria Municipal de Saúde (SMS), expondo os objetivos do projeto.

Serão solicitados os telefones dos responsáveis pela(s) ESF(s) e / ou projeto em questão, bem como o consentimento para a realização da pesquisa.

A partir disso, será feito o contato com a(s) ESF(s) e agendamento da observação participante e das entrevistas com membros da ESF.

No local

Ao chegar à cidade o entrevistador, procurará o gerente ou outro representante institucional da UBS ou do projeto em questão, ao qual se identificará. Somente então o entrevistador poderá iniciar a observação participante, intercalada com as entrevistas previamente agendadas, e com aquelas a serem realizadas com os demais atores envolvidos.

Categorias de Investigação

Objetivando atingir os resultados previstos, as categorias de investigação para a pesquisa se dividem em duas áreas:

- Categorias de Sustentabilidade;
- Categorias de Conteúdo.

Essas categorias, como expostas a seguir no modelo de relatório de pesquisa de campo, compõem o roteiro geral das entrevistas e os critérios de observação.

2.3. MODELO DE RELATÓRIO DE PESQUISA DE CAMPO

Título:

Data da visita:

A. Primeiras impressões

Impressões iniciais do pesquisador, e.g. como o pesquisador foi recebido, o acesso às equipes e aos demais atores etc. Descrição geral do ambiente onde se desenvolveu a experiência: como é a cidade, a sociedade, o sistema de saúde e demais aspectos relevantes do contexto.

B. Descrição do PSF

Descrever o PSF no município, procurando explicitar suas características a partir dos itens seguintes, que devem ser analisados levando em conta sua evolução temporal.

B.1. Antecedentes de Atenção Básica .

B.2. Ano de implantação do PSF.

B.3. Orientação política-ideológica da Prefeitura Municipal.

B.4. Cobertura municipal de PSF

B.5. Tamanho da população adscrita à ESF em foco

B.6. Processo de trabalho da ESF

Composição da ESF e carga horária dos membros da ESF

Divisão de tarefas na equipe

Mecanismos de tomada de decisão

Fluxo de informação dentro da ESF.

Agendamento das atividades

B.7. Intersetorialidade[28]

B.8. Descrição da UBS

B.9. Relação do PSF com o restante da rede municipal de saúde

Caráter substitutivo ou complementar

Relações de referência e contra-referência

B.10. Descrição sucinta da comunidade atendida pela(s) ESF(s) envolvidas na experiência.

Nível de organização

Perfil socioeconômico

Outras características que o pesquisador julgar relevantes

C. Descrição da Experiência

Descrever a experiência, procurando explicitar suas características a partir dos itens seguintes, que devem ser analisados levando em conta sua evolução temporal.

C.1. Antecedentes

Descrever os eventuais antecedentes do projeto pesquisado.

Descrever o contexto histórico da implantação do projeto em foco.

---

[28] Ver definição no item E.3, abaixo.

Identificar a existência anterior ou concomitante de outros programas sociais e redes de atuação social, bem como os atores envolvidos, no mesmo território geopolítico.

C.2. Motivação

Identificar os atores protagonistas, descrevendo sua formação acadêmica e social e suas funções profissionais.

Identificar as instâncias institucionais envolvidas na experiência, e as respectivas atribuições formais destas instituições.

Descrever a motivação inicial dos protagonistas e sua evolução.

C.3. Contexto social e político

Descrever o ambiente social e político atual no qual se insere o projeto. Identificar e descrever as redes sociais e instituições que interagem com projeto.

Descrever a penetração do programa e seu impacto no espaço geopolítico em que está inserido, avaliando as mudanças na interação social neste ambiente que daí advieram.

C.4. Desenvolvimento

Descrever o processo de implantação da experiência, focalizando o grau e o caráter de participação dos diversos atores envolvidos.

Descrever as atividades realizadas pela experiência, detalhando freqüência e duração das atividades, público alvo e profissionais envolvidos.

Identificar as principais dificuldades e facilidades na implementação dos projetos.

Verificar as modificações ocorridas na rotina das ESFs envolvidas e no relacionamento intra e extra equipe, resultantes da implantação do projeto. Avaliar a forma como os profissionais das unidades de saúde, envolvidos ou não, interagiram com essas mudanças.

D. Categorias de Sustentabilidade

D.1. Institucionalização/formalização

Descrever o grau de formalização da experiência no setor saúde e no PSF, identificando os instrumentos desta formalização.

Identificar os mecanismos de gestão: planejamento, coordenação, controle e avaliação do programa.

Descrever os instrumentos e o grau de institucionalização do programa para além da equipe de saúde da família, em especial sua aprovação ou incorporação em instâncias institucionais, nos diversos níveis federativos, que indiquem transcendência em relação ao grupo político que governa o município e ou demais órgãos patrocinadores.

Avaliar o grau de responsabilização do setor público municipal (gestores, prefeitura etc) com relação ao programa.

D.2. Intersetorialidade

Identificar a existência de ação conjunta com outros setores de atuação pública.

Descrever estas práticas relatando os setores e as instituições envolvidas.

Descrever as formas e procedimentos de construção das parcerias envolvidas.

D.3. Participação e envolvimento da comunidade

Descrever o caráter da participação comunitária no projeto, tanto em suas instâncias de formulação quanto de execução e avaliação.

D.4. Visibilidade

Analisar o conhecimento do programa e sua valorização pela população em geral e grupos-alvo. Descrever a abrangência do programa em relação à população-alvo na área de abrangência da(s) equipe(s) envolvida(s).

Descrever a repercussão da iniciativa na visão dos usuários participantes e da comunidade em geral.

Identificar se houve repercussão significativa para o próprio PSF. Descrevê-la.

D.5. Capacitação

Identificar os procedimentos de capacitação adotados pelo programa, quem são os capacitadores e o público-alvo.

Avaliar o seu alcance, sistematicidade e descrever o seu conteúdo.

D.6. Avaliação

Identificar a existência de processos de avaliação.

Descrever os processos e os indicadores de avaliação utilizados.

D.7. Reflexão sobre a Prática e Conteúdo Teórico

Pesquisar a existência de formulação teórica na origem e desenvolvimento do programa.

Identificar a justificativa que os diversos atores apresentam para a existência do programa em questão.

Identificar eventuais interações dos atores envolvidos com instituições formadoras e de pesquisa, como universidades, que possam influenciar tanto o discurso e o arcabouço ideológico do grupo quanto às diversas dimensões da gestão do projeto.

Identificar e descrever a concepção de saúde e de atuação no campo da saúde que emerge da prática em questão.

Descrever e avaliar as diferenças nessas concepções entre os diversos atores do projeto em questão e do PSF como um todo.

D.8. Sustentabilidade financeira

Identificar a existência de financiamento oficial específico para o projeto, descrever sua fonte e grau de institucionalização.

Identificar se o projeto desenvolve atividades alternativas para a captação de recursos. Descrever quais.

Identificar se o projeto recebe doações. De quais fontes?

Identificar quem se responsabiliza pelos gastos do projeto.

Descrever como é efetuado o custeio do projeto.

D.9. Processo de comunicação

Identificar a existência e descrever os mecanismos formais e informais de comunicação do programa e do PSF como um todo.

Avaliar seu alcance e efetividade.

D.10. Prestação de contas

Identificar a existência de instâncias às quais os agentes responsáveis pelo projeto têm obrigação de se reportarem, apresentando os resultados. Descrever os mecanismos utilizados para a prestação de contas do programa quanto a processos, resultados e finanças, detalhando os atores que demandam informações, a periodicidade e os meios utilizados.

E. Categorias de Conteúdo

Nesse ponto, a pesquisa busca descrever e avaliar o conteúdo de promoção da saúde efetivado em cada uma das experiências estudadas, em suas diversas dimensões. A pesquisa pretende também reconhecer e revelar as concepções e reflexões que cada ator faz sobre a prática, no tocante às diversas categorias da promoção.

Pretende-se descrever e avaliar também, sob o prisma das categorias da promoção, a atuação geral do PSF, e não apenas a experiência selecionada. Em cada projeto a atenção do pesquisador estará voltada predominantemente para seu enfoque específico, sem, no entanto, deixar de avaliar se ele ocorre ou não dentro de uma cultura de promoção.

Assume-se, como exposto no marco conceitual, a autonomia como categoria norteadora e conteúdo central da promoção da saúde que perpassa todos os processos, todas as categorias práticas pelas quais ela se realiza.

Dentro do escopo de atuação do setor saúde, entende-se como autonomizadora toda intervenção que amplie a capacidade das pessoas de agirem sobre os determinantes de sua saúde.

Como anteriormente exposto, a existência dos indivíduos apenas ocorre e pode ocorrer em sua interação, isto é, através de grupos, compondo coletivos humanos e, por fim, dentro do coletivo geral que constitui a sociedade em que vivem. Portanto, o desenvolvimento da autonomia e dos instrumentos para tal apenas pode ocorrer através da comunidade. Parece claro, portanto, que aqueles mecanismos e instrumentos que ampliem capacidades de intervenção coletiva terão mais sucesso na ampliação da autonomia do que aqueles que apenas sejam focalizados no indivíduo.

A promoção da saúde na atenção básica é determinada, portanto, pelo que aí se realiza no sentido da ampliação da autonomia individual e coletiva. As categorias abaixo servem como norteadoras para a avaliação desse conteúdo.

E.1. Acesso a bens e serviços

O acesso a bens materiais e intangíveis é condição primordial para o desenvolvimento de capacidades e ampliação das possibilidades de realização.

Deve-se, portanto, avaliar se o projeto em foco empenhou esforços no sentido de ampliar a base de sustentação econômica da comunidade, com resultante elevação dos níveis de renda e consumo.

Avaliar se o projeto em questão atua em prol da melhoria das condições de trabalho da população local.

Além disso, deve-se avaliar se o projeto facilita o acesso a serviços públicos que possam ampliar sua autonomia, sejam ou não do setor saúde.

E.2. Equidade

A equidade é entendida aqui no sentido amplo de equidade social, tendo como norte a ampliação das capacidades e possibilidades de escolha a partir dos extratos de base da sociedade e a dignificação de grupos excluídos.

Deve-se avaliar se o projeto foi desenhado para atingir grupos sociais específicos, submetidos a condições de maior vulnerabilidade.

Avaliar se o projeto busca a inclusão de grupos socialmente excluídos (exclusão econômica, moral, étnica ou de outra forma), ainda que não tenha sido esse o seu foco original.

Avaliar se a equidade social é parte da visão do projeto e se ele atua na busca de ampliação de acesso a bens e serviços com este sentido.

E.3. Intersetorialidade

Refere-se a iniciativas que contam com a interação de dois ou mais órgãos pertencentes a setores sociais ou econômicos diferentes, no interior do Estado, ou com entidades da sociedade civil que executam ações tipificáveis como características de determinado setor de atuação pública. Tal interação pode se dar num contínuo que vai da ação articulada e a coordenação das respectivas estruturas, até o que se denomina gestão transversal, passando por gradações entre esses dois pólos.

A mera cessão de bens ou estruturas como espaço físico, ou o simples financiamento, ou qualquer outra participação de órgãos públicos ou ONGs que não seja relacionada ao planejamento, coordenação, avaliação ou execução direta das atividades do projeto não será, portanto, considerada como atividade intersetorial.

Deve-se, pois, identificar a existência de ação ou gestão conjunta, formal ou informal, com outros setores de atuação pública.

Avaliar a participação destas práticas no escopo e desenvolvimento do projeto.

E.4. Cuidado Integral

Trata-se da integralidade vista como abordagem holística no cuidado individual e nas atividades coletivas.

A clínica e os grupos operativos na atenção básica quase sempre se dão sobre momentos e condições com conteúdo e intensidade emocionais e conseqüências sociais especiais. Condições como a gravidez, o nascimento, a doença e a morte requerem e merecem uma abordagem cuidadosa da dimensão psíquica e social dos envolvidos.

A clínica certamente não é o lócus preferencial da promoção da saúde, mas todas as formas de cuidado que incorporam a dimensão psíquica e social dos usuários e desenvolvem-se com respeito a estas dimensões representam um passo de reconhecimento da integralidade dos indivíduos e, portanto, podem ter impacto positivo em sua capacidade de atuar com autonomia na vida.

Respeito à diversidade de concepções e comportamentos, atenção às necessidades específicas dos diversos grupos de usuários, abordagem das interações sociais e da vida emocional dos usuários na clínica e demais atividades da atenção básica são subcategorias ou indicadores desta categoria e devem ser avaliados prioritariamente pela observação e inquirindo-se aos usuários.

Nesse sentido, importa avaliar se:

- nos grupos operativos e nas consultas há preocupação em abordar os usuários como seres humanos integrais, com aspectos sociais e psicológicos a serem enfrentados, e em que grau;
- esses momentos se constituem em espaços de troca de saberes e apoio mútuo.
- os diversos profissionais da equipe têm sido capacitados neste sentido;
- a própria equipe desenvolve atividades de reflexão e autocuidado psíquico;
- há uma preocupação em humanizar o ambiente e o processo do PSF e do projeto.

Deve-se avaliar ainda se ocorre, na clínica ou em atividades coletivas, incentivo à mudança de estilo de vida e desenvolvimento de comportamentos saudáveis.

Avaliar em que medida essas ações se desenvolvem na perspectiva do autocuidado e auto-afirmação dos indivíduos e dos grupos sociais envolvidos, ou, pelo contrário, se criam constrangimentos à livre escolha dos indivíduos, fomentam

preconceitos, geram situações de barganha por bens e serviços (e.g. atrelar participação em grupos à prescrição de medicamentos), entre outras situações que reduzem a autonomia.

E.5. *Educação em saúde*

A ampliação do conhecimento sobre os determinantes da saúde é condição e meio fundamental para a ampliação da capacidade dos indivíduos e coletivos humanos de atuarem sobre os determinantes da própria saúde.

No nível da atenção básica a informação para a saúde pode ser transmitida no momento do cuidado e em momentos específicos de educação. Deve-se avaliar ambas as possibilidades.

No que toca a esta categoria a simples transmissão de informações é o nível mais básico na escala de autonomia. O protagonismo dos educandos e a troca de saberes caracterizam um estágio mais elevado, que recebe o nome de educação popular em saúde.

Deve-se identificar em que nível as atividades educativas desenvolvidas no projeto se encontram.

Avaliar se as informações trazidas pela equipe de saúde são veiculadas respeitando-se a cultura e as tradições locais e se se explicita o tipo e o nível de evidências de benefício para a saúde e/ou para a prevenção de doenças em que elas são baseadas. Avaliar, portando, se as práticas e hábitos locais são respeitados e se se busca restringir as intervenções normativas dentro de critérios básicos de certeza e responsabilidade.

Avaliar se os temas abordados nas atividades educativas são escolhidos com a participação dos educandos.

Avaliar se nas práticas educativas os atores populares são ouvidos e suas experiências respeitadas.

Avaliar se os educandos se tornam educadores, multiplicadores ou assumem, de outra forma, protagonismo no processo educativo.

Avaliar se há capacitação e incentivo ao autocuidado.

E.6. *Participação popular deliberativa*

Podemos ver como momento de manifestação da autonomia a existência de espaços onde as questões relativas à comunidade sejam discutidas abertamente, ressignificadas a partir das necessidades dos indivíduos dela integrantes e que sejam implementadas as decisões aí tomadas.

Deve-se avaliar se o projeto incorpora formas colegiadas de gestão.

Descrever a composição do ‘conselho’.

Avaliar o nível da participação popular na gestão do projeto. Esse item pode ser avaliado por parâmetros quantitativos, como número de pessoas presentes normalmente às reuniões, freqüência de realização das mesmas, tempo de existência do órgão. Também pode ser avaliado em maior profundidade, através da análise da importância política efetiva do órgão nas questões relativas à comunidade. Como são escolhidos os membros do ‘conselho’? Há capacitação? Os membros da comunidade em geral conhecem as resoluções do ‘conselho’? Elas foram implementadas? Ser ‘conselheiro’ é uma atividade de prestígio?

E.7. Atuação coletiva para o desenvolvimento de condições de vida saudáveis.

A atuação da comunidade na conquista de bens e serviços que ampliem a sua qualidade de vida tem impacto direto sobre a sua saúde e é também manifestação clara de ampliação de sua autonomia.

Deve-se identificar a existência dessas atividades em conjunção com o projeto.

Avaliar em que medida o projeto fomenta estas atividades.

Avaliar se o projeto desenvolve atividades de capacitação de membros da comunidade para tal.

E.8. Redes sociais de proteção e cuidado recíproco

Outra expressão de ampliação da autonomia de uma população é a presença e o desenvolvimento de redes de proteção e cuidado recíproco na comunidade.

Deve-se avaliar se ocorre a implantação e desenvolvimento de iniciativas nesse sentido em conjunção com o projeto.

Avaliar se o projeto desenvolve atividades de capacitação de membros da comunidade para tal.

Avaliar se o projeto promove a implantação e desenvolvimento de mecanismos de interação entre as diversas iniciativas neste sentido no território em questão.

II. RELATÓRIOS DOS ESTUDOS DE CAMPO

Índice

1.1. Conselho local de saúde: Ampliando ações na comunidade - Blumenau - SC 37
1.2. Cuidando da Saúde da Família Guarani - Viamão, RS 57
1.3. Conquistando o Futuro - Pedreira - SP 82
1.4. Promoção à saúde e educação: planejamento participativo em território de programa de saúde da família - Montes Claros - MG 123
1.5. PMEPS – Proposta Municipal de Educação Popular em Saúde. Recife - PE 142
Objetos de observação participante 142
Documentos analisados 142
1.6. Comissões de prevenção de maus-tratos à criança e ao adolescente no PSF. e Rezas, raízes e soro – Maranguape - CE..... 175
1.7. Relato de uma experiência de gênero com travestis na atenção básica à saúde e resgate da cidadania - GATASS..... 192
1.8. Spa comunitário: uma experiência de re-educação alimentar e física no PSF de Santa Cruz – RN 218
1.9. Projeto de desenvolvimento infantil de Santana do Aurá – comunidade de catadores de lixo próxima ao aterro sanitário de Belém, Pará. 245
1.10. Projeto Alfabetizante com Amor – Itambé – PE 273
1.11. Gestão Ambiental Integrada – GEMA – Niterói - RJ 284
1.12. O Programa de Saúde da Família no Distrito Sanitário de Mosqueiro. Belém, Pará. 300

1. Conselho local de saúde: Ampliando ações na comunidade - Blumenau-SC

Datas das visitas:

Primeira visita: 10/6/2005 a 14/06/2005

Segunda visita: 06/9/2005 a 09/09/2005

Pessoas entrevistadas:

1 Médico atual da Equipe de PSF "Arthur Riedel";

1 Enfermeira atual da Equipe de PSF "Arthur Riedel";

1 Auxiliar de Enfermagem da Equipe de PSF "Arthur Riedel";

3 Agentes Comunitárias Equipe de PSF "Arthur Riedel";

1 Presidente do Conselho Local "Arthur Riedel";

3 Conselheiros de Saúde do Conselho Local "Arthur Riedel", representantes dos usuários;

2 Usuárias do Centro de Saúde "Arthur Riedel";

1 Gerente de Unidades de PSF;

1 Coordenador Municipal do PSF;

1 Funcionária da SMS-Blumenau, coordenadora do Projeto "Garcia Saudável".

Observações participantes realizadas:

Reunião ordinária mensal do Conselho Local "Arthur Riedel";

Reunião de grupo de trabalho do Projeto "Garcia Saudável";

Grupo Operativo de recém-nascidos.

Documentos analisados:

Todas as atas de reuniões pré-conferências (1999-2000) e do Conselho Local Instalado (2000-2005);

Regimento Interno do Conselho Local de Saúde;

Lista com nome dos conselheiros e entidades a eles relacionadas;

A. Impressões preliminares

Blumenau é uma cidade de colonização alemã, fundada no século 19 e situada na região nordeste do estado de Santa Catarina. Atualmente, a cidade possui cerca de 270.000 habitantes. A atividade econômica do município gira em torno da

indústria têxtil e de cristais, bem como do turismo - principalmente no mês de outubro, quando ocorre a famosa Oktoberfest.

A cidade possui sete bairros apenas. Alguns desses bairros, entretanto, possuem mais habitantes que a maioria dos municípios do estado. A experiência, que se constitui no objeto de estudo deste relatório, foi levada a cabo no bairro do Garcia, que possui 65.000 habitantes (mais, portanto, do que 80% dos municípios de Santa Catarina).

O bairro do Garcia é um dos bairros mais antigos do município e, ao contrário de alguns bairros típicos - inteiramente colonizados por alemães que ainda mantém os costumes e a língua -, a sua colonização se deu a partir de movimentos migratórios intermunicipais, notadamente após as enchentes do início da década de 80. Nesse bairro se encontram antigos pólos industriais, como as indústrias GARCIA e ARTEX, que foi comprada mais recentemente pela COTEMINAS.

O bairro do Garcia é, segundo alguns entrevistados, diferenciado em relação aos demais, no que diz respeito aos movimentos sociais - fenômeno devido, em parte, ao movimento sindical presente nos tempos da ARTEX.

"O bairro do Garcia foi o primeiro bairro a ser estruturado no município de Blumenau, por causa das indústrias ARTEX e Garcia, que eram dois pólos industriais muito grandes que tinha aqui em Blumenau. (...) Por residir na região do Garcia, eu quis entender um pouco dos movimentos sociais daquela região. Bem no momento em que eu estava encerrando o curso, no período de estágio, era um período no qual a empresa ARTEX passou por grandes dificuldades, a demitir em massa, e começou, no ambulatório Geraldo Garcia, a ter um aumento louco de usuários no atendimento de saúde. Porque até então, na ARTEX, tinham os sindicatos. E aquela população era mobilizada, até mesmo por causa do vínculo com o sindicato têxtil, então eles saíram da empresa, perderam o vínculo com o sindicato, e muitos tinham característica de liderança naquele local. E nisso já tinha saído a resolução dos conselhos locais e regionais de saúde." (Gerente de Unidade e Assistente Social).

> "Até me surpreende, comparando com outras regiões da cidade, pois eles são organizados, eles sabem coordenar e fazer a ata de reunião, as pessoas participam e elas estão em todos os momentos, em todos os lugares, elas se mobilizam, e isso mesmo não tendo o grau de instrução muito avançado, se preocupam de ir na casa dos outros para saber o que está acontecendo, eles são um referencial, até mesmo dentro do município (...). Na maioria dos lugares onde vamos, vemos que os conselhos não são paritários... 60% de participação de pessoas ligadas ao poder público, e duas ou três

> pessoas da comunidade, que não chega nem a 10%. E ali a pirâmide é ao contrário, muito interessante. E não é só o Arthur Riedel, toda aquela região do bairro onde está localizado o centro é assim. E nos outros PSF, as pessoas brigam entre si, mas elas não seguem a pauta de reunião. Ali não, eles problematizam a situação, e eles mesmos têm outro nível de consciência, uma consciência crítica mesmo, por que eles vão atrás da meta"... (Gerente de Unidade e Assistente Social).

A região do bairro Garcia que se encontra adscrita ao Centro de Saúde "Arthur Riedel" é praticamente uma zona rural: há uma rua um pouco mais movimentada, na qual se encontra o Centro de Saúde, algumas mercearias, lojas comerciais e uma escola municipal. As ruas que a cortam, contudo, são preenchidas por casas cada vez mais espaçadas, semelhantes a sítios, e terrenos vazios. A região é bonita: há muito verde, a maioria das casas é bem construída e pintada em cores vivas, e muitas têm mais de um andar. Uma leve neblina cobria toda a região em uma tarde do mês de setembro, quando o pesquisador percorreu a pé boa parte da área para entrevistar alguns usuários. Algumas vacas pastavam calmamente, circundadas por cercas de arames farpados, há alguns metros do centro de saúde.

As pessoas da área aparentam um certa frieza ao primeiro contato, mas se revelam sempre muito atenciosas. Muitas das pessoas entrevistadas possuíam algum vínculo com entidades locais, como o Clube de Mães ou o próprio Conselho Local, ou usufruíam de alguma benesse conquistada pela comunidade, como as aulas de atividade física ou o espaço de danças, idealizado por uma entrevistada. Durante uma entrevista, ao constatar que as pilhas de seu gravador haviam acabado, o pesquisador ouve do entrevistado - um membro do conselho local - a seguinte pergunta: - "O que você vai fazer com essas pilhas que acabaram?" Ao responder que elas seriam jogadas fora, recebeu o seguinte pedido: - "Deixe que eu jogo elas fora... elas devem ser recicladas, nós reciclamos as pilhas aqui..."

Os membros da equipe estudada também foram sempre atenciosos, apesar da aparente frieza também ao primeiro contato.

B. Descrição do PSF

B.1. Antecedentes de Atenção Básica .

A Unidade de Saúde de Família "Arthur Riedel" foi inaugurada em maio de 2000, com o objetivo de abranger uma área recém-desmembrada de outra unidade (Silvana Witte). De todos os profissionais que atuam na única equipe dessa unidade, apenas um (um auxiliar de enfermagem) é remanescente da equipe originalmente formada naquele ano. Em setembro de 2004, o médico e a enfermeira da equipe

solicitaram transferência para outra área após constatarem que seria inviável e manter a qualidade do trabalho após o rápido crescimento populacional da sua área.

> "Eles decidiram que em 2003/2004, (...) final do ano de 2003 e começo de 2004, janeiro de 2004, eles iam inaugurar vários prédios numa habitação popular na área do Silvana Witte, ali é uma área se não me engano para 200 famílias uma coisa assim. Essas 200 famílias que dá perto de 500 pessoas elas iam ficar na área do Silvana Witte, portanto o mesmo número de pessoas e famílias teria que ser aborcado pela gente, é o pessoal do Canto do Arco Íris ia ter pegar 500 famílias, 500 pessoas do Silvana White assim de uma hora para outra. Ter que criar uma nova micro área, redividir as nossas (...). Então, a gente (...) achou que não dava. Do jeito que está, está difícil planejar e se programar e dar conta da cobertura (...). A gente tinha tudo estratificado: os hipertensos, os diabéticos, quantos por cento tinham sido consultados e feitos os exames de rotina do último ano, agente tinha tudo controlado, assim, uma série de coisas, vacinação de idoso, tudo, a gente não estava conseguindo mais dar conta daquilo, a gente não estava conseguindo organizar aquilo..." (Ex-Médico da equipe de SF).

B.2. Processo de Trabalho:

A equipe trabalha buscando conciliar as atividades de atendimento com as de prevenção, ainda que se sinta sobrecarregada devido ao número de pessoas em sua área de abrangência. São realizados grupos operativos de gestantes, de puericultura e um grupo especial, denominado "Grupo de Saúde", do qual participam pessoas de todas as idades. O pesquisador efetuou uma observação participante em um grupo operativo de puericultura, e outra em reunião mensal do Conselho Local de Saúde. Nesse último evento, a equipe externou a dificuldade de lidar com a demanda espontânea de pacientes com Hipertensão Arterial e Diabetes - e, ao mesmo tempo, atividades de educação em saúde sobre o assunto. Por esse motivo, eles apresentaram ao conselho uma proposta de atendimento semanal em micro-áreas diferentes, em uma tentativa de programar as ações educativas e a mensuraração da Hipertensão Arterial.

C. Descrição do Projeto

C.1. História

O conselho local de saúde da unidade de PSF "Arthur Riedel" é o segundo conselho mais antigo do município. Essa unidade é uma das sete presentes no bairro do Garcia, e surgiu a partir do desmembramento com a unidade Silvana Witte, tendo sido inaugurada em maio de 2000.

C.1.1. Antecedentes

O ano de 2000 assistiu, em Blumenau, a uma Conferência Municipal de Saúde, cujo principal tema era "Controle Social". Por volta dessa época, já havia um conselho municipal de saúde montado em Blumenau, mas não havia conselhos locais nem regionais (cada bairro em Blumenau possui um conselho regional, que atua como intermediário entre os conselhos locais e o conselho municipal).

A preparação para a mencionada conferência teve um papel significativo na criação dos conselhos regionais e locais em todo o município, na medida em que mobilizou atores e fortaleceu o conselho municipal de saúde.

> "Até o presidente desse conselho era sindicalista, o presidente daquele momento, e naquela época ele já era presidente do centro de sindicatos de Blumenau, ele já tinha uma visão mais aflorada sobre a questão da participação popular. E também porque Blumenau estava muito comprometida com o percentual de usuários no conselho, não era porque era algo bonito... só que pai da criança, mesmo, foi se tendo aos poucos... primeiro foi o conselho, depois os funcionários do serviço social, depois a população começou a participar, depois os enfermeiros, os médicos começaram a se envolver"... (Gerente de Unidade e Assistente Social).

C.2. Motivação

Observa-se que a motivação para a formação dos conselhos locais - e, particularmente, do conselho local do Arthur Riedel - originou-se de vários atores, mas sempre tendo, como pano de fundo, a preparação para a conferência municipal de saúde.

O médico da equipe de saúde da família à época do surgimento do conselho relata que, juntamente com a enfermeira da equipe, aproveitaram as suas experiências anteriores com conselhos de saúde, assim como alguns conhecimentos de planejamento estratégico, sobretudo por parte da enfermeira, e começaram a lutar pela implantação do conselho. Eles começaram a usar as reuniões pré-conferência na comunidade para divulgar a idéia do conselho e de princípios fundamentais de controle social. Os moradores da comunidade aprovaram a idéia e começaram a se mobilizar para eleger delegados para participar da conferência municipal.

> "Quando a unidade realmente se inaugurou, que foi em junho, nós já estávamos fazendo pré-conferências e a conferência municipal iria ser não sei se em novembro, setembro eu não me lembro bem certo do mês, foi logo em seguida, primeiro teve uma conferência regional no bairro (...), então juntou todas as unidades do bairro (...) para depois ter a conferência municipal (...), então as pessoas estavam muito participativas, era muito legal, eu ia lá chamava as pessoas, um vizinho falava com o outro, e quando você via todo mundo estava lá, e esse momento foi muito importante, porque ajudou bastante nas primeiras reuniões. Depois, oficialmente a gente começou a fazer as reuniões primeiro e a escrever as atas depois, então nós tivemos uma ou duas reuniões em que a gente não

> escreveu ata, a gente até tem aqueles relatórios do que foi a pré-conferência que chamavam aquelas reuniões" (Ex-médico da Equipe de PSF Arthur Riedel).

Por outro lado, segundo um membro do conselho municipal de saúde que lá se encontra desde o começo, pessoas que participavam do conselho municipal de saúde, e que eram do Garcia, também trouxeram para a comunidade a importância de se criar um conselho local, uma vez que

> ..."a gente discutia questões muito centralizadas, então achamos necessário puxar isso para a comunidade" (Presidente do Conselho Local Arthur Riedel).

Segundo esse relato, a comunidade começou a participar, embora essa participação se concentrasse nas lideranças locais, como os presidentes de associações de moradores.

Uma entrevistada, moradora da área de abrangência e membro do Conselho Local, atribui à saída do médico e da enfermeira a diminuição da participação das pessoas no conselho:

> "Essa participação foi uma novidade quando começou. Foi uma idéia do (...) (médico), quando ele falou pra gente, eu não conhecia. A gente se integrou nesse grupo, e ele é um exemplo, um profissional na área da saúde, ele não ficava preso a ali dentro (...). Com certeza, ele atraía muita gente. Ele era muito criativo ele tinha uma vantagem de querer sempre mais benfeitoria para a comunidade, a (...) (enfermeira) também. Era uma equipe ali, e daquela equipe hoje só está o (...) (Auxiliar de Enfermagem). Que também é uma pessoa muito boa, está segurando bem ali. Ele está segurando a reunião do grupo de hipertensos. Ele é o que sobrou da primeira equipe.

C.3. Contexto social e político

A criação dos Conselhos Locais de Saúde em Blumenau se deu durante duas gestões do Partido dos Trabalhadores, que saiu do poder na última eleição.

Segundo vários entrevistados, o atual governo municipal não dá a devida importância ao controle social. Apesar de respeitar os dispositivos e instituições presentes, sente-se que o peso dos conselhos locais e do conselho municipal nas decisões da secretaria está menor do que na administração municipal anterior. Um fato ilustrativo dessa percepção é o Programa "Garcia Saudável", que pretende melhorar a assistência à saúde do bairro sob a forma de projeto-piloto passível de extensão a outras localidades. Apesar de um dos motivos da escolha do bairro ter sido a histórica mobilização local, o projeto foi concebido sem a participação da comunidade, o que gerou controvérsias no Conselho Regional. Uma votação interna, entre funcionários da Secretaria Municipal de Saúde, decidiu - por um placar de 11 a 3 - a favor dessa participação, que mesmo assim foi negada.

> "Hoje, por causa da mudança política, teve uma conversa, é até uns boatos que a gente escuta por aí. Mas, teve uma história de que o secretário municipal atual foi conversar com o secretário do governo anterior e que em uma das conversas surgiu assim: "Se você acha que o povo é quem deve falar, então coloque o povo lá dentro da secretaria" deixa o conselho municipal montar sua estrutura, se teve uma eleição, tem secretário e o povo votou em mim, eu tenho que mandar, o povo não sabe o quê o povo quer, o povo vai querer colocar medico dentro da casa de todo mundo, isso não é bom, o povo vai querer que o boteco se transforme em posto de saúde, então o povo não sabe o que é bom para o povo, eu é quem sei porque estudei, sou médico, sou formado, dizem que rolou uma conversa dessas entre o secretario que estava saindo e o secretário que estava entrando. Não tem como te dizer o que é verdade e o que é mentira. Mas, o que a gente vê, é que o Conselho Municipal de Saúde perdeu muita força que tinha, na época anterior também, o secretário de saúde usou uma manobra do PT, uma manobra muito interessante, ele fez com que o presidente do conselho municipal de saúde, nos últimos três ou quatro anos fosse um cargo comissionado dentro da secretaria da saúde, então ele fez com que se perdesse muito da moral, ele não podia brigar, xingar, reclamar disso ou daquilo porque ele estava lá dentro. Como ele colocou debaixo das asas o presidente do conselho Municipal de Saúde"... (Ex-médico da equipe de PSF do Arthur Riedel).
>
> "Agora está bem difícil, nosso conselho municipal de saúde figura como um fantoche quase, agora, perdeu tudo que tinha, não tem voz para nada" (Ex-médico da equipe de PSF do Arthur Riedel).

C.4. Desenvolvimento

Trata-se de um conselho local vinculado à unidade de PSF "Arthur Riedel", existente desde novembro do ano 2000 e fundado a partir da postura ativa, tanto da equipe de saúde, como dos moradores locais. Muitos dos membros do conselho já possuíam experiência de controle social, uma vez que participaram também do Conselho Municipal de Saúde e de processos de capacitação conduzidos pelo Ministério da Saúde. Por esse motivo, o conselho tenta trabalhar a partir de uma perspectiva ampliada de saúde, discutindo os problemas da comunidade e evitando "apedrejar o pessoal do posto", na fala de um dos membros da equipe de saúde da família.

> "Eu estava lá, (...), as pessoas mais experientes estavam (...). Participei da conferência em Brasília em 99, também... enfim, (...) conseguiram criar os conselhos municipais, para dar essa dinâmica nova, e nos ajudou bastante, está ajudando". (Presidente do Conselho Local Arthur Riedel).
>
> "Tenho 20 anos de movimento popular, na associação de moradores, e fui um dos primeiros a fundar a associação dos moradores incomodados, hoje a gente tem uma média de 160 associações de moradores, que é uma das cidades do Brasil que mais têm associação, então a gente consegue agregar, fazendo isso... construindo saúde, com as ramificações culturais, cobrança de governos, porque se você está cuidando de dez criancinhas, vai atender a que chorar primeiro. Então as comunidades que são mais organizadas pedem mais, cobram mais, com mais clareza, e o político vai atender também... é ruim para quem esteja lá, mas se for cobrado, vai atender para não ficar aquela cobrança...". (Presidente do Conselho Local Arthur Riedel).

A participação nas reuniões do conselho é aberta a toda a comunidade, embora o direito a voto seja exercido somente pelos conselheiros. Qualquer pessoa

residente na comunidade pode se candidatar a conselheiro, submetendo-se à votação dos membros da comunidade.

A análise prévia das atas do conselho, bem como daquelas anteriores a ele (reuniões de pré-conferência municipal) mostra que se discutem, com freqüência, os princípios do SUS e a importância do controle social. Vários problemas da comunidade foram também debatidos. Listar-se-á, a seguir, temas discutidos uma ou mais vezes e registrados em ata:

- Legalização do loteamento, recém conquistada;
- Instalação de linha telefônica na comunidade e as melhorias percebidas após o fato;
- Importância da conferência municipal de saúde na melhoria da qualidade de vida da população local, além do seu papel de representar o estado e da maneira de efetivar o controle social através da comunidade;
- Explicações a respeito do SUS e de questões relacionadas à saúde, como direitos e deveres dos usuários do sistema único de saúde;
- A alocação de verbas do SUS e possibilidades de fiscalização dos gastos pelos usuários;
- Explicação sobre a ampliação do conceito de saúde, que abrangeria outras esferas, como educação, transporte, segurança, lazer e tratamento de água e esgoto;
- Importância do SUS, seu funcionamento, suas leis e fóruns de organização;
- Possibilidade de elaboração de um projeto conjunto do PSF como as pastorais, para incentivar o uso da multimistura e a criação de farmácias vivas;
- Necessidade de regularização das ruas do loteamento, o que poderia permitir a conquista de calçamento, saneamento básico, transporte adequado e telefonia;
- Importância de um trabalho conjunto e de prevenção junto à escola e à creche;
- A apresentação da produção da unidade de PSF Arthur Riedel;
- Divulgação do conselho;
- Reflexão sobre o conceito de saúde;
- Identificação dos problemas de saúde do bairro: higiene, baixos salários, esgoto, poeira;

- Cadastramento das famílias visitadas pela equipe de saúde da família;
- Prestação de contas do orçamento participativo;
- Necessidade de mais creches, médicos e dentistas.
- Reuniões com o SAMAC (companhia municipal de água e esgoto) para viabilizar a água tratada para quem ainda não tem acesso;
- Avaliação da efetividade do trabalho dos agentes de saúde, avaliado como positivo;
- Seleção de novos agentes de saúde;
- Reunião com o advogado do Procon, sobre direitos do consumidor;
- Colocação de lixeiras no loteamento;
- Campanha preventiva de câncer de colo uterino e campanha de vacinação de idosos;
- Problemas relacionados à creche comunitária;
- Decisão do conselho de vincular o atendimento ao cadastro familiar;
- Explicações sobre o projeto-cidadão "Programa cidade popular";
- Falta de profissional ginecologista;
- Pessoas que mentem o local de moradia para conseguir tratamento na unidade;
- Falta de profissional dentista;
- Esclarecimentos sobre o problema da drogadicção na área;
- Capacitação para iniciar o trabalho na comunidade de sensibilização dos jovens;
- Prestação de contas do orçamento participativo;
- Mutirão local para a construção de calçadas, com material comprado pela prefeitura;
- Informatização do SUS e do SIAB;
- Explicações sobre o cadastro do Hiperdia;
- Cobranças da comunidade a respeito da visita domiciliar, nem sempre contemplada no mesmo dia, ou no dia subsequente;
- Articulação com a igreja para a obtenção de terreno para construção de creche;
- Participação de membros de outras comunidades como auxílio no processo de disseminação de conselhos;
- Criação de centro de convivência para terceira idade;

- Construção de policlínica e creche em instalações da ARTEX;
- Leitura de textos sobre o modelo de saúde;
- Planejamento de ação comunitária;
- Importância do conselho municipal no fortalecimento da política de intersetorialidade;
- Plenária regional de preparação para as conferências municipal e nacional;
- Convite à Polícia Militar para enviar membros a uma reunião (não aceito);
- Reclamações sobre o atendimento do posto e algumas negligenciadas médicas;
- Implantação do acolhimento;
- Convite ao pessoal da vigilância sanitária (sem retorno);
- Orientações sobre prevenção dos problemas dentários;
- Considerações sobre o projeto de extensão da FURB, "A FURB visita a sua rua";
- Discussões sobre a delimitação da área de abrangência e necessidade de nova equipe de saúde da família;

Segundo alguns entrevistados, o conselho se caracteriza por não levantar problemas apenas, mas também por pensar em possíveis soluções para os mesmos. Essa característica foi, em parte, induzida pela concepção ampliada de saúde dos primeiros profissionais da equipe, mas também apareceu como mecanismo de defesa contra as reclamações dos moradores.

> "Depois, com o passar do tempo que eles foram entendendo melhor como é que a unidade funcionava, como é que as coisas andavam, aí foi começando a aparecer outros assuntos, até porque a gente também começou a perceber que, "pô", se eles vão vir aqui reclamar que a mãe deles não foi atendida ontem nós vamos virar a janela para levar pedrada, então não era nossa idéia ficar levando pedrada, até porque existe uma questão ética que a gente não pode ficar discutindo : 'ah, mas fulano de tal tinha uma dor de cabeça porque era tal doença'... você não pode dizer isso em aberto, a ética não permite. Então a gente não pode, uma pessoa chegar e dizer 'ah, porque eu queria um atestado e você não me deu'... isso não podia ser o foco da reunião. Então, aí foi idéia minha (...) [e] do pessoal que estava trabalhando ali, de que vamos ter que mudar o foco da reunião. Mudar para onde? A reação era andar no bairro ali que a gente vê esgoto a céu aberto, que a gente vê rato, que agente vê... então, nós começamos a puxar para esse lado. Quais são os problemas da comunidade? Para fazer isso a gente resolveu usar o planejamento estratégico, então, vamos bolar o planejamento estratégico, bem simplezinho, a gente tentou fazer as primeiras vezes com problema, objetivo, como ou não resolver, como e quando (...), bem simplezinho"... (Ex-médico da equipe de PSF do Arthur Riedel).

Atualmente, o conselho consegue manter um número constante de pessoas provenientes dos movimentos sindicais e/ou envolvidas há mais tempo na questão do controle social, que tentam capacitar as demais e orientar a discussão para os problemas da comunidade, evitando que o conselho se transforme numa espécie de "posto de reclamação" de problemas de atendimento.

A equipe de saúde da família da unidade, que é única, presta contas mensalmente sobre suas atividades na comunidade. Ao início do ano, ela deve apresentar suas metas - elaboradas a partir do levantamento de prioridades pelo conselho através do método de planejamento estratégico. Essa apresentação, contudo, não foi realizada no presente ano.

> "Os profissionais da Equipe de Saúde da Família participam, essa é uma cobrança que a gente sempre tem, que os profissionais participem, até porque eles é que estão em dia com a saúde, então eles têm que trazer dados para a gente acompanhar... e também para ver se eles não estão atendendo, porque eles têm esse dever. Os profissionais são pagos para ir lá, buscar informação, levar informação, mas as pessoas também têm de colaborar, porque isso ajuda elas também, e é isso que a gente quer, enfim, quando há um problema desse, a gente chama a comunidade, faz assembléia e discute, para ver o que está acontecendo"... (Presidente do Conselho Local Arthur Riedel).

O conselho se reúne mensalmente na própria unidade de PSF, havendo flexibilidade para que ela ocorra também na casa de um ou outro conselheiro.

Os integrantes do conselho são indicados, segundo a composição estabelecida na data de fundação, em assembléia realizada anualmente, e os representantes do bairro no conselho regional de saúde do Garcia devem permanecer também como integrantes do conselho local. O coordenador do conselho local é um conselheiro eleito pelo voto direto dos demais conselheiros, permanecendo por um ano.

Os Conselheiros têm, como atribuições:

1. Comparecer às reuniões mensais;
2. Representar a entidade pela qual foi indicado;
3. Trazer informações de interesse da comunidade para o conselho;
4. Levar informações de interesse do conselho para a comunidade;
5. Interessar-se pelos problemas vivenciados pela comunidade e auxiliar na busca de soluções para estes problemas;
6. Realizar um Planejamento de Ações, ou Planejamento Estratégico, anual ou semestral, para o enfrentamento dos principais problemas da comunidade;

7. Procurar informações a respeito do SUS e suas leis, das Secretarias Estadual e Municipal de Saúde e da unidade de saúde;

8. Auxiliar no controle da qualidade e no modo como são desenvolvidos os programas de saúde;

9. Fiscalizar o SUS, em todas as suas instâncias, a fim de garantir a correta aplicação dos recursos públicos;

10. Contribuir para a efetiva implantação dos princípios do SUS, garantidos pela Constituição e pelas Leis Orgânicas.

Os representantes dos usuários são escolhidos pelos moradores da área de abrangência da unidade de saúde, através de eleição direta, na qual poderão votar todos os moradores maiores de 16 anos de idade, alfabetizados ou não. Servidores da secretaria de saúde não podem votar nem ser votados, ainda que morem no bairro. O mandato dos conselheiros eleitos é de 2 anos, sendo permitida uma única recondução.

A iniciativa se valeu da experiência de alguns membros para se sustentar, apesar da existência de alguma rotatividade dos membros do conselho. Também a iniciativa da equipe foi importante para a manutenção da experiência.

O conselho busca manter uma distribuição espacial eqüitativa de conselheiros, para que eles estejam sempre próximos dos moradores.

> "A gente procura abranger o máximo possível... a nossa região tem 1200 famílias, na realidade era para ter 800, mas está meio sobrecarregada. Cada rua tem um ou dois conselheiros, para que essa comunidade não fique alijada do processo, tem conselheiro lá... escolher as pessoas que estão mais influenciadas, que já estão participando de outros movimentos... essas pessoas têm mais clareza...". (Presidente do Conselho Local Arthur Riedel).

O Conselho tenta assumir, na medida do possível e do permitido pela participação dos moradores, uma postura ativa na busca da resolução dos problemas.

> "A gente chamou o (...) o órgão gestor do esgoto sanitário e água, para que eles nos dessem pelo menos um prazo, se o secretário não atender, a gente vai ao prefeito, a comunidade não fica isolada, parada, esperando que venham nos ajudar. A gente vai e cobra mesmo. É aqui não se trata só da saúde, por que o esgoto, se não tiver... pavimentar a rua... é qualidade de vida. Então a gente trata assim, de todos os problemas que têm na comunidade, a gente traz para o conselho (...) com esse objetivo, de tratar todos os assuntos aqui dentro que são inerentes à saúde... são problemas da comunidade, mas são inerentes à saúde. Esgoto sanitário, calçamento de ruas e limpeza da cidade; isso tem impacto na saúde. A parte sanitária, principalmente. E a comunidade tem que fazer a sua parte, não dá para adivinhar que lá na rua tá cheio de rato, ou de mosquito, que na nossa região tem muito no verão. Se a comunidade não nos avisar, não tem como saber"... (Presidente do Conselho Local do Arthur Riedel).

D. Categorias de Sustentabilidade

D.1. Institucionalização/formalização

Por ser um conselho local de saúde, a experiência encontra-se totalmente institucionalizada, fazendo parte do sistema municipal de controle social na saúde, juntamente com os outros conselhos locais, os conselhos regionais e o conselho municipal.

D.2. Intersetorialidade

Devido à sobreposição da participação de membros do conselho em mais de uma iniciativa comunitária, há uma rede de articulação e apoio às atividades da comunidade, que parece contribuir para um resultado final maior. Entre os entrevistados, apareceram conselheiros que participavam também do orçamento participativo e/ou do Conselho Municipal, de Associações de Moradores, Grupo de Idosos e Clube de Mães.

Apesar disso, há críticas em relação à Associação de Moradores local:

> Entrevistador: - "e a associação de moradores, o pessoal ajuda ou não ajuda?
> Entrevistada: - a associação de moradores é mais isolada lá dentro.
> Entrevistador: - Tem um conflito interno?
> Entrevistada: - não sei, não sei se a falta de informação do próprio presidente da associação, talvez seja. Eu acho que, quem está na frente como ele está, ele tinha que mexer mais com o povo. Porque não adianta só ele está lá, e mandar papel para o poder público, porque realmente vocês sabem que o ofício vai para onde? Às vezes nem chega na mão da pessoa certa, vai para a gaveta e ali fica. Você se interessar em subi a escada da prefeitura e tentar falar com a pessoa, é mais fácil de você conseguir. Um dia ele não recebe porque se ele não está, mas chega um dia que ele que se recebe e você tem a oportunidade de falar, de expor o que você quer para comunidade. Você tem que insistir, de graça não tem nada..." (Conselheira).

D.3. Participação e envolvimento da comunidade

Apesar de o espaço ser aberto à participação da comunidade, nem sempre há uma presença maciça dos moradores, ficando o quórum vinculado a um ou outro assunto a se discutir. Apesar disso, os moradores adquiriram o costume de procurar os conselheiros que são vizinhos para que esses levem alguns problemas às reuniões.

> Entrevistador: "- Os conselheiros saem mais à caça de problemas ou as pessoas o procuram para dizer o que está precisando de discutir?"
> Entrevistado: - Procuram (...). Eles estão acostumados hoje (...), e o conselho também participando, hoje as pessoas levam... 'Ah, é conselheiro?', e já levam para ele. Chegou à reunião, ele já traz. O pessoal também, claro que eles são mais cobrados (...) e isso tudo a gente procura ajudar a comunidade a estar participando. Na minha região, em que sou presidente, tem três associações de moradores, todas elas participam, como

> conselheiros, e vem com os problemas delas. Por isso as coisas funcionam...". (Presidente do Conselho Local do Arthur Riedel).

D.4. Alcance e visibilidade

O alcance direto da iniciativa é restrito à área de abrangência da unidade de PSF Arthur Riedel. Há, entretanto, um impacto indireto na medida em que alguns conselheiros ajudaram, e ainda ajudam, a montar outros conselhos locais de saúde, tanto em Blumenau como em municípios vizinhos.

> "Eu ajudei a criar vários conselhos, inclusive em cidades vizinhas, como Gaspar...". (Presidente do Conselho Local do Arthur Riedel).

Por outro lado, a comunidade valoriza o trabalho da equipe de saúde da família, ainda que sem consciência exata do trabalho específico do Conselho Local de Saúde. Apesar disso, todos os usuários entrevistados eram conselheiros ou já foram, pelo menos uma vez, a alguma reunião:

D.5. Capacitação:

Houve um processo de capacitação conduzido pelo Ministério da Saúde. A rotatividade do conselho, apesar de não ser muito alta, prejudica a manutenção de uma massa significativa de conselheiros capacitados. Apesar disso, alguns conselheiros mais antigos e experientes fazem, eles próprios, uma espécie de capacitação com os novos conselheiros, usando o material distribuído à época pelo ministério e folhetos que ainda hoje chegam pelos correios.

> "O conselho municipal de saúde, no governo anterior, todo ano tinha capacitação de conselheiro (...). A capacitação é importante, porque às vezes o cidadão tem vontade, mas não sabe como fazer... e uma vez capacitado, ele tem condições de trabalhar melhor para a comunidade. Eu fiz vários cursos, e a gente consegue ajudar quem está entrando agora (...). Tem muito material do ministério, que chega para mim até hoje, e a gente passa para o pessoal ler. Isso ajuda...". (Presidente do Conselho Local Arthur Riedel).
>
> "Todos que vão passando participam. Que tipo de capacitação? Sobre quais são as funções do conselho, para que serve... como agora mudou, quer dizer, existia o pólo de capacitação, que era responsável por esse tipo de capacitação... como houve essas mudanças mais recentes, o que eu vou fazer? Vou discutir com eles, e orientando sobre como fazer a mobilização local, como estudar as leis, mas para não ser aquela coisa de apenas um cidadão, mas um cidadão representativo daquela região...". (Coordenadora Municipal do PSF).

D.6. D.6. Avaliação

Há um processo teórico de avaliação instituído a partir do uso de ferramentas de Planejamento Estratégico Situacional. A equipe costumava estimular o levantamento de prioridades e metas pelo conselho no início do ano, e também

avaliá-las ao final dele. Com a saída do médico e da enfermeira responsáveis pela idéia, em setembro de 2004, não houve mais essa atividade, apesar de que está registrada, em mais de uma ata do conselho, a necessidade de se resgatar esse tipo de iniciativa.

> "A gente estava fazendo planejamento estratégico (...), programação de saúde, então algumas atividades que a gente tinha planejado que era prioridade, no ano seguinte passava a ser continuidade, agente chamava isso de programação de saúde...". (Ex-médico da equipe de PSF Arthur Riedel).

D.7. Reflexão sobre a Prática e Conteúdo Teórico

A reflexão sobre a condução da iniciativa ocorre nas falas das pessoas envolvidas há mais tempo com a experiência, principalmente entre as pessoas que participaram da sua criação. O membro mais antigo da equipe de saúde da família em atividade, um auxiliar de enfermagem, expôs as suas reflexões de forma mais elaborada do que o médico e a enfermeira, que estão há pouco tempo na equipe. O conteúdo teórico sobre controle social é composto pelas leis que regem o assunto, bem como materiais fornecidos pelo Ministério da Saúde. O conteúdo teórico sobre planejamento estratégico foi composto pelas teorias clássicas sobre o assunto, ainda que a equipe tenha usado uma versão simplificada do PES, cujo nome não foi lembrado.

> "O que motivou foi... como temos alguns problemas no posto, há alguns de saúde, outros não só saúde (...), a população conseguir melhorias dentro de nossa área de abrangência... a gente viu a necessidade de realizar a intersetorialização. É intersetorial o negócio. Então a gente vai conversar com as entidades de bairro, por exemplo, a associação de moradores tem poder de chegar mais perto da prefeitura do que eu como funcionário (...). Então, esse trabalho conjunto com lideranças foi o que deu a idéia... com ele vai ser melhor trabalhar. O conselho tem que somar. Ele não está lá para criticar o serviço da saúde, mas somar e melhorar. E com isso, a gente conseguiu algumas coisas, dá para enumerar, conseguimos a água em alguns bairros, em alguns setores nas nossas micro áreas, a gente conseguiu asfalto, porque antes não tinha, essa estrada aqui... a gente conseguiu muita coisa. O asfalto veio com a ajuda do conselho. Tinha um projeto, mas todo projeto fica engavetado até que alguém vá lá... eu acho que essa idéia foi bem forte, e muita coisa a gente vai aprendendo aos poucos"... (Auxiliar de Enfermagem da Equipe de PSF Arthur Riedel).

D.8. Sustentabilidade financeira

Os custos de funcionamento do conselho são baixos, uma vez que ele utiliza a própria unidade de PSF. Os conselheiros estão autorizados a usar o telefone da unidade para contratos relativos ao exercício do mandato, e os agentes da equipe de saúde também ajudam em tarefas rotineiras, como o registro das atas. Essas facilidades são consideradas contra-partidas do município.

> " [Eles] (...) se reúnem na unidade de saúde, sempre usam o telefone da unidade para entrar em contato com o pessoal para fazer o convite, e também, é responsabilidade do conselho estar convidando, mas sempre está co-participando do processo alguém da unidade de saúde, geralmente alguma agente da unidade se identifica, pois elas são da comunidade e se identifica com o papel, e acabam ajudando, a questão da ata e tudo mais, tudo isso eles fazem ali na unidade de saúde" (Gerente de Unidades do PSF).

D.9. Processo de comunicação

Cada rua tem um ou dois conselheiros, que costumam ser procurados pelos moradores para levarem problemas ao conselho. As reuniões também são divulgadas a partir do trabalho dos agentes comunitários e dos conselheiros.

D.10. Prestação de contas

Todo o trabalho do conselho é registrado nos livros de atas. A equipe de saúde da família presta contas regularmente ao conselho.

E. Categorias de Conteúdo

E.1. Acesso a bens e serviços

A comunidade da área de abrangência da equipe convive com áreas de infra-estrutura satisfatória, mas também com áreas de loteamento irregular, nas quais faltam serviços e infra-estrutura básica. Aparentemente, há uma cultura de luta por melhores condições:

> "Eu participei do primeiro ano do orçamento participativo, em 97, eu fui delegada e de 98 até o ano passado eu fui coordenador da região 5 e 6. Que é o bairro glória e o bairro progresso. Então com a visão da gente eu procurei orientar os delegados como coordenador, que era só para colocar dentro de que assuntos como saúde, lazer e esportes, a parte de saneamento básico, só colocar aquilo que está precisando, dentro de uma ordem de prioridade. E o pessoal entendeu isso. Então todas as associações de moradores e o conselho local de saúde também participaram, só colocou aquilo que realmente... Você tinha três situações para colocar, não tinha dinheiro para parênteses, então coloque uma, aquela que mais importante. E foi colocado e essa foi aceito. Na nossa comunidade aqui no glória e no progresso, nós tivemos um acerto de execução de obra em torno de 90%. Todas as obras que foram colocadas no orçamento via comunidade, visão 32 associações de moradores de,90% foi executada. Foi o maior índice da cidade..." (Conselheiro)
>
> "Corri atrás de tudo, sempre lutando, incomodando o poder público, mas sempre para a comunidade. Nunca subi a escadaria da prefeitura para pedir alguma coisa individual para mim mesma. Sempre em prol da comunidade. Isso me faz bem..." (Conselheira).

E.2. Equidade

Apesar de um entrevistado ter relatado que o maior problema social da comunidade é o desemprego, não se constataram mecanismos de diferenciação de pessoas em situação de exclusão social.

E.3. Intersetorialidade

O conselho busca trabalhar no sentido da intersetorialidade, ainda que isso ocorra de uma forma unilateral. As atas registram inúmeros convites a membros de instituições como a Polícia Militar, ou à companhia municipal de água e esgoto, para comparecerem às reuniões. Tais convites são, geralmente, recusados, e esse fato restringe a capacidade de articulação e resolução do conselho.

Ainda assim, de uma forma geral, os conselheiros mais experientes dividem tarefas, responsabilizando-se por reivindicações a setores específicos.

> "Pois é, a interdisciplinaridade ou intersetorialidade, até que eles falam: 'a intersetorialidade é um 'troço' difícil de fazer'. E é muito complicado, porque você não tem alguém que ensina, que te manda fazer aquilo, parece uma onda. A verdade é essa. Convidar gente para ouvir um monte de vezes (...), mas eles (..) do conselho local (...) não tem idéia do quê que seja, não sabem se tem que prestar contas para aquilo ou não. Então, é muito fácil engavetar e pronto"... (Ex-Médico da Equipe de PSF do Arthur Riedel).

Por outro lado, há um sinergismo entre o conselho e as associações de moradores. Na área adscrita ao PSF "Arthur Riedel", há três associações de moradores, e todas estão representadas no conselho local.

> "A gente começou com uma associação de moradores em [19]86, [19]87, e eram apenas três associações de moradores, e hoje nós temos 160. Os conselhos também, a gente começou com poucos e hoje a cidade toda tem conselho, e também as cidades vizinhas. É um tremendo avanço, e aqui, como a cidade são próximas, (...) a gente está ajudando a levar"...

E.4. Cuidado Integral

Segundo a atual enfermeira da equipe de saúde da família, ainda que não esteja sendo feito acolhimento formal, os usuários são ouvidos e acolhidos, e esse atendimento é classificado, por ela, como "humanizado".

A equipe tem muito trabalho devido à sobrecarga de pessoas adscritas na área de abrangência, o que torna o trabalho, por vezes, mais "curativo". Esse fato causa frustração no médico, na enfermeira e no auxiliar de enfermagem entrevistados. Segundo um membro da equipe:

> ..."muitas vezes a gente não consegue fazer o PSF que a gente aprende na faculdade, ou na pós-graduação. Por isso, muitas vezes a gente fica um pouco frustrado, pois a gente sai da faculdade com toda aquela idealização, de tentar fazer o melhor, grupos, prevenção, os princípios do SUS, promoção (...). Se o posto ficasse 24 horas aberto, estaríamos 24 horas fazendo atendimentos, (...) então é complicado tentar fazer a parte de prevenção" (Enfermeira da Equipe de PSF Arthur Riedel).
> "Esse ano o acolhimento está um pouco parado. Tinha um cansaço, um protocolo, o protocolo da enfermeira e tal... esse ano parou um pouco isso, mas o acolhimento em si, aquela escuta humanizada, a gente faz, todo paciente que entra aqui, a partir do

> momento que a gente atende o paciente, que forma uma escuta conversada, humanizada... qual é a opinião do usuário? Todos querem ser atendidos pelo médico. E o que a gente tenta fazer? O que estava faltando, como o da enfermeira, como do auxiliar de enfermagem... o que a gente pode estar fazendo, a gente faz... e o que não é do nosso alcance, a gente passa para o médico. Então a gente tenta fazer esse acolhimento de uma forma que ajude ele também..." (Enfermeira da Equipe de PSF Arthur Riedel).

E.5. Educação em saúde

Esse trabalho também é realizado via grupos operativos e, às vezes, através de palestras administradas nas escolas e na creche, tanto para as crianças como para os pais.

E.6. Participação popular deliberativa

A experiência estudada é um mecanismo de participação popular, uma vez que está enraizada na concepção de controle social. Ademais, as reuniões do conselho são abertas a todos os membros da comunidade.

E.7. Atuação coletiva para o desenvolvimento de condições de vida saudáveis.

Esse tipo de orientação aparece nas consultas e nos grupos operativos, mas não há nenhuma atividade majoritariamente orientada para esse fim. A própria comunidade parece lutar por atividades nessa área, aparentemente sem conexão com as atividades da Saúde da Família:

> Entrevistador: - "Há quantos anos a senhora está no movimento, há quantos anos a senhora está no clube de mães?
> Entrevistada: - no movimento de comunidade, eu sempre estive. Desde minha terra natal, aí vim para cá e continuei, mas aí era só na igreja. Depois, em 97 que eu comecei com um clube de mães, em 2000 foi aquela luta para conseguir a ginástica, e conseguimos em 2002 eu consegui o thai chi chuan. Em 2002 foi fundado também o grupo de dança..." (Conselheira)
> Entrevistador: - "E a senhora faz ginástica também?
> Entrevistada: - Faço ginástica.
> Entrevistador: - E como é?
> Entrevistada: - O povo pula, tem ginástica com bola, tem com aquele taco, de todo jeito a gente se vira.
> Entrevistador: - Tem muito tempo que a senhora está fazendo?
> Entrevistada: - Já! Mais de cinco anos, vou ao clube também, toda terça feira.
> Entrevistador: - E como começou, tem a ver alguma coisa com saúde?
> Entrevistada: - Tem, comecei a passar no medico pra saber a pressão, quando fiz lá fora, eu tenho plano de saúde, ai ele pediu a folha do medico, quando começou a ginástica, porque quem tem muito problema não pode fazer ginástica. Ai ele viu que tava tudo bem, só controla pressão.
> Entrevistador: - E que deu na senhora em fazer ginástica?

> Entrevistada: - Tem muita diferença, era dor nas pernas, dor na coluna. A gente fica muito parada (...). Eu andava muito no medico, com dor na junta, dor na coluna. Depois que eu comecei a fazer ginástica melhorou bem.
> Entrevistador: - Alguém falou pra senhora fazer?
> Entrevistada: - Lá no clube, a gente assinou um papel, a professora falou que tem gente que chega numa quantia certa, não adianta a prefeitura mandar outro professor. Quando alguém faltava era 18, ou 16.
> Entrevistador: - A senhora conhece muita gente que faz atividade, que faz ginástica?
> Entrevistada: - Caminha bastante gente caminha. Tem gente que já estão caminhando a muitos anos, até ali pra cima, na floresta negra, na pracinha,eles vão até naquele hotel Viena(...). Têm muitas pessoas que caminham.
> Entrevistador: - Acho que tem uma ginástica, um professor de Tai Chi Chuan, a senhora já ouviu falar?
> Entrevistada: - Já, ali na associação de moradores tem as quintas feiras, as terças feiras, é lá no bairro nossa senhora das dores.

E.8. Redes sociais de proteção e cuidado recíproco

A experiência estudada é um mecanismo de atuação social, uma vez que visa à reflexão sobre os problemas enfrentados pela comunidade e suas possíveis soluções através do esforço coletivo dentro da própria comunidade ou da articulação intersetorial.

Constata-se a presença de uma rede social de proteção a partir do trabalho de várias associações comunitárias, como a Associação de Moradores, o Clube de Mães, o Orçamento Participativo, a Igreja local, o Grupo de Idosos e a Unidade de Saúde da Família.

> Entrevistador: - A senhora tinha me falado sobre a relação do conselho com um clube de mães, que um ajuda o outro...
> Entrevistada: - O posto abriu já existia um clube de mães. A primeira luta foi junto com um clube de mãe, a primeira vez que vieram me procurar, que a
> (...) [ex-enfermeira] veio me procurar a gente começou a luta junta, nunca deixei eles participarem de alguma reunião, que eu não estivesse junto.
> Entrevistador: - A Sra. participa do conselho como representante da associação?
> Entrevistada: - Representante do grupo de idosos, e do clube de mãe e a liderança da comunidade.

Conclusão:

O conselho local de saúde da unidade de PSF "Arthur Riedel", assim como outros cinco do mesmo bairro, parecem ser diferenciados em relação a outros. As pessoas envolvidas há mais tempo na experiência trabalham com um conceito ampliado de saúde, valorizando ações intersetoriais e buscando aprimorar a autonomia da comunidade na solução de seus próprios problemas. Algumas explicações para esse fato foram conjecturadas em algumas falas, como o amadurecimento do movimento sindical na região, a partir da década de 90, e o

perfil diferenciado de colonização do bairro Garcia, a partir de migrações dentro do próprio estado de Santa Catarina.

Não se constataram motivações de natureza ideológica, política ou religiosa no exercício da equipe ou dos conselheiros. Segundo os entrevistados, a principal motivação está relacionada à melhoria da própria comunidade na qual vivem os interessados.

Apesar do amadurecimento e da relativa experiência vivida por pessoas ligadas ao conselho, os seus resultados são ainda limitados por vários motivos, entre eles a falta de participação expressiva da comunidade e a falta de retorno de outras instituições, que parecem não valorizar o trabalho dos conselhos locais. Além disso, vários entrevistados constataram uma diminuição no peso das deliberações dos conselhos locais, regionais e municipal na política de saúde da cidade, a partir da nova gestão municipal.

Percebe-se, contudo, que discussões relativas à promoção da saúde, como sobre atividades de vida saudável e o empoderamento da comunidade, não ocorrem necessariamente do Conselho Local de Saúde, ainda que estejam presentes em outras instâncias comunitárias. Aparentemente, a comunidade vê esses locais como os loci adequados para essas atividades, relacionando as atividades do Conselho Local à organização da própria unidade de Saúde da Família.

2. Cuidando da Saúde da Família Guarani – Viamão-RS

Datas das visitas:

Primeira visita: 15/6/2005 a 17/06/2005

Segunda visita: 12/9/2005 a 14/09/2005

Pessoas entrevistadas:

2 Médicos das Equipes de Saúde Indígena;

2 Enfermeiros;

1 Auxiliar de Enfermagem;

2 Agentes de Saúde Indígena

1 Diretora de Escola Municipal indígena

1 Coordenadora local da FUNASA;

1 Representante da Secretaria Municipal de Saúde;

1 Enfermeira sanitarista da FUNASA terceirizada.

Observação:

Alguns índios, que se intimidaram com o gravador ou tiveram dificuldades em compreender o termo de compromisso, foram ouvidos informalmente.

Observações Participantes realizadas:

Viagem à reserva indígena de Campo Molhado;

Visita às reservas indígenas da Estiva e de Palmares;

Visita ao acampamento indígena de Capivari;

Apresentação do trabalho da equipe ao Conselho Municipal de Saúde de Caraá.

Documentos analisados:

Leis e portarias referentes ao Subsistema de Saúde Indígena;

Dois livros de atas de conselhos locais de saúde indígenas.

Arquivo em Power Point sobre o trabalho da equipe, elaborado para apresentação do trabalho da equipe para conselhos municipais de cidades que possuem reservas ou acampamentos.

A. Impressões preliminares

À beira da estrada que corta o município de Viamão, município-dormitório da região metropolitana de Porto Alegre, encontra-se uma construção de alvenaria

simples, semelhante a uma casa, que chama a atenção pela pintura amarela recente e pela falta de uma porta na fachada.

Essa construção se encontra ao lado de algumas lojas comerciais, das quais é separada por um estreito corredor que dá acesso ao seu interior. O imóvel pertence à Secretaria Municipal de Saúde de Viamão e, atualmente, é usado pelas duas Equipes de Saúde Indígena do município. Uma escada ao final do corredor leva a uma espécie de porão, onde funciona um setor da secretaria responsável pelo cadastro dos usuários para o Cartão SUS.

A cerca de 500 metros dali, também na beira de estrada, encontra-se a Secretaria Municipal de Saúde, que funciona anexa a uma unidade de atendimento. Também na beira da estrada, em outro ponto, encontra-se o hospital municipal, que costuma receber pacientes indígenas encaminhados pela equipe.

O município de Viamão é populoso e pobre. Praticamente não possui indústrias, e muitos de seus moradores trabalham em Porto Alegre. A colonização local é muito diferente daquela comumente vista no Rio Grande do Sul, de origem germânica ou eslava. Em Viamão, há muitos descendentes indígenas e afro-americanos, remanescentes de comunidades que outrora construíram inúmeros quilombolas na região.

As equipes de saúde indígena eram compostas, até o início de setembro, por 23 pessoas: uma "coordenadora política", cedida pela Secretaria Municipal de Saúde, dois médicos, dois enfermeiros, quatro auxiliares de enfermagem, um dentista, dois motoristas e onze Agentes de Saúde Indígena. Não há uma delimitação certa entre as equipes: na prática, elas funcionam como um único time, atuando ao mesmo tempo em diferentes regiões. Poucos dias antes da segunda chegada do pesquisador a Viamão, um dos agentes da equipe faleceu. Ele tinha 39 anos e era também cacique de uma das maiores reservas assistidas. Morreu devido a pancreatite aguda, em decorrência de alcoolismo - um dos maiores problemas de saúde a atingir as comunidades indígenas assistidas, como se verá adiante.

A equipe é afável e acolhedora. Seus membros procuram responder a todas as perguntas, contam casos e curiosidades sobre a cultura guarani e demonstram curiosidade a respeito da presente pesquisa.

O trabalho começa às 8 horas da manhã, e os membros da equipe que não estão viajando começam a chegar. O espaço interno é pequeno. Há dois ambientes divididos por um biombo: o maior possui uma mesa para seis ou oito pessoas, uma

estante com livros, computador, televisão, vídeo cassete e algumas esculturas produzidas pelos índios guarani. O espaço é apertado: alguns se encontram sentados, preenchendo cadastros e prontuários, enquanto outros permanecem de pé, lendo registros diversos, conversando ou tomando o café da manhã: pão, bolo, café preto e chimarrão. Raramente serão encontradas mais de 10 pessoas ao mesmo tempo na sede, pois os agentes (obrigatoriamente índios) residem nas reservas que assistem, e metade dos outros profissionais geralmente está viajando.

O segundo ambiente é menor e possui estantes e dezenas de caixas de plástico branco, de diferentes tamanhos, que contêm medicamentos e outros materiais. Mais alguns minutos se passam, e as caixas começam a ser carregadas para os carros da equipe. Ao voltar, estarão sujas de poeira e terra.

Mais um dia de trabalho começa no pólo-base da Equipe de Saúde Indígena de Viamão.

B. Descrição do PSF

B.1. Antecedentes de Atenção Básica .

A análise da experiência que será apresentada a seguir deve ser precedida de algumas explicações básicas sobre o Subsistema de Atenção à Saúde Indígena, que faz parte do Sistema Único de Saúde (SUS).

O Subsistema de Saúde Indígena foi criado pela da Lei n° 9.836, de 23 de setembro de 1999, que incluiu o capítulo V ("Do Subsistema de Atenção à Saúde Indígena") na "Lei Orgânica da Saúde" (Lei n° 8080, de 19 de setembro de 1990). Esse capítulo regulamenta e subordina as ações e serviços de saúde voltados para a população indígena ao referido subsistema. Também define as competências da União em relação à saúde indígena: cabe a ela, com seus recursos próprios, financiar o subsistema. Os estados, municípios e outras instituições governamentais e não-governamentais podem atuar, de forma complementar, no custeio e execução das ações - cuja responsabilidade final é da esfera federal, representada pela FUNASA.

Segundo uma pessoa entrevistada,

> "O Ministério da Saúde entra com a obrigação e o estado e município entram em caráter complementar; complementar fica a coisa mais vaga porque pode complementar com quanto quiser, então o que acontece agora é que está com uma nova gestão na FUNASA na saúde indígena, está com uma outra visão, e o próprio Ministério está com

> uma visão diferente do que são os índios, era uma coisa largada lá na FUNASA e a FUNASA é que tem que se virar" (Coordenadora da FUNASA)

Segundo a Lei, a rede de serviços do SUS deverá servir de retaguarda e referência ao subsistema. Para tanto, ambos os sistemas devem se integrar de forma harmônica.

O subsistema opera baseado em Distritos Sanitários Especiais Indígenas (DSEI). Há, atualmente, 34 DISEI no país.

Existem, ainda, muitas "zonas cinzentas" de indefinição acerca do papel de instituições e esferas governamentais no subsistema. Segundo relato de uma entrevistada,

> "Em 99 foi implantado, dentro do SUS, um Subsistema de Saúde indígena, e então a gente começava fazer um trabalho até que a esfera de gestão, inclusive a Federal, compreendesse o que é o sistema único e o que é o subsistema, e não tem sido uma das tarefas mais simples." (Coordenadora da FUNASA)

C. Descrição do Projeto

C.1. Antecedentes

Até o final da década de 90, a assistência à saúde indígena era objeto de intenso conflito de competência entre os órgãos e esferas de governo, resultando na baixa responsabilização e larga margem de indefinição sobre as atribuições de cada uma delas. Apesar da municipalização da saúde, os municípios atribuíam totalmente a responsabilidade com a saúde indígena para instâncias federais como FUNASA e FUNAI - que, por outro lado, cobravam contrapartida dos municípios.

Por esse motivo, o trabalho de várias ONG´s - sobretudo religiosas - foi importante para garantir alguma assistência a essa população.

Em 1997, um programa federal começou a formar o embrião da assistência tal como vista hoje. Tanto a coordenadora política da equipe como alguns profissionais participaram da iniciativa - que se ampliou em 1999, a partir da criação do Subsistema de Saúde Indígena. As equipes sediadas em Viamão foram constituídas, ao final daquele ano, financiadas com recursos da FUNASA e do estado.

C.2. Motivação

Os profissionais de saúde das equipes se consideram "idealistas", e buscam forças em seus universos de valores para continuar o trabalho. Ambos os médicos já

trabalharam em acampamentos do MST, em projetos de extensão da faculdade e em projetos de assistência à saúde, na região norte do país.

Ressalte-se que as condições de trabalho desses profissionais são piores do que aquelas encontradas pelas equipes convencionais de saúde da família do município de Viamão, o que exige um elevado grau de comprometimento e dedicação ao projeto. O trabalho é mais complexo e volumoso (os médicos devem ficar com o telefone celular ligado 24 horas por dia, e devem estar prontos para socorrer algum índio a qualquer hora do dia ou da noite, sete dias por semana).

Paradoxalmente, apesar de todas essas particularidades, o salário é menor do que o dos colegas empregados no PSF do município.

> "Agora teve pra gente uma oferta de aumento do nosso salário, a técnica tá ganhando a mesma coisa [que o PSF], e nós médicos e odontólogos não. Enfermeiros, sim, ganham a mesma coisa; então, o que aconteceu: eles fizeram uma proposta de equiparar os nossos salários, mas nós queríamos pra todos, porque a gente sabe que eles também fazem um trabalho, 'se não tem aumento pra todos não tem pra ninguém', então é uma forma de pressionar, eles sabem que nós somos mais preciosos até então... Eles sabem que o técnico é precioso através do vinculo que ela tem, e eles poderiam achar que poderiam trocar facilmente e na realidade não é." (profissional médico da equipe).

A seguir, serão mostrados outros trechos de entrevista que ilustram esse padrão de envolvimento, de caráter ideológico e voluntarista ("idealismo"):

> "então, eu fiz um trabalho com o MST, que tem uma identificação com a questão rural, a minha família vem do meio rural, eu nasci em Porto Alegre, mas parte da minha infância foi na área rural e eu gosto muito, tenho uma paixão pela natureza, uma paixão muito grande e na faculdade eu pensava que um dia eu ia trabalhar com índio".
> "...o que me sensibiliza são as crianças... (choro, muito choro). Crianças com desnutrição, pais bêbados, isso me dá força pra continuar, se fosse num hospital, tudo bem, mas aqui a cultura é diferente, pro índio é diferente, primeiro quem tem que comer é um adulto, porque o adulto vai sair pra caçar, ele vai buscar alimento, se uma criança morrer pra eles; 'a gente faz outro' e adulto não, se ele morrer como vai alimentar aquelas oito crianças, quatro cinco dez filhos, como que vai alimentar. Então pra eles, eles deixam a criança de lado, a criança vai muito bem enquanto que tá mamando, então a mãe tem vida faz outro filho e aquela criança passa a comer com o cachorro, com o mais velho que também é tirado até conseguir por si só. Eu me sinto honrada de ter esse trabalho e ao mesmo tempo triste, mas eu estou porque eu gosto, a gente veio na terra pra alguma coisa e o meu caminho é esse aí. Enquanto eu puder, o meu contrato renovar eu vou continuar porque eu faço o que eu gosto".
> "Eu estive em outros locais onde morreram algumas crianças, fui chamado pra dar uma ajuda, porque nosso trabalho aqui era bom, a gente conseguiu desenvolver, zerar o numero de morte infantil (...), e o que eu notava é que o povo ficava dentro do posto, não tinha atendimento domiciliar, e com índio é sinônimo de atendimento domiciliar, não querem o trabalho com o índio, porque acabam morrendo. Só vão por algum motivo, 'só vou se eu for ganhar alguma coisa'."
> "Você tem que ir de carro fazer busca aqui, e locais que eu fui não existia isso, como a prefeitura não ajudava com o carro, como que ia fazer, a nossa prefeitura tem que gastar com a gente, a gente rala, no começo a Funai mandava remédio pra nós, eu trabalhava na Cruz Vermelha e conseguia remédio de lá também. O carro... Cansei de ir de moto, se você não vai uma vez, da outra vez tem criança morta."

> "Uma coisa é certa, no primeiro dia que eu vim trabalhar aqui, foi pra uma comunidade, fui sozinho e lá tinha uma criança que não tava bem e um senhor de idade, no meu primeiro dia de trabalho, aí eu conversei com o pessoal do município, 'não preocupa não, porque amanhã vamos dar uma olhada nele', aí depois eu fiquei sabendo que não subiu ninguém e que morreu a criança e morreu o velho. Não podia ter deixado de ir naquele dia...."

C.3. Contexto Social e Político

O Subsistema Nacional de Saúde Indígena compreende, como mencionado anteriormente, 34 Distritos Sanitários Especiais Indígenas.

Esses distritos não têm a sua delimitação restrita aos territórios das Unidades Federativas: eles respeitam os limites das nações indígenas neles assistidas. Muitos distritos abrangem vários estados brasileiros, ou até mesmo outros países. A nação Guarani, por exemplo, está presente no Uruguai, no Paraguai, na Argentina e, dentro do Brasil, encontra-se dispersa territorialmente pelos estados de Rio Grande do Sul, Santa Catarina, Paraná, São Paulo e Rio de Janeiro.

No estado do Rio Grande do Sul estão presentes dois distritos. O Litoral Sul, composto basicamente pela nação Guarani, estende-se desse estado até o município de Angra dos Reis, no Rio de Janeiro. A equipe de saúde indígena analisada na presente pesquisa está vinculada a esse distrito.

No Rio Grande do Sul, o Distrito Litoral Sul compreende cerca de 2000 índios Guaranis. Há, entretanto, uma significativa migração dos índios dentro do território demarcado pelo distrito indígena, assim como para outros países que compõem a nação Guarani. Por outro lado, índios de países como Paraguai e Argentina começam a migrar para reservas indígenas brasileiras, devido à melhoria da assistência à saúde indígena no país.

O Distrito Interior Sul abrange a parte ocidental do estado e está relacionado principalmente à nação indígena Kaingang. Esse distrito é mais numeroso: no Rio Grande do Sul, abrange aproximadamente 16.000 índios. Esse distrito se estende pela parte ocidental dos estados de Rio Grande do Sul, Santa Catarina, Paraná e São Paulo.

O relacionamento entre as duas nações indígenas é por vezes, conflituoso, uma vez que há diferenças radicais nos valores culturais de ambas. Segundo alguns entrevistados não-índios, os Kaingang são mais integrados à cultura do homem branco, realizam atividades comerciais, são mais sedentários e valorizam a guerra, o que os torna predispostos ao conflito com outras nações. Já os Guaranis são mais

reservados, introspectivos, nômades, valorizam a paz e não realizam atividades comerciais significativas. Ambas as etnias estão presentes nos dois distritos, ainda que os Guarani sejam minoria no distrito Interior Sul, e os Kaingang, no distrito Litoral Sul.

O estado decidiu substituir a execução das ações, que vinham sendo realizadas por Organizações Não-Governamentais - ONGs-, optando por trabalhar com os municípios de uma forma aproximada à da Estratégia de Saúde da Família. A Secretaria Estadual de Saúde elaborou, assim, uma proposta de repasse financeiro semelhante à daquela estratégia denominado Incentivo à Atenção Básica no Pólo Indígena, usado basicamente para remuneração dos profissionais de saúde envolvidos na iniciativa. Segundo o relato de uma entrevistada, funcionária da FUNASA no Rio Grande do Sul,

> "Aqui no Rio Grande do Sul, nós fizemos um pleito, que não queríamos Organizações Não-Governamentais, nós queríamos que fosse com o município e sugerimos que o repasse fosse feito da mesma forma que o PSF". (Coordenadora da FUNASA).

Destarte, foram formadas, no estado, três Equipes Multidisciplinares de Saúde Indígena (EMSI) na área de abrangência do distrito Litoral Sul, e outras dezoito equipes no distrito Interior Sul.

É importante destacar que essas equipes não são consideradas equipes de Saúde da Família e nem são subordinadas ao sistema municipal de saúde, embora o seu objetivo também seja o da atenção básica de uma população específica. O seu trabalho também não pode ser considerado totalmente inovador, pois existem várias equipes de saúde indígena pelo país.

C.4. Desenvolvimento

Tarde de segunda-feira: logo após a chegada da equipe à reserva indígena de Palmares, a enfermeira avisa à médica: "nossa prioridade aqui, hoje, é fazer a oficina, e não atender"...

Tarde de Terça-feira: ao chegar à reserva da Estiva, a mesma enfermeira informa: "hoje o nosso objetivo é assistência". Ato contínuo, a médica complementa: "mas vamos também exibir um vídeo sobre o alcoolismo...".

As duas Equipes do Distrito Litoral Sul, que foram objetos da presente pesquisa, estão baseadas no município de Viamão e são responsáveis pela atenção a quinze localidades indígenas (nove reservas e seis acampamentos, espalhados

por nove municípios ao norte do estado). As duas equipes trabalham juntas, não havendo uma separação real entre elas. Ambas utilizam a mesma sede como base e há um rodízio dos auxiliares de enfermagem, uma vez que eles mantêm especificidades em seu trabalho. O profissional dentista também se reveza no acompanhamento das duas equipes. A população total atendida por ambas é de 672 pessoas.

A terceira equipe está baseada no município de Barra do Ribeiro, e é responsável pelo cuidado à saúde indígena mais ao sul do estado, operando em cinco municípios diferentes.

As equipes planejam um cronograma mensal de visitas às reservas, geralmente no primeiro dia do mês. Ressaltem-se, aqui, as dificuldades de acesso a várias localidades assistidas. A reserva indígena de Campo Molhado, objeto de observação participante no presente estudo, encontra-se a 3 horas da base das equipes em Viamão, e o grau de facilidade de acesso está relacionado às condições meteorológicas e da estrada, que não pode ser percorrida por veículos de passeio (os carros utilizados pelas equipes apresentam tração nas quatro rodas e sua manutenção tem um custo elevado).

> "As viagens são traçadas em cima do cronograma, que no inicio do mês é estipulado, as reservas com maior número de habitantes a gente privilegia dois grupos, a comunidade que tem um numero maior de habitantes e locais de difícil acesso, que tem uma dificuldade maior para ir a um posto de saúde. Outros locais que às vezes tem um posto de saúde perto, ou que o acesso é mais facilitado, à gente organiza de uma forma que é quinzenalmente. Temos um local que é Torres, a gente vai de 15 em 15 dias lá, em virtude também de ter um posto de saúde que é em torno de 1Km da comunidade e tem a Brigada da Policia Rodoviária que, num caso de emergência, leva ele"... (profissional médico da equipe)
> "Tem um revezamento, principalmente quanto tem coisas do gênero a gente tenta revezar, tem muitas queixas que chegam mais para médica, tipo a saúde da mulher e tem coisas relacionadas à saúde do homem e sobra mais para mim...". (profissional médico da equipe)

Não há uma hierarquia formal entre os membros da equipe, que procuram tomar as decisões de forma conjunta. Por outro lado, constata-se a existência de conflito entre a coordenadora política da equipe - representante oficial da Secretaria Municipal de Saúde - e os outros profissionais. Ainda que esse problema não tenha sido descrito durante entrevistas gravadas, ele foi mencionado por ambas as partes em conversas informais. Segundo a equipe, a coordenadora tentaria interferir em questões técnicas, consensuadas anteriormente pelos membros. A coordenadora diz, por sua vez, que o seu trabalho é importante devido ao conhecimento

acumulado, tanto em relação ao funcionamento da secretaria como ao entendimento dos povos indígenas (ela própria é descendente de guaranis). A comunicação entre membros da equipe é realizada por celular e por registros escritos, quando não se encontram pessoalmente e necessitam deixar instruções para o próximo a continuar o trabalho em uma determinada reserva ou acampamento.

A relação com a Secretaria Municipal de Saúde é, por vezes, conflituosa: apesar da longevidade do governo municipal (o Partido dos trabalhadores encontra-se no poder há 12 anos, ou seja, desde antes da criação do Subsistema), os profissionais não se sentem seguros em seu trabalho, e por mais de uma vez foram avisados de uma exoneração eminente, seguida de concurso. Durante a segunda viagem a campo, a equipe encontrava-se em uma situação delicada: os contratos haviam expirado há alguns dias, e eles não conseguiam informações na Secretaria a respeito da sua renovação.

Como já dito anteriormente, as equipes possuem, juntas, vinte e três pessoas: uma coordenadora, cedida pela Secretaria Municipal de Saúde, dois médicos, dois enfermeiros, quatro auxiliares de enfermagem, um dentista, dois motoristas e onze Agentes de Saúde Indígena.

Na base das equipes, em Viamão, trabalham somente as doze primeiras pessoas citadas. Os Agentes de Saúde Indígena são, obrigatoriamente, membros das comunidades, e travam contato com os outros membros da equipe apenas durante as visitas. Em alguns lugares, já é possível fazer processos seletivos para os agentes, mediante entrevistas e prova do idioma Guarani. A seleção desses agentes deve, obrigatoriamente, levar em conta a estrutura política da tribo. Essa medida tem, por objetivo, evitar o desrespeito a questões culturais delicadas da comunidade.

O trabalho administrativo das equipes é realizado em sua base, localizado no município de Viamão. A base é pequena, comportando com dificuldade as doze pessoas que ali trabalham. O problema é amenizado pelo caráter de revezamento entre as equipes, uma vez que parte do grupo se encontrará viajando na maior parte do tempo. Durante as viagens, as equipes tentam utilizar a estrutura existente. Algumas poucas reservas possuem posto médico. Durante a observação participante, a equipe utilizou uma casa inacabada, construída há alguns anos pela FUNAI. Essa casa serve como abrigo e como posto de saúde. Segundo alguns

entrevistados, em outros municípios as equipes dormem em sacos térmicos (?) ou em hotéis, dependendo da infra-estrutura das localidades e do município.

> "se eles não forem parceiros, eles não sobrevivem, porque a gente vive no limite, a gente vive onde não tem água, não tem luz, não tem nenhuma estrutura, a sua técnica, não somente uma técnica de enfermagem, ela sabe o nome de cor de todas as crianças, ela sabe te localizar no tempo e espaço com relação ao que aconteceu ou uma intimidade com essas pessoas que tem um vinculo muito difícil de conseguir que outros não conseguem, outros chegam ali não conseguem tirar uma foto! É uma relação diferente, é uma relação de pessoa, existe função diferente mais todas são pessoas da mesma importância"

O sistema municipal de saúde deve, por lei, fornecer retaguarda à assistência do índio - notadamente em situações de urgência/emergência ou em caso de necessidade de exames laboratoriais ou de imagem. Essa obrigação lhe dá um caráter de complementariedade às ações realizadas através do Subsistema. Durante uma observação participante, a médica e a enfermeira foram ao hospital municipal com o objetivo de visitar uma senhora, karaí da reserva da Estiva, que havia sido internada seis dias antes. As profissionais conhecem alguns funcionários do hospital, o que não evita problemas recorrentes em relação à burocracia da internação.

A carga horária de trabalho oficial é de 40 horas por semana - quantidade comumente extrapolada, uma vez que a equipe nem sempre consegue voltar à Viamão antes do final do expediente, pois o tempo de atendimento costuma ser imprevisível. Por outro lado, a equipe tem a obrigação de manter celulares ligados e atender a chamadas de urgência em qualquer uma das terras indígenas adscritas. Pagam-se diárias durante as viagens a terras mais distantes, assim como horas-extras. Durante a re-elaboração deste relatório, após a segunda viagem de campo, o pesquisador foi comunicado que houve renovação do contrato, mas com uma provável diminuição da carga horária em um futuro próximo. Além disso, o município não havia repassado as horas-extras do mês de setembro à equipe.

As atividades assistenciais básicas realizadas pelas equipes de saúde indígena pesquisadas são:

- Consulta médica;
- Consulta de enfermagem;
- Pequenas cirurgias;
- Procedimentos de Enfermagem;
- Pré- Natal;
- Puericultura;

• Visitas Domiciliares;

• Acompanhamento às consultas especializadas;

• Controle da farmácia básica;

• Elaboração de relatórios mensais;

• Multivacinação do calendário indígena;

• Monitoramento dos casos de pneumonia e diarréia em menores de 5 anos;

• Capacitação dos Agentes Indígenas de Saúde;

• Consulta odontológica nas aldeias (equipamento odontológico móvel);

• Encaminhamento para endodontia;

• Confecção de prótese dentária;

• Aplicação de flúor;

• Educação para saúde bucal;

• Distribuição de creme dental e escovas de dente;

• Transporte de Pacientes;

• Referência e contra-referência;

• Fornecimento de medicamentos para a comunidade;

• Marcação de exames;

• Recadastramento da população.

A equipe também realiza atividades classificadas como atividades de educação e promoção em saúde:

• Oficinas de criatividade Infantil;

• Oficinas sobre crescimento e desenvolvimento infantil;

• Grupo de mulheres;

• Oficinas sobre verminoses;

• Participação e organização dos Conselhos Locais de Saúde;

• Representação no Conselho Distrital;

• Articulação com outras instituições e participação em projetos de desenvolvimento sustentável (prejudicada, entretanto, pelas acepções diferentes de atividade econômica e desenvolvimento entre essas instituições e os índios, advindas das diferenças culturais).

A equipe encontra muitas dificuldades na realização do seu trabalho, destacando-se, entre elas:

• As diferenças culturais entre equipe e usuários;

• A falta de capacitação antropológica;

• Falta de infra-estrutura para o atendimento nas aldeias (postos de saúde, saneamento básico e energia elétrica);

• Falta de infra-estrutura da sede administrativa do Pólo;

• Número de veículos insuficientes;

• Estradas sem manutenção periódica;

• Instabilidade dos profissionais quanto à contratação e manutenção da equipe

• O domínio do idioma Guarani;

• A dificuldade de acesso a algumas reservas, que põem em perigo a vida de pessoas que necessitem de assistência rápida (e também da própria equipe);

• Alguns indicadores de saúde, como a desnutrição infantil (38% das crianças abaixo de cinco anos se encontram em um percentil menor que três);

• A falta de escolarização e alfabetização, tanto em Português como em Guarani (apenas uma das quinze localidades atendidas pela equipe conta com uma escola);

• A inexistência de atividades econômicas permanentes, que garantam a subsistência das famílias;

• O alto índice de alcoolismo encontrado entre chefes de família;

• A dificuldade no cadastramento da população, uma vez que há alto índice de imigração e emigração. Além disso, é comum o costume dos pais trocarem os nomes das crianças - ação que é considerada uma medida de cura e proteção em caso de doença ou outras situações potencialmente danosas.

As comunidades indígenas assistidas assemelham-se culturalmente, porém são heterogêneas em relação às condições de vida. Algumas reservas, como a de Palmares, possuem um menor número de crianças desnutridas, índices baixos de alcoolismo entre adultos e até mesmo casas de madeira cedidas pela FUNAI. Outras comunidades, como o acampamento de Capivari, que se localiza em uma estreita faixa de terra à beira de uma estrada, possuem altos índices de desnutrição, alcoolismo e saneamento deficiente.

Apesar das dificuldades, a equipe tenta trabalhar em conjunto com o Karaí (sacerdote xamãnico), ainda que nem sempre tenha sucesso. Há alguns fatores dificultadores, como o desconhecimento da língua portuguesa por parte desses índios e o seu freqüente e tradicional auto-isolamento pela tradição (ele deve evitar aglomerações e não pode ser tocado por outras pessoas).

Infelizmente, as observações participantes ocorreram em reservas indígenas que não dispunham de um xamã. No caso específico da reserva da Estiva, a karaí local encontrava-se hospitalizada há uma semana, devido a uma pancreatite aguda.

Apenas um profissional da equipe se dedica, com afinco, ao estudo do idioma Guarani, tendo estabelecido, como meta pessoal, a proficiência nessa língua até o final do ano. Os demais dominam apenas o vocabulário básico e o léxico necessário à interpretação de sintomas, às solicitações durante o exame físico e à comunicação do diagnóstico. Apesar disso, eles podem contar com a ajuda do Agente Indígena de Saúde, que costuma trabalhar como tradutor.

Os índios não costumam apresentar queixas clínicas. Segundo alguns entrevistados, até mesmo alguns casos mais graves devem ser localizados a partir de busca ativa.

As equipes se mantêm praticamente com as mesmas pessoas desde o seu início, o que minimiza problemas de entrosamento. Passados cinco anos, a maioria dos problemas continua os mesmos, segundo a percepção da equipe.

As atividades são planejadas mensalmente - geralmente, no primeiro dia do mês.

> "A gente faz um rodízio, se hoje eu fui pra Campo Molhado, semana que vem eu não vou. Cantagalo, por exemplo, é uma reserva que a gente vai uma vez por semana, se a Dra. (...) for essa semana, semana que vem é o Dr. (...), se for uma técnica de enfermagem hoje, amanhã ela não vai, tem sempre um rodízio, todos atendem a todas comunidades, todo mundo faz tudo, só que cada um tem a sua responsabilidade, a gente faz reunião todas as segundas feiras pela manha, quarta feira também, cada um apresenta um caso, aquele que é medico ou enfermeiro, complementam pra não faltar nada." (Auxiliar de Enfermagem)

D. Categorias de Sustentabilidade

D.1. Institucionalização/formalização

As equipes de saúde indígena encontram-se vinculadas ao Subsistema Nacional de Saúde Indígena, administrado pela FUNASA. A Secretaria Estadual de Saúde do Rio Grande do Sul, assim como a Secretaria Municipal de Saúde de Viamão também atuam como parceiras.

É importante salientar a importância do trabalho do Ministério Público Federal e, mais recentemente, do Ministério Público Estadual, que zelam pelo cumprimento das responsabilidades municipais (que, muitas vezes, tentam descaracterizar os índios como munícipes) e dos serviços de saúde. Segundo uma entrevistada, há um procurador do estado que cuida, com mais freqüência, das questões indígenas, e

que é um freqüentemente interlocutor da FUNASA e da Secretaria Estadual de Saúde:

> "Às vezes [a ajuda vem] com o Ministério Publico. Com os rigores da lei"...
> "a gente estava cansada do Ministério Público fazer e nada acontecer: "não vamos mais sentar com vocês e nem com o município porque estamos fazendo papel de bobos e vocês também, então um procurador tomou as dores, instituiu multa de dez mil reais por dia para o não cumprimento das cláusulas do Estado..."
> "Quem não vai por bem, vai por mal. O Ministério Público, nessas horas e também nas horas mais amenas, está com a gente, sempre..."
> "De um ano para cá tinha muita incidência do Ministério Público, Estadual, de um ano para cá a presença do Ministério Público Estadual cresceu, Estadual. De um ano para cá é visível a presença dele e o apoio..." (Coordenadora da FUNASA).

D.2. Intersetorialidade

Há várias ONGs que, desde o início, prestam assistência ao trabalham para aumentar o bem-estar das comunidades indígenas, sobretudo organizações religiosas. Segundo uma entrevistada, entretanto, essas organizações não tentam doutrinar os índios, prestando apenas um trabalho humanitário.

Além das ONGs, geralmente as outras instituições que se articulam com as equipes de saúde indígena são públicas. Como já foi mencionado, costuma-se estabelecer iniciativas pontuais com a EMATER para a capacitação profissional agrícola do índio, ainda que geralmente sem sucesso.

O próprio SUS deve, segundo a lei em vigor, articular-se com o Subsistema de Saúde Indígena, de forma a funcionar como uma retaguarda à assistência do índio - notadamente em situações de urgência/emergência ou em caso de necessidade de exames laboratoriais ou de imagem.

D.3. Participação e envolvimento da comunidade

Muitos entrevistados relatam o desconhecimento, por parte dos cidadãos das cidades visitadas, tanto das condições de saúde do índio, como do trabalho realizado pelas equipes. Muitas vezes, os indicadores de saúde indígena não aparecem nos sistemas de informação habituais, apesar da existência de um sistema de informação próprio para a saúde indígena.

> "e nós temos ainda uma situação complicada aqui, finalmente caiu a ficha, é uma briga aqui, Rio Grande do Sul, São Paulo, que tem um sistema de informação de atenção á saúde indígena, os índios são completamente invisíveis em todos os sistemas oficiais de informação, embora tenha SIAB ar , SINASC, todos eles tem um cantinho de raça e etnia, (...) nesse país [os índios] são discriminados, estão excluídos e então o quê acontece, ninguém preenche esse cantinho [dos formulários], então o índio não nasce, não morre, não adoece..." (Coordenadora da FUNASA)

> "agora parece que (...) está pegando um fôlego, ´que é uma briga antiga', que nós temos que escancarar a realidade, ela fica restrita, 'é uma briga de malucos que trabalham com índios´..." (Coordenadora da FUNASA).

Em uma observação participante ocorrida no município de Caraá, no qual a equipe de saúde indígena fez uma apresentação de seu trabalho para o Conselho Municipal de Saúde, pôde-se observar que, apesar da existência de terras indígenas no município, havia um desconhecimento significativo, por parte dos conselheiros, sobre questões culturais e de saúde dos índios. Após a morte de um recém-nascido indígena no pronto-socorro da cidade, uma conselheira, que é também enfermeira no PSF local e plantonista no serviço mencionado, procurou saber mais sobre questões culturais e relativos o cotidiano da reserva indígena de seu município. Seus colegas conselheiros, contudo, ignoravam muitas dessas questões, apesar da proximidade com a comunidade indígena, que vive no mesmo município.

D.4. Alcance e visibilidade

O projeto abrange toda a população indígena citada anteriormente (15 localidades indígenas, sendo 9 reservas e 6 acampamentos, espalhados por 9 municípios ao norte do estado). A população total atendida em junho de 2005 era de 672 pessoas. Como já dito no item acima, a população em geral e as equipes locais de PSF desconhecem a existência da equipe de saúde indígena e as ações por ela executadas. Por outro lado, há reconhecimento por parte dos índios, conforme registrado na fala de alguns agentes de saúde indígenas, do trabalho desenvolvido pelos brancos, assim como a necessidade de integrá-lo melhor ao trabalho do índio em prol de sua própria saúde:

> " (a equipe) Ajuda muito. Eles vêm toda semana..." (Agente de Saúde Indígena).
> "Agora tem que trabalhar mais a questão da organização, organizar junto com a comunidade, como é que vamos trabalhar juntos, mais juntos, às vezes fica muito parado, o trabalho do branco ninguém pode fazer, o trabalho do índio ninguém pode mexer. É claro que a gente tem que está bem em contato para ajudar um ao outro, falta mais organização pra ficar melhor" (Agente de Saúde Indígena).

D.5. Capacitação:

Praticamente todos os entrevistados que eram profissionais de saúde integrantes das equipes queixaram de falta de capacitação antropológica para o melhor entendimento da cultura Guarani.

As iniciativas de capacitação em técnica em saúde, por outro lado, são de responsabilidade da FUNASA, mas ocorre sempre em parceria com o município ou o estado. Há capacitações de saúde da mulher e saúde de criança, entre outras.

A responsabilidade da capacitação dos Agentes Indígenas de Saúde é das próprias equipes.

D.6. Avaliação

Apesar da existência de um sistema nacional de informação em saúde indígena, esse sistema enfrenta os mesmos problemas encontrados rotineiramente no Sistema de Informação da Atenção Básica (SIAB), notadamente a falta de retorno das informações repassadas. Além disso, os índios são, segundo uma pessoa entrevistada, "invisíveis" aos sistemas convencionais de informação. Por esse motivo, a equipe se vale de seus próprios arquivos e prontuários para traçar seus indicadores.

D.7. Reflexão sobre a Prática e Conteúdo Teórico

Seguramente, uma das reflexões mais comuns entre os entrevistados é justamente sobre a necessidade de maior embasamento teórico e prático em antropologia. De uma forma geral, o Subsistema de Saúde Indígena é razoavelmente conhecido pelos membros das equipes, e o idealismo e a motivação presentes em praticamente todos eles parecem levá-los, freqüentemente, à reflexão sobre a situação do índio e o trabalho desenvolvido pelas equipes. A equipe procura trabalhar a partir de uma concepção ampliada de saúde.

D.8. Sustentabilidade financeira

Como já mencionado anteriormente, o Estado decidiu interromper a execução de serviços através de Organizações Não-Governamentais, preferindo trabalhar com os municípios de uma forma aproximada à da Estratégia de Saúde da Família. A Secretaria Estadual de Saúde elaborou, assim, uma proposta de repasse financeiro semelhante à daquela estratégia, denominada Incentivo à Atenção Básica no Pólo Indígena, usado basicamente para remuneração dos profissionais de saúde envolvidos na iniciativa.

Atualmente, esse repasse é de R$4.500,00 para cada médico com dedicação de 40 horas contratado pelo município. Para cada dentista vinculado à saúde

indígena, o município recebe R$4.000,00. Já para cada enfermeiro, o repasse é de R$2.500,00. O repasse por cada auxiliar de enfermagem é de R$650,00 e, por Agente Indígena de Saúde, R$300,00.

Há também recursos federais provenientes da FUNASA, que também é responsável pelos processos de capacitação.

Os municípios, de uma forma geral, não financiam diretamente as equipes, mas costumam serem responsáveis pela manutenção dos veículos, que às vezes são cedidos pela Secretaria Municipal. Como a maioria dos veículos é importada e dotada de condições especiais, como tração nas quatro rodas e peças caras, o custo da manutenção tem um peso significativo como contrapartida municipal. Muitas vezes, algum carro permanece meses fora de serviço.

Em Viamão, a Secretaria Municipal de Saúde cedeu, à iniciativa, uma funcionária que faz o papel de articuladora política da equipe, paga pelo município.

D.9. Processo de comunicação

O trabalho da equipe não é amplamente divulgado, chegando a ser desconhecido por significativa parte da população, segundo alguns entrevistados. Não existem boletins informativos ou outro veículo formal ou informal estruturado para divulgação das atividades.

D.10. Prestação de contas

As equipes de saúde estão subordinadas à FUNASA, a quem prestam contas relativas ao patrimônio e à dispensação de medicamentos e outros insumos usados. A prestação de contas relativas aos resultados é feita sob a forma de repasse de informações para a consolidação dos indicadores de saúde indígena.

E. Categorias de Conteúdo

E.1. Acesso a bens e serviços

As equipes percebem a importância da atuação direta nas condições de vida do índio, e tentam estabelecer iniciativas nesse aspecto, como acordos para a implantação de instalações sanitárias nas reservas e aproximações com a EMATER no sentido de viabilizar uma capacitação profissional agrícola para os chefes de

família. Apesar disso, essas intervenções acabam por criar reações divergentes entre os índios.

> "Isso foi um dos motivos da evasão da comunidade, na realidade houve uma imigração em massa, a gente não sabe ao certo, mas, em uma das hipóteses, o Karaí (sacerdote xamânico) era contra essas melhorias e o Moruiti, que era o cacique, estava querendo e com a chegada de casas que estavam sendo construídas colocaram uma cisterna bem grande, para fazer distribuição de águas, canos, um grupo da reserva foi contra e saiu, estão vivendo na beira da estrada em assentamentos".

Segundo alguns relatos informais, as iniciativas em parceria com a EMATER não funcionam por não levar em conta traços culturais do índio Guarani: ele não é, nem nunca foi, agricultor. Ao longo de milhares de anos, eles se firmaram como bons coletores de alimentos presentes em seu ambiente natural.

Por esses motivos, a noção de "atuação social" da equipe acaba por entrar em conflito com as especificidades culturais do índio Guarani. É principalmente nessa área que os profissionais se sentem incapacitados antropologicamente, uma vez que o respeito à autonomia das comunidades entra em conflito direto com as prescrições do homem branco:

> "Interessante também essa relação que a gente tem muito com compromisso, com o horário, quando a gente fala de desenvolvimento sustentável, as pessoas querem fazer projetos que vá comprometer o dia dos guaranis, isso é bem complicado porque essa imposição, esse trajeto feito dessa forma sem a interação, sem construir um todo, normalmente não da certo. Por exemplo, o pessoal da Emater: agora a gente vai trazer tantas galinhas para vocês criarem e tem que cuidar, deixarem produzir, não podem comer, tem que ter o compromisso de dar o alimento aos animais, o que acontece, como não há uma coisa planejada com eles, eles comem tudo porque alguém vai ficar preso quando tem uma quantidade de animais ou uma horta. Você fica preso ou não pode sair para outra reserva porque tem que cuidar daquilo. Também tem a questão do artesanato, várias pessoas vem discutindo sobre a questão de fazer encomenda tipo do número xis de balaios e quando você chega lá um mês depois tem dois balaios, porque essa questão do compromisso, da obrigação não funciona eles perdem completamente autonomia e liberdade..." (Profissional médico da equipe).

Por outro lado, o próprio projeto funciona como acesso a serviços do estado, uma vez que procura garantir a universalidade da saúde e a franquia aos diversos níveis do Sistema Único de Saúde.

E.2. Equidade

A iniciativa está, intrinsecamente, ligada ao conceito de eqüidade, uma vez que trata de populações excluídas socialmente e que precisam de cuidados especiais.

E.3. Intersetorialidade

Há várias ONGs que, desde o início, prestam assistência ao trabalham para aumentar o bem-estar das comunidades indígenas, sobretudo organizações religiosas. Segundo uma entrevistada, entretanto, essas organizações não tentam doutrinar os índios, prestando apenas um trabalho humanitário.

Além das ONGs, geralmente as outras instituições que se articulam com as equipes de saúde indígena são públicas. Como já foi mencionado, costuma-se estabelecer iniciativas pontuais com a EMATER para a capacitação profissional agrícola do índio, ainda que geralmente sem sucesso.

Essas instituições não tiveram participação ativa na implantação da Equipe de Saúde Indígena, apesar das parcerias. Algumas outras entidades, segundo relatos dos membros da equipe, enviam às comunidades indígenas roupas velhas, muitas vezes contaminadas com doenças como Escabiose, ou materiais de construção sem serventia.

O próprio SUS deve, segundo a lei em vigor, articular-se com o Subsistema de Saúde Indígena, de forma a funcionar como uma retaguarda à assistência do índio - notadamente em situações de urgência/emergência ou em caso de necessidade de exames laboratoriais ou de imagem.

E.4. Cuidado Integral

As equipes de saúde indígena estudadas, como já foi dito, são compostas por profissionais com alto grau de comprometimento ideológico , que têm noção da exclusão social à qual são submetidos os seus usuários, e que também se submetem a condições de trabalho mais adversas, e menos gratificantes financeiramente do que aquelas encontradas pelas equipes convencionais de PSF. Muitos entrevistados revelam, porém, que se sentem gratificados pelos resultados alcançados e pelo reconhecimento dos usuários.

Os profissionais se afeiçoam de forma significativa aos índios, principalmente às crianças, devido ao aparente desprezo da cultura Guarani em relação a elas (vide trechos de entrevistas no tópico C-2, Motivação).

> "Isso é o valor do recurso humano, a questão do carinho, a questão da afetividade. Isso não tem preço, você não consegue trabalhar com saúde se você não tiver isso. É muito mais que humanizar, às vezes a gente tem essa população como família. Esse é o diferencial, a mola impulsora. Existe uma musica que fala assim; 'agarrar a primavera com os dentes', isso que dá essa roda, essa vida, tem que ter essa forca vital..." (profissional médico da equipe).

A visão da integralidade está presente de forma constante nas falas de membros da equipe

> "Como a saúde na cabeça deles não é cartesiana, (...) é bem abrangente. É a mesma coisa do nosso atendimento, você vai lá pra falar de saúde e você é a única pessoa que entra naquela comunidade, então você acaba fazendo sendo Funai, Funasa, ministério publico, conselho tutelar tudo que é trabalho" (profissional médico da equipe).

Há uma preocupação, por parte da equipe, em respeitar os conhecimentos indígenas em relação aos problemas de saúde da comunidade. Parece haver uma diferenciação, por parte dos índios, em doenças de homem branco e doenças de índio, que é respeitada pela equipe. Por esse motivo, tenta-se estabelecer uma parceria com o curandeiro indígena (karaí).

> "Desde que eu entrei nesse movimento de fazer oficinas eu pude entender que está acontecendo agora. O primeiro passo é reconhecer que existem doenças de não-índio e aceitá-las quase que como uma impotência nossa. Só você aceitar isso e querer dar um diagnóstico. O juruá (homem branco) é muito difícil. A primeira coisa a fazer nesse trabalho da gente é entender que você tem que respeitar por mais que você não acredite, você tem que ter uma atitude própria ativa que aquilo ali realmente é verdade e que vai ter uma solução com médico tradicional. Vencer todos os preconceitos que a gente traz do mundo acadêmico..." (profissional médico da equipe)
> "Uma coisa que é bem interessante é o "cambadjeré", essa doença de Índio. Ela interferia diretamente no crescimento da criança, como ela tem um estômago virado, ela não consegue se alimentar direito, e isso é uma das causas que às vezes estão levantando sobre a questão da desnutrição. Uma outra coisa que é muito importante (...), que foi levantado em várias reservas, uma das causas da desnutrição, uma delas é a causa espiritual. A criança está desnutrida é porque o espírito está afastado. A criança recebendo alimentos sendo bem cuidada, (...) e se o espírito da criança está bom, se está recebendo alimentos adequadamente (...), se você olha no olho da criança e esse olhar brilhar, é porque ela está bem.
> "Outra coisa que a gente faz é tentar identificar quem são os Karaís, a gente tem até respeito por essas pessoas. Por exemplo: quando a gente chega numa comunidade, às vezes é o karaí que vai ser atendido, a gente até prioriza como todos priorizam, ninguém se importa de passar na frente. Isso mostra o quanto a gente dá importância para eles e respeitar faz com que cria um vínculo maior. Outras coisas são os encaminhamentos que a gente faz, tem um caso, por exemplo, a família está com pneumonia, mas ao mesmo tempo a gente pergunta: "Já passou pelo e karaí?" Tem que vir comigo e passar pela Cunhã Karai, se forma um círculo". (profissional médico da equipe)
> "Até pelo depoimento deles nessa última oficina, a gente viu o quanto é importante a pessoa do Karaí... não só a pessoa que cura, mas com o educador, então a casa dos Karaí é onde a educação acontece, como eles não separam essa educação em caixinhas como nós, por exemplo: saúde e educação e cultura. É tudo junto, então a gente tem que fazer esse entendimento. Às vezes têm situações que a gente vê, tem pessoas que têm uma dor que a gente faz diagnóstico de ser pressão ou alcoolismo, a abordagem que é difícil, nós fazemos o papel de que caminhamos para com Karaí. Muitas vezes a gente tenta solicitar a passagem para a FUNASA, para essa pessoa ir até o Karaí" (profissional médico da equipe).
> "Algumas vezes a gente já tentou organizar a equipe (...), dar um carro e a comunidade pedir um Karaí para ir (...), e a equipe disponibilizou para mim. Não sou eu que tenho que ir, é a cunhã Karaí, que estão precisando dela, entendeu? Para colocar no mesmo patamar, ela tem tanta importância como eu" (profissional médico da equipe).

Os cuidados em relação à autonomia dos povos indígenas não impedem algumas frustrações em relação à essa questão - que é complexa de se tratar, principalmente quando se fala de uma cultura que foi alijada dos seus ambientes naturais e, em parte, de alguns valores culturais tradicionais.

Como já foi dito, as reservas não oferecem, pelo menos em quantidade suficiente, os alimentos naturais que os índios costumavam consumir ao longo dos séculos. Além disso, a introspecção e um certo fechamento a outras culturas são características inatas do índio Guarani, o que desfavoreceu, historicamente, a atividade comercial.

O resultado desses fatores é a dependência significativa do índio Guarani em relação ao homem branco, no que diz respeito à sua sobrevivência e assistência à saúde. Constatou-se, durante as entrevistas e a observação participante, que a maioria dos chefes de família recebem alguma pequena aposentadoria ou pensão, quando não salários diretos (como no caso dos Agentes Indígenas de Saúde), e com esse dinheiro compram alimentos - geralmente carboidratos - para alimentar a família (ou se embriagam com aguardente facilmente adquirida nos pequenos municípios próximos às reservas). Há alguma produção de artesanato típico em algumas reservas, ainda que em pequena quantidade e restrita a alguns poucos artesãos.

Pode-se constatar, por esses motivos, que quase toda a assistência social e de saúde ao índio é marcadamente condicionada pelo instituto da tutela, com grande geração de dependência, ainda que muitas ações desenvolvidas tenham por objetivo o alcance de uma situação contrária, como a criação dos conselhos locais e do conselho distrital.

E.5. Educação em saúde

As equipes realizam algumas ações de educação popular em saúde, como oficinas de criatividade Infantil, sobre crescimento e desenvolvimento infantil, grupo de mulheres e oficinas sobre verminoses. O pesquisador pôde observar uma oficina sobre desnutrição realizada em uma reserva indígena.

A equipe, com a ajuda de um tradutor e de algum conhecimento do idioma guarani, perguntava às mães presentes quais eram as maiores causas de "piruqüé" (desnutrição), e escreviam no quadro, em português, os motivos levantados. Em seguida, a médica e a enfermeira falaram sobre os índices de desnutrição naquela

reserva e em outras, mostrando como avaliar o estado nutricional através do gráfico de percentil. Há um esforço para entender as crenças e o conhecimento empírico indígena, bem como para conjugá-los ao saber ocidental.

E.6. Participação popular deliberativa

O Subsistema de Saúde Indígena prevê mecanismos de controle social, tal como o SUS. As equipes estimulam o funcionamento de Conselhos Locais de Saúde nas reservas e acampamentos indígenas, que começaram a se reunir recentemente. Em um dos livros de atas analisados, havia apenas dois registros de reunião, e o assunto principal foi exatamente uma reivindicação de construção de instalações sanitárias mencionadas como motivo de conflito no item anterior.

Há, ainda, um Conselho Distrital, responsável pelo controle social das políticas de saúde indígena para todo o distrito. Esse conselho se compõe de membros delegados provenientes dos conselhos locais e de profissionais de saúde vinculados à saúde indígena. Cada reunião é feita em uma cidade do distrito (que, não custa lembrar, é interestadual). As passagens de ônibus ou avião são pagas pela FUNASA.

A equipe recebe uma quantidade fixa de passagens de ônibus intermunicipais, que são distribuídas aos índios como ajuda para consultas especializadas nos grandes centros ou como apoio à participação de índios em instâncias como conselhos municipais de saúde, fóruns, Ministério Público e outros. Ela apóia a organização da participação popular, mas evita, segundo alguns entrevistados, interferir nas questões discutidas:

> "Inicialmente a gente vem tentando organizar, exige uma ação ativa da equipe e de certa forma meio passiva por parte dos nossos conselhos, a medida que eles forem participando dos conselhos distritais onde tem representante de todos os indígenas, o pessoal vem entendendo os valores e a medida que as coisas foram realizadas, isso foi sendo valorizada. Então a gente ver a existência dos conselhos, algumas comunidades só sai reuniões se um índio chegar e fizer (...). A gente sempre deixou bem claro no início da reunião, não somos nós que temos que fazer essa reunião, essa reunião é de vocês, nós estamos achando até que o pessoal entenda, mas os responsáveis são vocês" (Profissional Médico da Equipe).
> "Com relação a essa questão dos conselhos, que a equipe (...) de alguma forma ajuda a organizar, mas essa é uma demanda deles porque desprezam e confiam bastante nas lideranças. Então os representantes dos conselhos não foram escolhidos por nós, foram escolhidos pela comunidade. Então é uma liderança do que eles confiam mas na verdade uma demanda deles. Eles queriam uma reunião das lideranças para lutar para os guaranis pelo povo, mas eles não estavam conseguindo organizar sozinhos.nesse sentido tem um auxilio mas a demanda é bem deles" (Profissional Médico da Equipe).
> "Uma outra questão, é que nessas reuniões a gente tem uma postura de não falar, a gente fica auxiliando para redigir a ata, ai eles falam tudo em guarani entre eles,e pedem

> pra gente escrever e anotar aquilo que eles querem em português. A menos que eles perguntem, caso contrario a gente interfere menos possível" (Profissional Médico da Equipe).

Por outro lado, as diferenças culturais impedem que a eleição de representantes e a deliberação sejam, necessariamente, um exercício democrático tal como entendido pelo homem branco. Ao serem perguntados sobre o mecanismo de escolha de representantes, dois índios deram respostas diferentes: um deles, ouvido informalmente, alegou que se escolhe aquele com mais fluência em português e desinibição para falar em público. Já o segundo, um agente de saúde indígena, destacou a importância da vontade de Nhãnderu (Deus Guarani):

> "Ele foi escolhido pela comunidade e pelo próprio Deus, o Nhãnderu escolhe. Depende da pessoa e aquele agenciador, porque é muito importante,ele ajuda. Ele tem um comportamento único, o espírito. Ele ajuda na hora das falas, ele se concentra como Nhãnderu passa o sentimento, o que fala passa o que o Nhãnderu está vendo" (Índio, Agente de Saúde Indígena).
>
> "(Entrevistador): - Quando ele está no conselho ele fala pelo que Nhãnderu disse a ele ou pelo que a comunidade reuniu?
> - Uma parte se fala em (por) Nhãnderu e outra parte pra ajudar a comunidade" (Índio, Agente de Saúde Indígena)..

A visão espiritual permeia todo o processo deliberativo comunitário. Segundo a cultura Guarani, Nhãnderu começa a se comunicar com alguma pessoa da tribo, e essa comunicação geralmente é revelada aos outros índios e aceita como legítima por eles, o que pode torná-lo um representante local específico para uma questão (e não necessariamente para todas as questões). Essa visão, contudo, pode entrar em conflito com as premências de presença e horário observadas na cultura do homem branco.

> "Se realmente achar que não é para viajar, não vai. Aconteceu agora há pouco tempo, uma Karaí foi na casa do nosso agente avisar para ele não vir aqui naquele dia, ele insistiu veio e teve um acidente no ônibus, um outro guarani morreu e ele se feriu bastante. Depois a Karaí disse que tinha avisado para ele. Então há mais mistério entre o céu e a terra do que a nossa própria filosofia pode imaginar... (profissional médico da equipe)".

E.7. Atuação coletiva para o desenvolvimento de condições de vida saudáveis.

O maior problema encontrado pelas equipes de saúde indígena, a esse respeito, é o alcoolismo, muito comum em chefes de família. As equipes se sentem, entretanto, frustradas ao abordar o problema, uma vez que suas raízes são

complexas e advém, em parte, da própria situação das nações indígenas como um todo e que se encontra em constante conflito com aquela hegemônica. Ressalte-se que as principais causa mortis entre os adultos, segundo alguns entrevistados, são os acidentes externos que vitimam índios embriagados, como atropelamentos e quedas em barrancos e abismos.

Praticamente não há motivos para preocupação com falta de atividade física ou obesidade, uma vez que os índios Guarani, ao contrário dos Kaingang, locomovem-se constantemente, conservam-se magros e não têm uma prevalência significativa de doenças cardiovasculares. Por outro lado, a sua alimentação vem sofrendo uma progressiva influência da cultura "juruá" (homem branco), o que traz consigo problemas de saúde bucal e subnutrição.

A desnutrição é comum nas crianças, fato que se deve à ausência de atividade agrícola e à escassez de alimentos que possam ser coletados nas reservas (o Guarani é predominantemente extrativista e não costuma plantar alimentos, o que acaba por deixá-lo sem opção).

E.8. Redes sociais de proteção e cuidado recíproco

Não existem redes sociais de proteção além daquela organizada pelo poder público - tanto pelos subsistema de saúde indígena como pelo trabalho do ministério público. Como dito anteriormente, a Intersetorialidade ocorre de forma pontual, aparentemente sem força para consolidar uma rede.

Conclusão:

A experiência analisada é complexa e depende de múltiplas articulações entre as esferas governamentais, que parecem não se reproduzir automaticamente em todos os municípios. Isso se deve, em parte, à relativa indefinição das competências das atribuições de estados e municípios. Ademais, a população assistida é considerada socialmente excluída e a abordagem das equipes esbarra, freqüentemente, em delicados aspectos culturais.

Por esses motivos, a experiência em questão não pode ser considerada como típica de "Saúde da Família". As equipes são oficialmente denominadas de Equipes Multidisciplinares de Saúde Indígena.

Pôde-se observar a importância do idealismo e das convicções individuais, por parte dos profissionais envolvidos, no desenvolvimento e manutenção da iniciativa,

uma vez que eles trabalham em condições desfavoráveis e, em geral, piores do que aquelas encontradas por equipes convencionais de saúde da família.

Apesar do respeito às tradições dos índios Guarani e da busca do fortalecimento de sua participação no controle social do Subsistema Indígena de Saúde, a experiência não parece conduzir à autonomia dos índios por vários motivos, como o próprio caráter tutelar da política indígena em geral, o estranhamento das instituições do homem branco pelo índio Guarani, as condições adversas enfrentadas pela equipe em termos de infra-estrutura - às vezes insuficiente para o estabelecimento de uma assistência mínima - e as limitações impostas pelas barreiras culturais.

3. Conquistando o Futuro - Pedreira - SP

Data das visitas:

1a visita: 5 a 8 de julho de 2005.

2a visita: 14 a 17 de setembro de 2005.

PESSOAS ENTREVISTADAS:

Prefeito Municipal;

Secretário Municipal de Saúde;

Médico e coordenador municipal do PSF;

Médico do PSF;

Enfermeira do PSF;

Agentes Comunitários de Saúde;

Psicóloga;

Assistente Social e Terapeuta Ocupacional da SMPS;

Participante do grupo operativo de adolescentes;

Adolescentes participantes da experiência;

Diretora do EJA;

Fisioterapeuta rede pública de saúde;

Responsável pela Biblioteca Comunitária do Bairro Marajoara;

Presidente da Associação Comunitária e conselheira do Conselho Municipal de Saúde;

Usuários do PSF;

Moradores da Comunidade.

Observação Participante

Atividade do Grupo Operativo de Idosos, Atividade do Grupo Operativo de Adolescentes, Atividade da Agenda da Rede de Municípios Potencialmente Saudáveis (Escola Promotora da Saúde).

Documento Analisado:

Projeto “De Portas Abertas” da Secretaria Municipal de Promoção Social, não publicado.

A. Impressões preliminares

Na primeira visita, a recepção encontrada para a pesquisa, inicialmente por parte do Secretário Municipal de Saúde e depois pelos demais entrevistados, foi muito positiva, garantindo o acesso a informações de diversas esferas envolvidas direta ou indiretamente na experiência em questão.

A recepção da segunda visita a Pedreira – SP foi também muito boa, reafirmando o identificado na primeira oportunidade, ou seja, a clara vontade demonstrada pelos entrevistados de apresentar os projetos desenvolvidos no município bem como o reconhecimento da importância de pesquisas que permitam a construção de visões científicas a respeito da saúde no Brasil.

Pedreira (SP) é uma cidade próxima a Campinas, cerca de 40 Km, com uma população estimada para 2005 de 39.761 habitantes (FIBGE, apud BRASIL, 2005).

A renda per capita média do município cresceu 10,48%, passando de R$ 329,32, em 1991, para R$ 363,83, em 2000. A pobreza (medida pela proporção de pessoas com renda domiciliar per capita inferior a R$75,50, equivalente à metade do salário mínimo vigente em agosto de 2000) diminuiu 17,46%, passando de 8,0% em 1991 para 6,6% em 2000. A desigualdade diminuiu: o Índice de Gini passou de 0,50, em 1991, para 0,47, em 2000. A dimensão que mais contribuiu para este crescimento foi a Educação, com 51,9%, seguida pela Longevidade, com 35,6% e pela Renda, com 12,6%. Neste período, o hiato de desenvolvimento humano (a distância entre o IDH do município e o limite máximo do IDH, ou seja, IDH=1) foi reduzido em 19,1%. Se mantivesse esta taxa de crescimento do IDH-M, o município levaria 19,1 anos para alcançar São Caetano do Sul (SP), o município com o melhor IDH-M do Brasil (0,919). Tem 100% de sua população residente em área urbana. (FUNDAÇÃO JOÃO PINHEIRO, 2005)

O município apresenta, como principal atividade econômica, a produção e o comércio de porcelanas e outras formas de cerâmica, embora existam já outras áreas de produção industrial, como o plástico.

B. Descrição do PSF

B.1. Antecedentes de Atenção Básica .

Até 1995 o sistema de saúde municipal de Pedreira priorizava o modelo de especialidades médicas, com postos de saúde distribuídos nos principais bairros e um hospital municipal.

> “Eu fui em alguns locais, visitei Cuba ... mas aí nós fomos lá, eu acho que, acho não, tenho certeza que o programa tem que ter médico de família. a medicina está passando por isso... acho que, o mundo inteiro está passando por isso, naquela época era Cuba, nós tínhamos percebido isso. Havia até, um contraponto, mas que o mundo inteiro sabe disso, que tem que ter médico de família. Aquele questionamento que tinha na época, ou ter o programa médico de família ou ter medicina especializada, hoje as pessoas já consideram, você tem que ter o médico de família e é ele que vai ser a porta de entrada do sistema. Então você vai ter as especializações. Depois é que o governo federal estimulou nacionalmente o PSF, mas na época nós só tínhamos em 4 ou 5 cidades. Pedreira, Petrópolis, Niterói e uma no nordeste. Então começamos a fazer isso aqui, e implantamos o programa, trouxemos 5 médicos para cá, e hoje estamos retomando. Antigamente era esquema convencional... mas a concepção é diferente, o postinho de saúde é também o de especialidade. O que você tem na Central de Saúde nova hoje. O Toninho – Prefeito que me sucedeu - veio, acabou investindo na central de saúde e o prefeito que saiu por último acabou investindo em um hospital. Hoje nós não defendemos um projeto de hospitalização, entendemos que é voltar atrás, no tempo. Acreditamos que antes de qualquer coisa você tem que ter um médico de família. Sem essas coisas básicas, é difícil você fazer saúde.”(Depoimento do Prefeito Municipal de Pedreira)

B.2. *<u>Ano de implantação do PSF.</u>*

As mudanças significativas ocorridas na organização dos serviços públicos de saúde de Pedreira tiveram início a partir de uma visita do prefeito da época, 1995, à Universidade de Cuba, o que resultou na vinda de uma equipe cubana, composta por um médico coordenador e quatro outros profissionais. Essa parceria durou 6 meses, quando se construiu um projeto que tinha como prioridade o Programa Médico de Família. Posteriormente, esse médico cubano optou por permanecer no município, transferindo para lá sua residência e assumindo funções no setor municipal da saúde.

> “Foi assim que isso aconteceu. Quando foi a administração do... (Prefeito municipal à época), porque o ex-prefeito, que está agora, foi o prefeito que começou tudo. Ele administrou Pedreira em 92, 93, 94,95. Em 95 ele foi para Cuba em uma viagem, e foi lá e procurou e fez uma proposta de um convênio com Cuba para a cidade, com professora lá da universidade.” (Depoimento do Coordenador Municipal do PSF).

Sob sua coordenação, foram selecionados agentes comunitários de saúde, submetendo-os a treinamento por parte de uma equipe da própria prefeitura. A área escolhida para a implantação da primeira equipe de PSF em Pedreira foi o Bairro Marajoara, que apresenta altos índices de pobreza, desemprego, analfabetismo, entre outros. A ocupação deste bairro se dava de forma desordenada e não havia qualquer forma de organização social. A implantação não contou com a participação de instâncias organizativas da comunidade, nem a escolha da região foi uma resposta de uma mobilização ou solicitação dessa população.

> “O médico de família estava localizado justamente no bairro mais crítico da cidade, num dos bairros mais críticos, tem o maior índice de pobreza, invasão de terra, e a drogas...” (Depoimento da psicóloga atual da SMPS).
> “O primeiro - problema - que acho que tenha é o desemprego e a baixa escolaridade...” (Depoimento do Coordenador Municipal do PSF).

Com o fim da administração municipal em 1996 a ampliação do programa ficou comprometida, sendo retomada com o retorno em 2005 do mesmo prefeito que promoveu a implantação do PSF no município.

B.3. Orientação política-ideológica da Prefeitura Municipal.

Com relação à orientação política-ideológica do Prefeito Municipal de Pedreira, que pertence ao PSB – Partido Socialista Brasileiro – e a partir das informações colhidas através das entrevistas percebe-se que tem um perfil que aponta para uma compreensão bastante interessante do papel de um administrador público, da importancia da qualificação e perfil de sua equipe. Valoriza a ascensão de seus funcionários e constrói uma relação de confiança com seus executores diretos. Com formação de economista, apresenta uma visão bastante clara da relação de custo-efetividade de suas ações e dos programas que desenvolve.

> “mas aí nós fomos lá em Cuba, eu acho que, acho não, tenho certeza que o programa tem que ter médico de família. A medicina está passando por isso, o mundo inteiro está passando por isso, naquela época era Cuba, nós tínhamos percebido isso. Havia até um contraponto, mas que o mundo ou inteiro sabe disso, que tem que ter médico de família. Aquele questionamento que tinha na época, "A ter médico de família", ou vai ser medicina especializada, hoje as pessoas já consideram, você tem que ter o médico de família e ele que vai ser a porta de entrada do sistema. Então você vai ter as especializações. Depois foi que o Governo Federal começou a incentivar o PSF. Na época nós só tínhamos 4 ou 5 cidades. Pedreira, Petrópolis, Niterói e uma no nordeste. Então começamos a fazer isso aqui, e implantamos o programa, trouxemos 5 médicos para cá, e hoje estamos retomando. Antigamente era esquema convencional. mas a concepção é diferente, o postinho de saúde é também o de especialidade. O Toninho (Prefeito anterior) veio, acabou investindo na central de saúde e o prefeito que saiu acabou investindo em um hospital. Aí nós defendemos um projeto de não hospitalização, que é voltar no tempo. É esse o nosso conceito, que antes de qualquer coisa você tem que ter um médico de família. Sem essas coisas básicas, é difícil você fazer saúde. Eu sou economista.Economicamente inclusive, o programa médico família é viável. Eu acho que é. Falar de Programa médico de família tem um problema. Quando se fala programa você tem coisa que dá certo ou que da errado. Tudo depende do gerenciamento, ou um bom gerenciamento, fazer as pessoas fazerem a visita, fazer as medidas preventivas, e isso dá um trabalho efetivo. Alguém que controla, alguém que comanda, igual o que o Eduardo faz lá. Se não fica todo mundo lá sentado parado e não acontece nada. Então você tem que ter um retorno, um relatório, acompanhamento, tem que ter um gerenciamento desse programa. Esse programa gerenciado e bem feito, eu não tenho dúvida que é econômico. Agora se você não tiver esse acompanhamento, gerenciamento, se não tiver o envolvimento das pessoas trabalhando lá, o envolvimento. Tem até uma dificuldade às vezes, você contrata um por concurso, contrata pessoas envolvidas com o processo, e não dá certo. Você pode até envolver... às vezes uma se envolvem e outras não. Se a pessoa não estiver envolvida, se ela não tiver dom para isso, se não se envolver... vou te dar um exemplo na promoção social, tivemos esse

> problema na administração passada, a bolsa-família, agentes jovens, a renda cidadã, a liberdade assistida, prestação de serviço criminal. Então tinha bons projetos mais não funcionava, a hora que veio a nova Secretária, a Mara, mudou. Ela passou de 500 para 900, ela visitou as 900 famílias, ela se envolveu com o programa bolsa família, ela vai tentar resolver, vai ver se a criança está indo para a escola, vai ver se família está trabalhando. Não é você só dá o dinheiro, tem que acompanhar, o programa bolsa família é o mesmo, o que ele mudou? É o mesmo programa, aumentou de 500 para 900, mas não essa diferença. A diferença é motivação, envolvimento, dedicação. É isso que faz a diferença.Agora trazer as pessoas envolvidas facilita". (Depoimento do Prefeito Municipal de Pedreira)

Alguns dos profissionais de nível superior que compõem a equipe de PSF foram ACSs, e há relato de que foi esta possibilidade que despertou-lhes a vocação profissional. Foram encontrados servidores públicos em diversas áreas da administração municipal que exerceram a função de ACS em sua adolescência e/ou juventude. Apenas na Central de Saúde do município foram localizados 3 servidores com este antecedente. Há também a informação de um mestrando em bioquímica da Unicamp, que também foi ACS.

> "... eu iniciei... como agente comunidade saúde, tinha 17 anos, dezesseis anos, e isso ajudou bastante a minha escolha profissional...". (Depoimento da enfermeira do PSF).
> "E hoje eu vejo, que muitos estão ali e cresceram, como é o caso do ...(ex-ACS, que participou desta seleção e tudo, e desse treinamento, e hoje está aí, na Unicamp, desenvolvendo todo um trabalho lá. Eles viram isso como uma oportunidade, como uma inclusão..." (Depoimento da psicóloga atual da SMPS).
> "... um agente comunitário responsável, rapaz que saiu até, não trabalha mais com a gente, ... (ex-ACS), trabalha em outro setor da prefeitura..." (Depoimento do médico do PSF).

B.4. Cobertura municipal de PSF

O PSF apresenta uma cobertura atual de cerca de 40% da população do município, é está constituído por nove equipes. Conforme informações colhidas junto ao secretário municipal de saúde, a intenção é completar a atual administração municipal com 80% de cobertura. Esse informante explicita que o PSF é uma opção estratégica da Secretaria Municipal de Saúde. Já o Prefeito Municipal demonstra maior otimismo, pretendendo cobertura total até o final de sua administração.

> "Nós pretendemos chegar com uma cobertura de pelo menos 80%. Porque o nosso foco realmente está em médico de família. Porque para a gente melhorar a qualidade do atendimento, para diminuir essa demanda exagerada de exames, nós precisamos estar focados em idéias comprometidas... Ao invés de os médicos de família encaminhar para o especialista atender, eles vão resolver esses casos juntos, uma ação integrada entre os profissionais... Isso hoje a Central de Saúde já está fazendo junto com o médico de família." (Médico e Secretário Municipal de Saúde).

B.5. Tamanho da população adscrita à ESF em foco

O bairro Marajoara possui uma população cadastrada de 1476 famílias, o que corresponde, segundo o coordenador do PSF do município a cerca de 6400 pessoas. Nesse bairro trabalham de forma conjunta duas equipes de PSF.

> "Estamos atualmente com 1476 famílias, o que deve representar umas 6400 pessoas..., umas 700 e poucas famílias para cada equipe. Porque o Ministério fala 1000 famílias, mas nós achamos que de 700 a 800 famílias é um número adequado para poder fazer promoção da saúde. Porque se não vira um pronto atendimento. Nos temos aqui em Marajoara uma média de 4 pessoas por família e o Ministério fala que devemos atender ate 4500 pessoas, mas nos achamos que atender até 3500 é um número bom., Na prática é o que percebemos, senão ficamos somente no trabalho da clínica, não temos tempo para mais nada, só a parte curativa e preventiva. "(Depoimento do Coordenador Municipal do PSF).

B.6. Processo de trabalho da ESF

B.6.1. Composição da ESF e carga horária dos membros da ESF

A equipe de Saúde de Família no município de Pedreira é composta pelos seguintes profissionais: um médico, um enfermeiro, dois auxiliares de enfermagem e cinco ou seis agentes comunitários, dependendo da população contida na área de atuação. No entanto, o Coordenador do Programa trabalha com uma compreensão diferente. Segundo ele, só existe uma equipe em todo o município, e vários núcleos. Todos os profissionais do Programa foram selecionados por concurso público, inclusive os ACSs e trabalham em regime de 40 horas semanais. Além desses profissionais, o Programa Médico de Família conta com uma Psicóloga e está se adequando para incluir na equipe profissionais de odontologia.

> "Nossa proposta é ter vários núcleos porque aqui nós não falamos em equipes. Equipe é uma só com vários núcleos..". (Depoimento do Coordenador Municipal do PSF).
> "Bom, o Ministério diz que o Agente comunitário deve morar na área, ser uma liderança da comunidade, escolhida pela própria comunidade, e nos começamos assim, as pessoas foram selecionadas, passaram por um processo seletivo, mas devido a Lei de Responsabilidade Fiscal, a questão dos funcionários, para eles serem efetivados e eles terem todos os seus direitos trabalhistas, não tinha como cumprir isso, então se determinou fazerem o concurso público. Então todos que trabalham como ACS passaram no concurso, quase todos passaram..." (Depoimento do Coordenador Municipal do PSF).

B.6.2. Divisão de tarefas na equipe

Existe uma preocupação muito evidente com o espírito de equipe, da construção de um trabalho compartilhado entre os diversos profissionais do PSF de Marajoara. No entanto foi possível identificar a seguinte organização na divisão de tarefas entre os membros da equipe de PSF:

· Médico: Exerce a função de clínica médica, participa de alguns grupos operativos como o de gestantes, encaminha e acompanha os pacientes no que diz respeito ao trabalho dos profissionais de especialidades médicas da Central de Especialidades do município e no hospital, alem de ser co-responsável, junto com o profissional de enfermagem, pela gerência da UBS. Executa visitas domiciliares com agendamento construído pelos ACSs e a equipe de enfermagem.

· Enfermeiro: Exerce funções administrativas, de supervisão da equipe de PSF, é responsável pela qualidade e construção dos dados que alimentam o SEABE. É também quem, na prática, gerencia a Unidade Básica de Saúde, mesmo que numa gestão colegiada com o médico. É responsável pela consulta de enfermagem que antecede as consultas médicas, preparando o preenchimento da ficha individual do paciente. Quando do fim da consulta médica, o profissional de enfermagem tem a tarefa de novamente atender o paciente, fornecendo-lhe a medicação e as orientações a respeito dos procedimentos determinados pelo médico. Executa visitas domiciliares em decorrência das demandas levantadas pelos ACSs.

> "O enfermeiro é o gerente da unidade. Na verdade, ele e o médico formam o colegiado que é responsável por toda a equipe. As decisões são tomadas pelos dois. Como o médico tem as atividades mais voltadas a assistência médica, consulta, tem a pressão da demanda, e mais a participação nos grupos, por exemplo de gestantes, e o enfermeiro tem essa compreensão administrativa na formação dele, na hora de sistematizar o trabalho da enfermagem, ele sistematiza também o trabalho da equipe. Nos julgamos que o trabalho do enfermeiro é o coração da equipe. Ela não deve ser aquela burocrata, que só manda fazer, que mexe com a papelada. Nossa enfermeira participa ativamente de cada acolhimento, ela quem faz a consulta da enfermagem, junto com a técnica, ela que decide quem está mais grave, para encaminhar para o médico. O paciente não vai direto para o atendimento clinico, quando chega na recepção ele passa por uma entrevista e passa pela enfermagem. Sempre tem que passar pela enfermagem. Na verdade é uma consulta de acolhimento, e de classificação, ele preenche uma ficha única, a enfermeira relata a queixa do paciente, mede a pressão, a temperatura, já vai tudo pronto para o médico. Então é encaminhado para a consulta médica, o médico acrescenta algo que faltou e só então começa a consulta. Quando sai da sala, volta para a enfermagem verifica o que indicou o médico, oferta o medicamento que nos temos, conversa sobre como tem que tomar. Quando é uma criança, tem que ter o responsável junto dessa consulta. O paciente já sai com tudo pronto, porque não tem como você consultar e não ter o remédio, ou não ter a orientação de como tomar o remédio. Às vezes o paciente é analfabeto, ou confunde um remédio que tem a embalagem parecida com outro." (Depoimento do Coordenador Municipal do PSF).

· Técnico de enfermagem: esse profissional é bastante valorizado na estrutura do PSF de Pedreira, e suas funções vão alem da questão dos curativos e da vacinação. Participa do planejamento das ações da equipe, exerce uma ponte entre o profissional de enfermagem e os ACSs, alem de acompanhar tanto o acolhimento como as consultas de enfermagem. Executa visitas domiciliares sempre que são

identificados casos que exigem seu suporte, como para acamados, crianças recém nascidas, etc.

> “Eu percebi que o tempo desse profissional era muito usado só com curativos, vacina, era um ajudante do enfermeiro. Aqui nossa proposta é diferente. Aqui o técnico atua supervisionado pelo enfermeiro, mas, além disso, ele pensa também, pensa, discute, conhece as famílias, faz visitas, pode acompanhar o ACS nas visitas, ele tem uma função mais ativa. É uma pessoa muito importante. Às vezes acontece de compor uma dupla com enfermeiro ou o médico, as vezes na casa tem algum problema na casa de uma família que tem que ser visitada, um bêbado, uma menina grávida, conversa pra ver o que está acontecendo, questões como o aleitamento materno, uma questão mais constrangedora, depende da situação.Ele também tem funções de auxiliar o enfermeiro na construção dos dados do SEABE, tem aparte de vacina, de curativos, ele acompanha o fluxo de pacientes na unidade, faz o acolhimento...” . (Depoimento do Coordenador Municipal do PSF).

· Agente Comunitário de Saúde: é responsável pelas visitas domiciliares, pela execução de grupos operativos, participam de forma determinante em atividades de promoção da saúde, como no caso das Escolas Promotoras de Saúde. São proponentes de atividade e também executores, sempre com a supervisão dos demais profissionais da equipe. Além de moradores da região, são, em sua maioria, adolescentes, com idade variando entre 18 e 25 anos, muitos deles cursando faculdade a noite. Depois de submetidos a um período de treinamento/avaliação, são incorporados ao Programa. Atualmente, a maioria dos ACSs ainda apresenta um perfil jovem,

> “O ACS, primeiro, tem que se ver como membro da equipe, toda a proposta começa com a compreensão que o trabalho é de equipe. Mas cada um tem sua definição de tarefas, por sua categoria profissional, o médico, o enfermeiro. Nós temos preocupação com a promoção, proteção e recuperação da saúde Isso é o que primeiro tem que fazer. Mas a essência deles, a atividade principal é a visita domiciliar – do ACS. Tem uma ficha única de cada morador, mas tem também uma ficha familiar. Que tem que estar atualizada. O agente tem um caderno, um diário de campo, onde estão anotadas as coisas principais, de higiene, de exames, da situação social, e isso serve porque tem coisas que se coloca no caderno que não se coloca na ficha, e é constrangedor ficar anotando certas coisas na frente da família, então quando sai da casa é que anota no caderno No processo de formação de nossos profissionais, nos valorizamos a experiência de vida e de trabalho que cada um já possuiu, as características de cada um. Os processos de visitas seguem uma seqüência de quatro visitas. Uma primeira, que é de acolhimento, de apresentação da equipe, a pessoa nos acolhe em sua casa e nos a acolhemos no programa, um acolhimento mútuo. Nessa primeira visita nos não fazemos o cadastramento nem nada, Ela é para criar um ambiente de confiança. Isso funciona tanto numa área nova em que implantamos o PSF quanto para uma família nova que se muda para nossa região. A segunda visita é de cadastramento. Ai já se vai com uma proposta de conhecer mais o perfil da família, todas as condições que tem, para servir, primeiro para alimentar o sistema do SEABE, e de nossa produtividade, e segundo que nos sirva para nosso planejamento. Esse não é um processo forçado, tem perguntas que as pessoas não vão saber responder, muitas vezes não falam a renda, porque pensam que podem aumentar o IPTU, e nós não podemos ser inquisidores, de perguntar e exigir que preencham um formulário. Eles têm a liberdade de falar ou não. Nós damos essa orientação, ninguém pode obrigar o morador a responder todas as perguntas. É melhor ficar sem a informação do que ficar sem a pessoa. A terceira visita que nos fazemos é o

> retorno, quando o membro da equipe volta segundo as necessidades que foram identificadas. Pode ser uma visita de acompanhamento a uma criança com problema biológico, pode ser visita diária, pode ser semanal, pode ser até mensal, desde que seja uma família que não foi identificado nenhum problema grave. A visita mensal é o que preconizamos. Tem também a função de acompanhar as campanhas como da dengue, de preservação do ambiente, etc.A quarta visita que é a de convocação. Uma consulta que faltou, um paciente que precisa de uma consulta, uma vacina, um resultado de exame. Cada visita tem diferentes objetivos, abordagens, tempo de duração e isso nos trabalhamos quando fazemos o treinamento dos ACSs eles tem uma micro área. Essa micro-área nós preconizamos que possua de 160 a 200 famílias. Se considerarmos que o mês tem 20 dias úteis, considerando também o horário de trabalho que são 8 horas e descontando essas outras atividades que fazem, que os grupos, a escola, etc, nos contamos oito visitas diárias. Isso é que deveriam fazer, isso considerando que a visita tem que ter duração entre 20 minutos e 50 minutos, por que a prática nos mostrou, a não ser a convocação que é mais rápida, que se você fica menos de 20 minutos você não consegue nem cumprimentar as pessoas, criar um vínculo, e se você fica muito tempo você perturba a pessoa. Se a visita começa a demorar mais de 50 minutos é melhor voltar outro dia. Então, considerando tudo isso, nós orientamos a fazer oito visitas diárias, o que seria em 20 dias, 160 visitas. Dá pra visitar todas as famílias, pelo menos uma vez por mês. Agora tem famílias que recebem mais de uma visita no mês, depende da realidade que foi percebida. Essa é nossa proposta. O ACS tem que fazer uma ata, e depois nos informatizamos as informações e depois vamos trabalhar em cima dos grupos de risco. Trabalhos as gestantes, as crianças, o adulto, o idoso, hipertenso, diabético. O foco maior do ACS é na comunidade, mas ele também desempenha funções administrativas, atualizar o cadastro, ver o que está faltando. Mas eles conhecem os problemas da comunidade, sabem onde tem problemas de meio ambiente, onde está começando um lixão, onde tem esgoto quebrado, eles vêm tudo que esta acontecendo na rua.”. (Depoimento do Coordenador Municipal do PSF).
>
> “...eu iniciei com o doutor ... (Coordenador Municipal do PSF) quando ele chegou aqui, como agente comunitário de saúde, eu tinha 17 anos...” (Enfermeira de PSF).
>
> “Nós tivemos um trabalho aqui de agentes comunitários, quando começamos em 95, nossos agentes comunitários de saúde, que eram do PACS, eram só jovens, agora estão um pouquinho mais velhos, mais quando começaram tinham 17 anos, 16, 17 e 18 anos, há dez anos atrás.” (Depoimento do Coordenador Municipal do PSF).

B.6.3. Mecanismos de tomada de decisão

A organização do trabalho em equipe do PSF de Pedreira conta com reuniões de equipe onde são discutidas e definidas as ações de todos os profissionais. Em alguns momentos essas reuniões têm freqüência diária, em outros semanais. Além dessas, existe também reuniões mensais, com a presença do Coordenador Municipal de PSF, onde são construídas coletivamente as decisões para o andamento dos trabalhos da Equipe. Não foi possível determinar o grau de subordinação dentro dessas reuniões, mas a liderança do Coordenador Municipal parece clara, o que pode ter como origem o reconhecimento de sua capacidade ou outras questões que vinculem autoridade administrativa.

> “A reunião de equipe é o espaço formal de discussão de caso. É na reunião diária, com toda a equipe, que discutimos todos esses problemas É o momento de construir as praticas e procedimentos que devem ser tomados. Nesse momento, discutimos questões administrativas, da área de saúde, às vezes até coisas pessoais, coisas da relação entre os membros da equipe. Agora, tem os espaços formais e tem também os espaços informais, nós temos todos os dias um café da manha preparado por nossa funcionária,

> um leite fervido, com café, com pão e manteiga, e como esse tem vários espaços e momentos onde a equipe está trocando opiniões, informações, então muitas vezes algumas questões não precisam ser tratadas na reunião, são resolvidas nesses espaços. Tem que ser por um consenso, você atua dentro de uma proposta de uma instituição, tem a proposta individual de cada técnico, a psicóloga pensa de uma forma, o outro de outra, mas nos tratamos que seja um consenso da proposta. Nós temos uma meta, que é o horizonte que o Miguel Malo fala, que fica cada vez mais longe, quando você acha que está chegando, nunca se alcança, mas nós temos uma proposta séria, definida, sabemos o que queremos, defendemos a autonomia do ACS, mas o que ele não pode fazer é definir suas escolhas a partir de seus interesses particulares". (Depoimento do Coordenador Municipal do PSF).

B.6.4. Fluxo de informação dentro da ESF

Como explicitado no item anterior, as reuniões de equipe respondem por parte significativa das necessidades de fluxo de informações. Além dos espaços formais e informais de relacionamento da equipe, existe também outro instrumento, que passa pela recepcionista da Unidade de saúde da família, sendo que cada profissional tem uma pasta onde são deixados recados, solicitações e outras orientações, podendo qualquer dos membros da equipe utilizar-se desse instrumento.

> "As vezes, quando necessário, durante as visitas o ACS liga a cobrar aqui, discute o que está acontecendo, as vezes tem alguém passando mal na casa, tem vários instrumentos de comunicação. Os recados ou tarefas que surgem são deixadas com a recepcionista, cada um tem uma pasta, onde podemos deixar recados e orientações, mas não criamos ainda um espaço de mural, a unidade não oferece essa possibilidade. A recepcionista é uma peça fundamenta, que as pessoas não pensam, nossa auxiliar de serviços e nossa recepcionista são parte da equipe, elas moram no bairro, conhecem o trabalho cada membro da equipe". (Depoimento do Coordenador Municipal do PSF).

B.6.5. Agendamento das atividades

As atividades dos diversos profissional da Equipe de PSF de Pedreira possuem um cronograma de atividades que variam de acordo com o estágio de implementação em que se encontram na comunidade. Em Marajoara, como o Programa já se instalou a bastante tempo, esse cronograma já superou a fase mais crítica do cadastramento das famílias, permitindo à equipe o desenvolvimento de diversas atividades.

> "Nos temos um cronograma, que atende as questões de ginecologia, de pré-natal, por cada micro área, das atividades também de promoção como foi o caso da escola saudável, das crianças, do hipertenso que tem um acompanhamento a cada três meses, esses casos são para a convocação, tem o agendamento das consultas. Agora, a consulta mesmo, nós temos o acolhimento, e como já conhecemos bem os casos, fazemos agendamento, sabemos quando chegam os remédios, etc. nesse processo o técnico nos auxilia muito, temos tudo informatizados, todos fizeram o curso, que conseguimos na Unicamp, então tem uma série de coisas que já estão previstas, prontas pra organizar o agendamento. Como eles chegam as 7 horas da manhã e como não se fazem visitas ate as oito e meia, porque atrapalha a vida das famílias, então nessa primeira hora de serviço dá pra fazer toda essa troca de informações e o planejamento

> do dia, eles se programam e trabalham durante o dia.” (Depoimento do Coordenador Municipal do PSF).

B.6.6. Intersetorialidade

O PSF de Pedreira, principalmente o que está instalado no bairro Marajoara, por seu tempo de maturação, possuiu uma vasta experiência no campo da intersetorialidade, como pode ser comprovado no depoimento que se segue:

> “Temos uma parceria forte com a educação, onde desenvolvemos varias atividades. É nossa parceria mais estruturada, alem do espaço físico já definido tem também a questão do financiamento. Hoje, por exemplo, todo o material que usamos, cartolina, pinceis, na atividade da escola saudável, tudo isso foi financiado pela escola, As vezes para fazer um trabalho comunitário, com os moradores, por exemplo nossa biblioteca, temos que pedir para a escola, ela é muito rica. Tem o setor de obras da prefeitura que sempre estamos intermediando alguma intervenção, tem a promoção social, que, como temos um envolvimento com as famílias, às vezes precisam de uma sexta básica, de um aluguel. Tem parcerias com o setor de esportes, fazemos varias atividades esportivas. Com a cultura temos também parcerias e participamos de atividades que são realizadas na comunidade, já montamos nosso grupo de teatro dos adolescentes e da terceira idade. Temos parceria também com a secretaria de comercio e industria, na área de cursos profissionalizante”. (Depoimento do Coordenador Municipal do PSF).

Quando perguntado se a situação inversa também acontece, de outros setores da administração pública procuraram o PSF para desenvolverem suas atividades, encontramos a seguinte resposta:

> “Sim, claro. A pastoral da criança é um exemplo disso, é uma associação de caráter religioso, da igreja católica, que faz um trabalho comunitário, e que eles nos procuraram pra que nós orientarmos e também fazer junto. Eles fazem suas visitas e tem o seu próprio procedimento, mas participamos, e às vezes no domingo desenvolvem atividades aqui na unidade. Todas essas atividades com a comunidade que nos fazemos em parceria, foram eles que nos procuraram, comerciantes, Rotary, Lions, Maçonaria. Tudo que fazem é vinculado com nosso trabalho. Nós somos o ponto de referencia do bairro. Qualquer coisa que se pretende trabalhar aqui no bairro nós somos procurados, não se faz nada sem primeiro conversar com a gente, sejam até questões do fórum, de pensão alimentícia, distribuição de leite, do conselho tutelar”. (Depoimento do Coordenador Municipal do PSF).

B.7. Descrição da UBS

A unidade de saúde da família passou por uma reforma recente e sua descrição pode ser obtida a partir do depoimento abaixo:

> “Acabamos de passar por uma reforma. Antes nos tínhamos dois consultórios médicos, três salas de enfermagem pequenas, uma de procedimento e uma de consulta, um salão de reuniões pequeno, uma recepção com salão de espera e uma cozinha pequenininha. Agora, com as obras de ampliação, nos ganhamos uma área de serviço, uma cozinha maior, dois consultórios médicos mais, um que irá ser destinado à consulta de enfermagem, uma sala para reuniões com os ACSs, ganhamos um consultório odontológico com duas cadeiras, ganhamos um espaço para a parte administrativa, tem essa sala de aula da Unicamp, onde faremos aulas de informática e futuramente criar um telecentro, para cursos profissionalizantes e de educação a distancia, que é um projeto da rede de municípios potencialmente saudáveis, e queremos também utilizar um

> espaço que a obra possibilitou para ser um salão da comunidade, para eventos festas, com banheiros públicos, que também vai ser usado pelos grupos operativos. A saúde da família não é só consultórios de médico assistencial, precisa espaços próprios, que não sejam da associação comunitária ou da igreja, que elimine os problemas com chave, responsável, etc, que nos permita autonomia, independência, para nós oferecermos o espaço para a comunidade. Com condições melhores". (Depoimento do Coordenador Municipal do PSF).

B.8. Relação do PSF com o restante da rede municipal de saúde

B.8.1. Caráter substitutivo ou complementar

Nas localidades onde existe uma unidade de saúde e é instalado o PSF, a unidade é passa a ser denominada Unidade de Saúde de Família - USF. O caráter é substitutivo, ou seja, o PSF assume todas as funções da Atenção Básica nas regiões onde é implantado. Nas demais regiões, onde não foi instalada ainda o Programa funcionam as Unidades Básicas de Saúde – UBS, sendo que o município possui ainda uma Central de Saúde, aparentemente bem equipada, com serviços de exames e de especialidades, inclusive com serviços de reabilitação e saúde bucal e um hospital. Não foi o caso do Bairro Marajoara, uma vez que o bairro não era assistido por nenhuma unidade de saúde, sendo que seus moradores utilizavam os serviços de uma unidade de outro bairro.

> "Quando começamos, o PSF não era substitutivo porque não havia nada da área de saúde instalado. Nossa proposta foi atender a periferia, o mais longe da cidade. Eles tinha que andar muito a pé para ir até uma unidade de saúde. Nossa proposta era estar perto da comunidade. Essa primeira unidade serviria como porta de entrada do Programa para o sistema de saúde do município". (Depoimento do Coordenador Municipal do PSF).
> "E o posto de saúde mais próximo que a gente tinha, o centro de saúde no caso, que era no centro da cidade naquela época, ou o postinho de saúde aqui do Triunfo". (Depoimento da Presidente da Associação Comunitária).

B.8.2. Relações de referência e contra-referência

O município de Pedreira possui uma Central de saúde onde funcionam os serviços de exames e o atendimento de especialidades, além de um hospital. São essas as possibilidades do PSF desenvolver as relações de referência e contra-referência. Quando necessário, os pacientes são encaminhados para esses serviços, que após serem atendidos são reencaminhados para o PSF, que fica responsável pelo acompanhamento dos procedimentos. Foi possível presenciar o carro do PSF levando material de exames e buscando resultados.

> "A central de saúde que você conheceu funciona como nosso suporte de especialidade, nossa referencia. Existe um serviço de ambulância bastante eficiente, através do 192, que ligamos e rapidamente atendem, nos prestamos uma primeira assistência e acionamos a ambulância. Nos não temos condições de atender as emergências mais

> complexas, apenas alguma pequena sutura, coisas assim, depende da experiência do profissional. Nos inclusive acompanhamos o paciente na emergência, nunca mandamos o paciente sozinho. Ou o técnico vai ou o ACS também. Então temos essa relação de referencia com a central de saúde e com o hospital". (Depoimento do Coordenador Municipal do PSF).

B.9. Descrição sucinta da comunidade atendida pela(s) ESF(s) envolvidas na experiência.

B.9.1. Nível de organização

O bairro Marajoara, onde está instalado o PSF em questão possui uma Associação Comunitária. A origem dessa organização está vinculada à implantação do Programa, uma vez que foram os ACSs quem identificaram moradores com perfil de liderança, e a participação do PSF na constituição da Associação foi fundamental. Atualmente a Associação Comunitária conta com uma sede, onde funcionam uma Biblioteca, cursos profissionalizantes, de música, etc. A presença dos ACSs nessas atividades é marcante. Durante as obras de ampliação da UBS do Bairro foram transferidas algumas atividades do PSF para lá, como o Grupo Operativo de Adolescentes.

> "Foi quando as meninas me descobriram através de uma denúncia que eu fiz. Aqui em cima funcionava um lixão onde várias pessoas da cidade depositavam lixo, e tinha uma firma aqui na cidade que começou a jogar resto de animais mortos jogavam aí começou a ficar um cheiro insuportável, e quando foi uma semana, eles jogaram um caminhão de pneus e atacaram fogo. A partida de hoje eu não vou ser mais aquela pessoa pacata, vou partir para a ignorância, para os meus direitos, porque não é possível que o cidadão tem que conviver com o lixo com urubus, não é porque existe um lote na área afastada da cidade, que a gente tem que estar submetida a certas coisas. Foi quando eu procurei a TV local, para fazer a denúncia e deu um rebu danado na cidade. A TV foi lá, hoje eu sou muito amiga do pessoal da TV e eles me dão espaço para divulgar os cursos que a gente faz. Aí eu fiquei conhecida na região inteira da noite para o dia". (Depoimento da Presidente da Associação Comunitária do Marajoara).

Existiu outra organização social, chamada Associação de Apoio à Família, da qual alguns ACSs participaram da Diretoria e que durante um período desenvolveram ações junto à comunidade. Atualmente ela está inativa, pretendendo ser reativada com caráter municipal.

Não existe Conselho Local de Saúde ou de outros setores, talvez devido ao tamanho da cidade. No entanto, o Conselho Municipal de Saúde tem grande atuação, sendo que a Presidente da Associação Municipal do Bairro Marajoara é a representante local.

B.9.2. Perfil socioeconômico

O Bairro Marajoara apresenta altos índices de pobreza, desemprego e analfabetismo. A ocupação deste bairro se deu de forma desordenada e não havia qualquer forma de organização social. A implantação do PSF não contou com a participação de instâncias organizativas da comunidade, nem a escolha da região foi uma resposta de uma mobilização ou solicitação dessa população. As ruas não são asfaltadas e parte das habitações foram construídas pela COHAB. Existe um comércio local, e o bairro é atendido por uma linha de ônibus urbano.

> "O médico de família está localizado justamente no bairro mais crítico da cidade, num dos bairros mais críticos, tem o maior índice de pobreza, invasão de terra e drogas..." (Depoimento da psicóloga atual da SMPS).
> "O primeiro - problema - que acho que tenha é o desemprego e a baixa escolaridade..." (Depoimento do Coordenador Municipal do PSF).

B.9.3. Outras características que o pesquisador julgar relevantes

Importante sinalizar aqui as inúmeras atividades desenvolvidas pelo PSF que, num primeiro olhar, se enquadrariam em nosso conceito de Promoção da Saúde, uma vez que, em maior ou em menor grau, buscam e desenvolvem a ampliação das possibilidades de escolha da comunidade, intervindo em determinantes sociais da saúde e proporcionando mais autonomia e, conseqüentemente, mais qualidade de vida para seus participantes.

A pesquisa, preliminarmente, permitiu identificar pelos menos mais seis práticas que vem sendo desenvolvidas pelo ou com participação do PSF. Elas merecem uma melhor investigação, inclusive para conferir, se há nelas as categorias que nos permitiriam conceituá-las como de promoção da saúde. Este termo é encontrado nos discursos do coordenador do PSF no município e também no do médico da ESF, mas não diretamente relacionados a estas práticas. São elas:

· Grupo da terceira idade – se reúne três vezes por semana, com o apoio de uma fisioterapeuta e ACSs, onde são desenvolvidas atividades físicas e de educação para a saúde, mas com grande alcance em processos de socialização, auto valorização, atividades lúdicas e recreativas, e melhoria em indicadores de saúde, como depressão, controle de diabetes e hipertensão etc;

· Grupos de adolescentes – se reúnem duas vezes por semana, em horário não coincidente com o horário escolar, com apoio presencial de uma psicóloga e ACSs, onde são desenvolvidas atividades profissionalizantes, culturais de educação para a saúde, As peças teatrais, por exemplo, têm seus temas escolhidos pelos

próprios adolescentes, que constroem coletivamente os roteiros e apresentam à comunidade, fortalecendo os laços de socialização, identidade e reconhecimento social;

· Atividades nas Escolas da área de abrangência do PSF - com participação de psicóloga, médico e ACSs – nas quais é desenvolvida educação para a saúde junto aos alunos, buscando a redução de índices de gravidez e DST-AIDS, mas promovendo também a redução da evasão escolar e problemas de aprendizagem. Estas atividades também atingem os profissionais da educação, com atendimento e suporte psicológico para professores, principalmente na administração de conflitos entre esses e os alunos.

· Campeonatos de Futebol de salão - coordenados por ACS, para crianças até 14 anos, onde, além da atividade esportiva, se busca a construção de identidade comunitária e do envolvimento de adultos na formação das crianças.

· Biblioteca comunitária - funciona na sede da Associação Comunitária do Marajoara, onde além do acesso a livros, valorização dos hábitos de leitura, são desenvolvidas, sob supervisão do PSF, atividades de geração de renda, socialização, construção de identidade e auto-estima.

· EJA, programa de alfabetização de jovens e adultos – desenvolvido na escola da região, no turno noturno. A partir da demanda identificada pelos ACSs e demais membros da ESF, da procura da comunidade de solução para suas deficiências na área educacional, e da solicitação de apoio por parte da diretora e vice-diretora da escola municipal, a psicóloga do PSF e ACSs foram incorporadas ao programa, apresentando conteúdos de educação em saúde e outros.

· Projeto Escola Promotora de Saúde, programa desenvolvido com a participação de ACSs e sob a supervisão da Psicóloga em escolas do município, onde alunos são capacitados, através de dinâmicas e palestras, para se tornarem multiplicadores de conceitos de higiene, prevenção a doenças, etc.

C. Descrição do Projeto

C.1. Antecedentes

O PSF foi criado após a experiência do PACS, quando foram recrutados e capacitados adolescentes da comunidade para a função de Agentes Comunitários de Saúde. Sua primeira tarefa foi a construção de um diagnóstico da comunidade,

através do cadastramento. O relacionamento do PSF com crianças e adolescentes da comunidade foi aprofundado quando o PSF do bairro Marajoara, por não haver ainda uma estrutura fixa construída na região, ficou instalado em um imóvel público, de nome SAMUCA, onde também funciona um modelo de prevenção social, com aulas de reforço e acompanhamento escolar para crianças e cursos profissionalizantes para atendimento da população carente da comunidade. A equipe do Marajoara vinha desenvolvendo tentativas de grupos operativos com adolescentes, utilizando-se de recursos como dança de rua, capoeira, aulas de música, embora com resultados pouco duradouros. Com relação às crianças, o PSF da região desenvolve atividades recreativas e esportivas. A faixa etária dos ACSs reforça essa capacidade da ESF de lidar com as questões específicas do universo de adolescentes.

> "Nessa época era muito rico, como era uma coisa que a gente estava implantando, a gente estava abrindo um serviço, não havia nada naquele local, no SAMUCA primeiro, e antes de começar as atividades de manhã a gente fazia a reunião, às vezes à tarde, no final da tarde fazia outra reunião. Então era um espaço muito legal, de conversa, pedagógico mesmo, de estar passando as coisas para os agentes, para gente estar conhecendo o terreno, para a gente era um conhecimento muito grande..." (Depoimento do médico do PSF).
>
> "Era um aparelho de prevenção social, eu acho até legal essa denominação, era o mesmo espaço, não tinha ligação por dentro, mas era o mesmo prédio. Tinha um convívio de profissionais, inclusive com as crianças de lá. A gente aprendia muito ali... a gente fazia essa coisa de atenção médica, de vacina, tudo ali na nossa comunidade, dentro de nossa unidadezinha.".(Depoimento do médico do PSF)
>
> "Aqui tinha uma instituição de prevenção social que tinha quatro cômodos e cederam para nós. Começamos aí em quatro cômodos. Fazemos lá atendimento médico e odontológico e acrescentando a associação de apoio à família. A diretora da época nos ajudou muito..." (Depoimento do Coordenador Municipal do PSF).
>
> "... a gente trabalhava, há alguns grupos, e de adolescente ainda era difícil para nós. Trabalhávamos a terceira idade facilmente, o grupo de gestantes, hipertensos, diabéticos, crianças, trabalhava na escola... Mas quando eram adolescentes... Nós temos um trabalho com duas escolas e que é trabalho nosso, que começou numa escola de 1ª a 4ª série, já de 5ª a 8ª... nós vimos que estávamos falando para nós mesmos, de que era longe, que era fora da área, que não estava na área de ação, mas nós começamos a dar conta de que o problema era nosso sim, porque os adolescentes iam lá, então o problema está na gente... isto foi uma incompetência nossa... é algo que nós não queremos reconhecer na época, que nós tínhamos dificuldade com isso. Então nós sentamos e discutimos... que tínhamos que começar a enfrentar o problema... Decidimos retomar os trabalhos com os adolescentes..." (Depoimento do Coordenador Municipal do PSF).

O PSF do Marajoara tem presença marcante em muitos outros programas sociais, que vão desde a luta por conquistas de melhorias de infraestrutura, moradia, alimentação, atendimento a situações críticas como enchentes, até os grupos operativos de Terceira Idade, e outros. São desenvolvidos trabalhos em parcerias

com a Pastoral da Criança, Secretaria de Assistência Social, etc. (Ver descrição do PSF no item B.6.6)

C.2. Motivação

A experiência foi resultado de uma parceria firmada entre a SMPS e coordenação do PSF. Consistiu em promover um processo de inclusão dos adolescentes “em conflito com a lei” encaminhados pela SMPS no espaço físico da USF. A definição do local de cumprimento da determinação judicial era de responsabilidade da Psicóloga da SMPS. Alguns aspectos foram importantes na sua decisão:

· Percebendo a importância dos adolescentes prestarem serviços na sua própria comunidade, aqueles que pertenciam ao bairro Marajoara foram selecionados e enviados para aquela USF. Esta percepção tem base nas concepções de reintegração social com valorização e reversão de imagem tanto dos adolescentes para com sua comunidade, como também da comunidade para com os adolescentes infratores;

· O perfil dos ACSs do PSF, em sua maioria jovens, que demonstram busca de crescimento profissional, com inegável reconhecimento social, permitia vislumbrar um acolhimento adequado desses adolescentes por parte dos ACSs e a construção de um referencial positivo decorrente desta convivência;

· O perfil do Coordenador do PSF, reconhecido por vários técnicos de outros órgãos públicos e pela sociedade local, através de sua história na implementação e ampliação do PSF no município, de educador e mediador de conflitos sociais;

· Reconhecimento da existência de uma vasta experiência acumulada, pela equipe de PSF, no relacionamento com crianças e adolescentes da comunidade. Esse relacionamento teve início quando o PSF do bairro Marajoara, por não haver ainda uma estrutura fixa construída na região, ficou instalado em um imóvel público, de nome SAMUCA, onde também funciona um modelo de prevenção social, com aulas de reforço e acompanhamento escolar para crianças e cursos profissionalizantes para atendimento da população carente da comunidade.

> “Os adolescentes que eram daqui da região, eu mandava todos para cá, tinha uma questão regional. Eu fazia com que eles convivessem com os problemas e as questões aqui da comunidade mesmo. Para que eles tivessem a oportunidade de estar desenvolvendo alguma coisa para outros moradores: -”Olha, se eu fiz alguma coisa que não é legal, agora estou aqui, estou fazendo uma coisa bacana agora."... tinha essa

> coisa de construir uma imagem positiva dentro da comunidade. Aqui, eu já conhecia o doutor ... (Coordenador Municipal do PSF), da época em que eu trabalhei no conselho tutelar, já conhecia o trabalho dos agentes daqui, então a gente já sabia, que o trabalho que seria desenvolvido aqui, seria realmente um trabalho educativo, não ia cair naquela coisa mecânica: vir, cumprir o horário, acabava o dia sem fazer nada e pronto. E para o adolescente não significou nada...". (Depoimento da psicóloga que era lotada na SMPS e atuava no período da experiência,).

Existem dois universos motivacionais da experiência.

O primeiro é da equipe da SMPS. A formulação do Projeto De Portas Abertas aponta a existência de uma relação entre o capitalismo, seus valores (consumismo, individualismo e competição), sua interferência no meio social e o adolescente autor de ato infracional, que se sente deslocado do meio social em que vive. Propõe criar possibilidades ao adolescente de desenvolver suas aptidões pessoais e atender suas necessidades de fortalecimento no convívio social, de refletir sobre seus atos, de ser socialmente aceito. Pode ser considerada motivação a necessidade de promover alterações nas práticas daquela Secretaria para melhor atender as determinações do Estatuto da Criança e do Adolescente – ECA. A idéia inicial foi de promover a re-inserção social dos adolescentes infratores, através da prestação de serviços na própria comunidade, e, ao mesmo tempo, contribuir na construção/reconstrução de significados de identidade e reconhecimento mútuos.

> "Aqui em Pedreiras, quem faz isso é a promoção social, para os adolescentes que precisam fazer a medida sócio educativa de prestação de serviço à comunidade. nós encaminhávamos esses adolescentes para a saúde da família. onde eles desenvolviam trabalho muito bacana. Normalmente, o que acontece: manda um adolescente para algum lugar, e ele é colocado para fazer um trabalho qualquer, tipo assim: hoje você vai arrumar salas ou você vai ficar aqui na portaria. Como se trata de medida sócio educativa, a gente precisava mudar, porque não é essa função. A medida sócio educativa é uma oportunidade daquele adolescente que está tendo problemas jurídicos, cometeram um ato infracional, com problemas de comportamento... que ele seja inserido novamente na sociedade, ele tem que aprender novamente. Por isso é que nas medidas sócio educativas, ele tem que aprender, ser educado de uma maneira para ser inserido à sociedade. Ele não pode ser excluído ou afastado." (Depoimento da psicóloga, no período da experiência, lotada na SMPS).

O segundo é da equipe do PSF. A coordenação do PSF buscava estratégias para reorganizar o grupo operativo de adolescentes. Algumas tentativas vinham sendo feitas neste sentido, propondo atividades que envolvessem aulas de violão, atividades esportivas, palestras nas escolas, aulas de capoeira e dança de rua. Estas práticas aconteceram, chegaram a mobilizar adolescentes da região, mas terminavam por serem interrompidas. A coordenação do PSF e a ESF identificavam uma deficiência no atendimento às demandas dos adolescentes da região. O bairro oferece poucos espaços para atividades esportivas, não existe desenvolvimento

sistematizado de práticas culturais, não há adesão dos adolescentes aos programas profissionalizantes realizados no SAMUCA e as famílias não conseguem promover ocupação para o horário extra-escolar. A incidência de gravidez nessa população é alta e o uso de drogas também preocupa a equipe. Como as tentativas de manter estável um grupo operativo de adolescentes não vinham tendo sucesso, a proposta de incluir os adolescentes em conflito com a lei surgiu como mais uma tentativa nesse sentido.

> "Depois foi o grupo de gestantes, que foi o segundo. Depois foi o grupo de mulheres com filhos até um ano de idade... aí que começou este entrave com a questão dos adolescentes, aí a gente pensou, tem um professor de educação física, vamos pôr eles para fazer uma ginástica, aí não deu muito certo. Capoeira, nós também tentamos, isso antes da promoção social nos procurar, bem antes. A gente percebia essa dificuldade de trabalhar com adolescentes." (Depoimento do médico do PSF).

A psicóloga e a assistente sociais, ambas da equipe da SMPS, participantes do Projeto De Portas, já conheciam essas características do PSF, permitindo-lhes vislumbrar as possibilidades dessa parceria:

> "... nós encaminhávamos esses adolescentes para a saúde da família... onde eles desenvolvem um trabalho muito bacana... Aqui, eu já conhecia o doutor ... (Coordenador Municipal do PSF), da época em que eu trabalhei no conselho tutelar, já conhecia o trabalho dos agentes daqui... então a gente já sabia que o trabalho que seria desenvolvido aqui seria realmente um trabalho educativo, não ia cair naquela coisa mecânica..." (Depoimento da psicóloga, no período da experiência lotada na SMPS).

C.3. Contexto social e político

O município de Pedreira está próximo de uma grande cidade – Campinas - e apresenta índices de violência relativamente baixos. No entanto, existem muitos menores com histórico de uso de drogas e pequenos furtos. Após intervenção do Conselho Tutelar e do aparato policial, muitos desses são encaminhados ao poder Judiciário, que quando julga necessário, encaminha-os para o cumprimento de medidas sócio-educativas. Existe um convênio entre a Justiça e a SMPS transferindo para essa última o acompanhamento do cumprimento dessas medidas. Parte desses menores eram residentes do Bairro Marajoara onde se desenvolveu o projeto em questão.

As características já descritas do PSF local apontam para a existência de diversas experiências que indicam o caráter consistente de redes sociais e a presença de várias instituições que, em maior ou menor grau, interagiram com o projeto. Entre essas características existem algumas que potencializaram o projeto em questão, permitindo uma grande penetração da experiência no espaço

geopolítico da comunidade. São elas: o nível de participação da comunidade nas atividades desenvolvidas pelo PSF e a grande presença de membros da comunidade no espaço físico da UBS seja para a promoção de festas e outras manifestações populares, seja mesmo por se tratar de uma referencia física da comunidade.

A relação da ESF do Marajoara com a comunidade caracteriza-se por uma forte vinculação, com registro de participação do PSF na organização da distribuição de cestas básicas, na conquista de moradias, na constituição da Associação Comunitária, na aquisição de sua sede e em ações intersetoriais.

> “Por exemplo, o de moradia. Aquelas casas que tinham, que era uma invasão, isso foi uma coisa levantada pela gente, e batalhamos na prefeitura, na secretaria de obras, e conseguimos construir umas casinhas num terreno que tinha em frente à unidade. E tiraram aquelas pessoas de lá... Cesta básica, uma coisa que às vezes a gente percebia é que tinham uma família que recebia duas, três cestas básicas. De várias entidades diferentes, e que estava sobrando, e não tinha essa necessidade. Então a gente foi tentar equilibrar um pouquinho isso...procuramos as entidades... e a gente sabia diagnosticar isso, principalmente os agentes comunitários. Então, de alimentação também.” (Depoimento do médico do PSF).
> “o bairro se valorizou só pelo fato de ter médico de família. As pessoas querem mudar para cá porque aqui tem um PSF... lá tem PSF e eu quero morar lá... Trabalhamos muito com a pastoral da criança e eles nos ajudam muito e nós também ajudamos a eles. Nós temos esse rigor. Nós falamos: aqui no bairro que nada se faça sem passar por aqui, pelo médico de família. Conselho tutelar, passa por aqui, a escola, passa por aqui, todo mundo que quer fazer um trabalho comunitário procura o PSF. Nós somos uma referência e acho que superou a questão política partidária das administrações. Cada administração que entra respeita a nosso trabalho... é o trabalho em conjunto com a comunidade, que a própria comunidade defende muito isso.” (Depoimento do Coordenador Municipal do PSF).

O coordenador do PSF, que idealizou e implementou o programa tem a concepção de que só existe uma ESF no município, mas com vários núcleos. . Isso permite que a USF do Marajoara possa organizar suas atividades, dividindo as tarefas entre os 19 profissionais que ali trabalham. O desenvolvimento de ações, onde o perfil e as potencialidades dos membros da equipe possam ser aproveitados e desenvolvidos, é uma prática comum naquela USF.

Quanto ao espaço físico, a Unidade dispunha, desde 2001, de sede própria, com uma área externa suficiente para albergar a experiência da horta comunitária. No momento, a USF passou por uma reforma, promovendo a reutilização deste espaço em salas de reunião para grupos operativos e novos consultórios, impedindo aquela forma de utilização, pela redução da área livre disponível. Estas obras são uma resposta ao crescimento das demandas de atendimento e dos grupos operativos e da incorporação da saúde bucal na unidade e também do

comprometimento da atual administração municipal com o PSF. Também reflete o reconhecimento, por parte do poder público local, da relação custo/benefício do PSF sobre o modelo tradicional.

> "Porque o nosso foco realmente está em médico de família. Porque para a gente melhorar a qualidade do atendimento, para diminuir essa demanda exagerada de exames. Nós precisamos estar focados em idéias comprometidas. E a equipe de família resolve parte dessa demanda..." (Depoimento de Secretário Municipal de Saúde).

C.4. Desenvolvimento

Quando foi feita a consulta, por parte da psicóloga da SMPS ao Coordenador do PSF no Município, sobre a possibilidade da experiência, o mesmo percebeu a possibilidade de iniciar a superação do hiato existente no atendimento às questões dos adolescentes.

> "O contato foi feito direto entre a Secretária e o Coordenador, o doutor ... (Coordenador Municipal do PSF)... da possibilidade de estar havendo esta abertura para esse trabalho. Aí fizemos uma reunião, na verdade várias reuniões, e o ... (Coordenador Municipal do PSF) colocou para a gente essa possibilidade. Mais no primeiro momento a gente não soube muito bem o que ia acontecer... não estava previsto nenhum profissional que daria suporte a essa experiência... só os trabalhadores lá mesmo da saúde da família... aí ficamos nessa situação. O que esses adolescentes iam fazer lá? E na reunião surgiram as propostas: vão limpar o posto e... Esta situação não educa nada... Participar de reuniões... Pode até ser... fazer visita domiciliar... Mas isso também não é legal, eles vão ter que entrar na casa das pessoas, e aí foi a saúde da família que levou,... Teve a idéia de se fazer uma horta de plantas medicinais, mas a farmacêutica colocou alguns entraves, ela não tinha muito conhecimento, eu também não tenho muito conhecimento, não ia dar certo. Então surgiu a idéia de fazer uma horta de alimentos e que os adolescentes e os agentes comunitários iam tocar." (Depoimento do médico do PSF).

O Coordenador Municipal do PSF levou a solicitação para discussão com toda a equipe, na reunião da USF, espaço deliberativo existente no PSF local, que aceitou a tarefa e traçou os procedimentos necessários para que a sua realização cumprisse seu papel e não comprometesse a qualidade do atendimento e dos serviços prestados pelo PSF.

O desafio representado pela experiência, para a ESF, não era lidar com as questões relacionadas à rotina da USF e as atividades de atenção e atendimento. A dificuldade, preexistente à experiência, estava em construir um vínculo duradouro dos adolescentes da comunidade com o PSF, assim como já se observa no caso da terceira idade, das gestantes, e até das crianças. O trabalho foi desenvolvido com esta percepção. Quando surgiram adolescentes da comunidade interessados em participar das atividades, foram aceitos prontamente e busca-se a partir de então a construção desse vínculo.

Estas instâncias coletivas de discussão, incorporação de novas práticas, avaliação, e definição de tarefas e escalas permite a vinculação de toda equipe à atividade. Desta forma, todos contribuem participando das reuniões onde são acompanhados e discutidos os procedimentos, mesmo aqueles membros que não estão escalados para atuar diretamente, buscando alternativas e sugestões para o melhor desenvolvimento da prática em questão.

O projeto consistia no encaminhamento de adolescentes em medidas sócio-educativas, por parte da SMPS, à USF e iniciava-se pela apresentação dos menores a todos os profissionais das duas equipes de PSF que atuam no Bairro e pela discussão coletiva de qual atividade deveria ser realizada pelos mesmos.

Inicialmente, as medidas sócio-educativas se limitavam à limpeza da USF e algumas atividades lúdico-recreativas, mas a equipe levantou o problema da ociosidade e de que estas práticas não produziam transformação na realidade dos adolescentes. Foi escolhida a construção de uma horta dentro do espaço da Unidade, como serviço a ser prestado pelos adolescentes infratores. O argumento que determinou essa escolha foi de que, entre as alternativas pensadas, essa era educativa. Justificou-se, também, pelo objetivo de produzir alimentos e fornecê-los para as famílias mais carentes. Os adolescentes podiam também levar para casa o resultado de seu trabalho, contribuindo nos aspectos nutricionais de suas famílias.

A partir dos potenciais e perfis dos ACSs, foram determinadas as funções. Estabeleceu-se uma supervisão, que coube a um agente comunitário com formação técnica em agricultura. Elaborou-se uma escala de acompanhamento que seria executada por ACSs, sempre buscando valorizar e aproveitar as características pessoais de cada um. Uma das ACS, que estuda psicologia, realizou atividades de grupo, discussão de temas de socialização, DST-AIDS, violência, criminalidade. Outros ACSs foram designados, junto com os adolescentes, para o trabalho na horta.

É importante salientar que foi necessária uma reorganização dos horários dos profissionais. Vários foram os ACSs que desenvolveram algum tipo de atividade com os adolescentes, durante a experiência, mas não foram localizados registros mais claros de como era esta escala. Como a ESF desenvolve outras atividades semelhantes, este “deslocamento” de ACSs para práticas com a comunidade é bem absorvido pelos demais membros da equipe.

> “Ficou um agente comunitário responsável, um rapaz que saiu até, não trabalha mais com a gente, ... (ex-ACS), trabalha em outro setor da prefeitura, era um cara que já tinha conhecimento de agricultura, tinha uma formação técnica, e os adolescentes. Então no começo era aquele trabalho pesado, ... (o referido ex-ACS) e esses adolescentes construíram a horta. Outros agentes comunitários também ajudaram...”. (Depoimento do médico do PSF).
> “Ele - ... (Coordenador Municipal do PSF) - achava que eu não ia continuar, inicialmente, que não era o meu perfil ser agente comunitária, eu até pensei em pedir transferência no começo, mas daí a gente foi se conhecendo, eu estava estudando psicologia, e ele foi avaliando, me deu algumas tarefas, e me incluiu nesse grupo de adolescentes infratores... Eles participavam da rotina, ajudavam na recepção, depois nós tivemos a idéia da horta, às vezes também não tinham que fazer, eles chegavam, sentavam na recepção, e passavam o dia lá... às vezes o movimento não estava tão grande. Então surgiu a idéia da horta. Com os agentes, a horta foi construída, eles ajudaram muito na construção, e na manutenção...” (Depoimento da ACS)

Com o desenvolvimento da horta, a atividade alcançou visibilidade na comunidade e atraiu outros adolescentes, que foram incorporados às práticas. Esta realidade exigiu, da equipe, novos posicionamentos, dentre os quais, o estabelecimento de um número limite para a utilização do espaço da Unidade pelos adolescentes, fixado em 8 adolescentes por dia. O convívio com os adolescentes permitiu à equipe, em alguns momentos, a absorção de alguns deles em outras atividades da rotina da Unidade, como distribuição de senhas para atendimento, acompanhamento e apoio em atividades externas, por exemplo, em campanhas de vacinação e organização de festas de confraternização.

> “... eu conversei com um desses meus amigos que estavam cumprindo pena, eu não fazia nada, estudando eu estava, só que fora do horário da escola, eu ficava na rua fazendo bagunça, eu estudava de manhã, e à tarde eu ficava sem fazer nada. Aí o meu amigo falou para eu ir conversar com o doutor ... (Coordenador Municipal do PSF), e ele acabou me aceitando lá. Logo depois a gente começou um projeto de montar horta, plantamos e aprendemos várias coisas com a turma. Fiquei um ano freqüentando lá... depois de seis meses que estava lá, eu falei para mais um amigo, ele conversou com o doutor ... (Coordenador Municipal do PSF), o primo dele também veio...” (Depoimento do adolescente participante da experiência).
> “Só que chegou um momento em que aumentou número de adolescentes e até a equipe estava meio estressada com eles. Eles ficavam circulando na área do ambulatório, perdeu o limite e daí, a equipe chegou num consenso que não dava mais.” (Depoimento da ACS).

O grupo operativo de adolescentes voltou a funcionar. Além do trabalho com a horta, eram desenvolvidas ações artísticas, recreativas e educacionais. Há, por exemplo, por parte de uma ACS que acompanha este grupo, relato de uma atividade em que eles foram acompanhados ao cinema, assistiram ao filme “Carandiru”, e que, depois, foi desenvolvido um momento de discussão dos temas abordados na estória. A venda de excedentes da produção da horta também contribuiu no financiamento da realização de atividades deste grupo. Mesmo após o término da experiência, a

horta foi mantida pelos adolescentes do grupo operativo, só sendo desativada quando a USF entrou em obras de ampliação.

O interesse demonstrado por alguns adolescentes, na participação das atividades, mobilizou a coordenação do PSF para, junto à Prefeitura, conseguir cursos de formação, com bolsas de manutenção, permitindo a posterior incorporação de alguns deles na estrutura administrativa do município.

> "Então chegou o momento em que nós tínhamos tantos adolescentes... mais de 40 neste momento, que nós procuramos a guarda mirim, para fazer um curso de computação, só para os nossos adolescentes... estamos no segundo curso agora... e nós conseguimos integrar esses adolescentes no mercado de trabalho e nós contratamos esses adolescentes como guardinha lá na central saúde... A gente vai avaliando o grau de necessidade, de disponibilidade, é um processo seletivo entre eles...demos uma oportunidade a estas crianças, adolescentes de 14 anos, que não podia entrar no mercado de trabalho a não ser como aprendiz, e conseguiram entrar e até hoje estão lá." (Depoimento do Coordenador Municipal de PSF).

Este grupo está ativo, desde então, e tem encontros duas vezes por semana. Dois ACSs da ESF participam das atividades. Existe também o acompanhamento de psicóloga que trabalhava na SMPS acompanhando as medidas de prestação de serviço à comunidade pelos adolescentes infratores e que, após terminar uma especialização, foi incorporada ao PSF.

D. Categorias de Sustentabilidade

D.1. Institucionalização/formalização

A institucionalidade da experiência existe, mas inserida no Projeto De Portas Abertas". A SMPS mantém um convênio com a Justiça, e assim se qualifica para receber os adolescentes em conflito com a lei, que devem cumprir as medidas sócio-educativas de liberdade assistida e/ou prestação de serviços à comunidade. Em resposta, desenvolve ações na área do acolhimento, diagnóstico, encaminhamento para prestação de serviços, acompanhamento, avaliação, etc.

A responsabilidade pelo cumprimento das medidas sócio-educativas é da SMPS, de forma que não foi feito nenhum tipo de formalização documental entre o PSF e a Justiça, nem entre o PSF e a SMPS. O contato foi feito pela Secretária de Promoção Social, diretamente com o coordenador de PSF, conferindo, assim, formalidade à parceria.

O encaminhamento dos adolescentes foi realizado através de procedimentos formais. Os adolescentes, que eram encaminhados à USF portavam uma carta de apresentação da SMPS, que continha a duração e a carga horária da medida sócio-

educativa. Cabia à coordenação do PSF emitir relatórios de acompanhamento e avaliação do desempenho dos adolescentes, os quais eram enviados à SMPS, e incorporados à suas “fichas”. Quem emitia relatórios para a Justiça, documentando o cumprimento da medida era a SMPS. Esses documentos não são disponibilizados por questão de sigilo de justiça

Embora o Projeto apresentasse, em sua formulação, uma equipe de profissionais que desenvolveriam as atividades previstas, nenhum recurso humano adicional foi incorporado à equipe de PSF para participar ou supervisionar as atividades.

Todos os mecanismos de gestão do projeto eram desenvolvidos pela equipe de PSF e não foram localizados momentos em que esses mecanismos tenham tido a participação da SMPS. O PSF tinha liberdade para conduzir o projeto e utilizou-se dos mesmos procedimentos de sua estrutura, ou seja, as reuniões de equipe desenvolviam o planejamento, o controle e a avaliação das atividades desenvolvidas e assumiu a coordenação.

Não foi possível identificar a relação determinante entre o projeto e a corrente política do poder local com o projeto, permitindo supor que se tratou de uma parceria entre a SMPS e o PSF sem interferência ou orientação da Prefeitura o do Poder Judiciário.

D.2. Intersetorialidade

A intersetorialidade é uma característica implícita no projeto, já que se trata de uma atividade de responsabilidade de outras áreas do poder público, a SMPS e a Justiça, e não da Saúde. Através da descrição do PSF e da experiência em questão, é possível identificar os mecanismos que foram utilizados para o desenvolvimento da intersetorialidade, bem como suas motivações.

Vale ressaltar que para o desenvolvimento das atividades foram necessárias ações conjuntas de outros órgãos da administração pública, de forma pontual, como a secretaria de obras que disponibilizou um veiculo para transporte de terra para a construção da horta, e também houve alguma contribuição da Emater na aquisição de mudas.

Coletamos informações que o comércio local contribuiu em alguns momentos, quando procurados pelos membros da ESF, fornecendo alimentação para ser distribuída no horário do lanche dos adolescentes.

D.3. Participação e envolvimento da comunidade

A comunidade mantém um contato estreito com a ESF e com a USF. Por ser uma referência, a USF é o local onde a comunidade realiza diversas atividades, como festas de fim de ano, juninas. A participação é grande nos grupos operativos da terceira idade e de gestantes. A comunidade busca a ESF para auxiliar em suas demandas de saneamento, habitação, educação, organização, alimentação.

> "Essa associação de moradores nos ajuda em tudo... trazendo seus problemas... A nossa relação com a associação comunitária é muito boa, sem isso não daria para trabalhar, porque a associação comunitária funciona aqui como conselho local de saúde... Então conseguimos, acho que na administração passada, uma sede para a associação, porque a associação funcionava aqui com a gente... Nós somos uma referência e acho que isso superou a questão política partidária das administrações. Cada administração que entra respeite a nosso trabalho... o trabalho é em conjunto com a comunidade e a própria comunidade defende muito isso..." (Depoimento do Coordenador Municipal do PSF).
>
> 'Nós não buscamos ninguém em casa, eles têm que vir - grupo de terceira idade - pelos meios próprios... é uma coisa que me espanto, sinceramente porque, eles moram em um local que não é asfaltado, e em dia de chuva, você pode vir porque eles vão estar aqui..." (Depoimento da fisioterapeuta que trabalha com o Grupo operativo da terceira idade).
>
> "Olha na minha micro-área, o que eu percebo é que a metade participa, metade não..." (Depoimento de ACS).
>
> "Na minha área, a participação é boa, o grupo tem facilitado...". (Depoimento de ACS).
>
> "... o espaço é usado para casamentos, para festas da comunidade e mesmo as nossas festas que são oferecidas para todo mundo. No bairro, a Unidade funciona como uma referência, aqui é como um ponto de referência deles, um dia vem porque têm vacina, no outro vem porque tem Papanicolau, mas também, às vezes, vem, quando a gente olha, só estão ali conversando uns com os outros, na verdade você vê que não tem um motivo de saúde, para estar aqui, mas que estão aqui, a Unidade é uma referência mesmo para eles. Para pedir auxílio de alimentação..." (Depoimento da Enfermeira do PSF).
>
> "Minha família gostou muito do doutor ... (Coordenador Municipal do PSF) ter deixado ficar lá, e eu falei para ela:- minha mãe - "é melhor ficar lá, do que na rua fazendo bagunça, lá eu aprendo um monte de coisas". Aprendi a fazer horta, preparar a terra, aprendi a cantar. E lá tem uns amigos bons, que dá conselhos bons. Eles ensinam até coisas que eu tenho dificuldade na escola, às vezes ensina até melhor. Aos sábados fazíamos reforço escolar..." (Depoimento do adolescente participante da experiência).

A comunidade não participou da discussão para implantação da experiência. Há relatos de mães que procuravam a UBS para solicitar atividades para filhos adolescentes. As tentativas anteriores de organizar o grupo operativo de adolescentes contaram com o apoio da comunidade, mas sua continuidade não foi alcançada.

> "... quando a família solicitava, a gente arrumava um trabalho para eles realizar, para não ficarem na rua... eles perguntavam se o fulano está aqui, a gente também não podemos vir a participar... nós até temos o grupo de adolescentes, que foi uma proposta que veio da população e pela equipe, a população sugeriu, pela procura dos adolescentes, e criou grupo de adolescentes..." (Depoimento da enfermeira do PSF).

Com o início da construção da horta, a comunidade se envolveu com a experiência, contribuindo com mudas, orientações sobre práticas e participando nas atividades de confraternização promovidas pelos adolescentes.

Adolescentes da comunidade foram os que mais se envolveram com a experiência. Procuraram a direção da USF para participar das atividades, incorporando-se às práticas da horta e às reuniões com os ACSs. Os pais desses adolescentes acompanharam, e há relatos de incentivos e reconhecimento pela participação.

D.4. Alcance e visibilidade

A necessidade de se trabalhar questões e demandas do universo dos adolescentes, identificadas pela equipe, era objeto de discussões nas reuniões da USF e uma dificuldade reconhecida.

Para a coordenação do PSF e a ESF, o alcance previsto para a experiência era a criação de vínculos de adolescentes da comunidade com a USF, permitindo a retomada do grupo operativo deste público.

Percebe-se que o objetivo que o PSF entendia para o projeto não era o de acompanhar a medida sócio-educativa de menores infratores dentro de uma ótica de punição pelos erros cometidos Com relação aos adolescentes em conflito com a lei, principalmente aqueles que são moradores da comunidade, a ESF pretendia contribuir na inclusão social, no desenvolvimento de capacidades, na mudança de hábitos. A adesão deste grupo, em função das práticas desenvolvidas e da metodologia utilizada foi grande, não há relatos de evasão. Segundo relato da psicóloga, eles não eram tratados como adolescentes infratores, mas sim como estagiários. Esse alcance foi atingido e a relação público-alvo e USF foi fortalecida.

Parte significativa da comunidade tomou conhecimento do projeto, tanto pelo local em que foi desenvolvido – no interior da USF – que permitia essa visibilidade quanto por outros mecanismos de comunicação típicos de bairros de periferia, onde as pessoas se conhecem, conhecem os filhos dos visinhos, e a possibilidade de “recuperação” dos menores em conflito com a lei através de atividades desenvolvidas pelo PSF facilitou a aceitação. Existe, por parte da comunidade, uma confiança da efetividade e até mesmo da afetividade do PSF com relação aos moradores da região.

Com o início da construção da horta, a comunidade se envolveu também com a experiência, contribuindo com mudas, orientações sobre práticas e participando nas atividades de confraternização promovidas pelos adolescentes.

Adolescentes da comunidade foram os que mais se envolveram com a experiência. Procuraram a direção da USF para participar das atividades, incorporando-se às práticas da horta e às reuniões com os ACSs, e acabaram por incorporar conceitos de saúde, de sociabilidade e de educação. Os pais desses adolescentes acompanharam, e há relatos de incentivos e reconhecimento pela participação.

Foram localizados dois adolescentes que, a partir da participação na experiência, receberam formação profissionalizante e trabalham na Central de Saúde do município.

> "... o grupo de adolescentes na verdade começou a partir da procura deles, que viam esse outros adolescentes aqui e que sugeriram para nós, porque não ter um grupo, havia gente, começou com uma psicóloga, estudante de psicologia, que é uma agente comunitário, que chama Juliana, e ela que está acompanhando o grupo, e mais uma psicóloga lá da autoridade, eles se reúnem duas vezes semana. Para a gente começou com a proposta de ensinar informática, então cada semana vai um agente, tem uma escala, e os agentes passam conhecimentos para eles, é um convênio a gente fez com Unicamp, e estão sendo agente multiplicador, e por ser junto da biblioteca, tem também a parte de estar fazendo livros, de ler livros com eles, fazem grupo de teatro, todo esse tipo de atividade...." (Depoimento da Enfermeira do PSF).

Membros da ESF demonstraram, através de seus depoimentos, que a experiência foi muito positiva na sua formação profissional, contribuindo na ampliação da compreensão da comunidade atendida pela USF.

> "Olha para nós, profissionais, é extremamente importante, porque este grupo, eles não vêm aqui só para procurar nosso lado curativo, eles têm muitas carências, tanto afetiva quanto financeira, então o grupo é essencial, é onde se realizam, eu considero que os grupos são um agente facilitador para nós." (Depoimento da Enfermeira do PSF).
> "Numa forma de inclusão social, recebemos aqueles adolescentes que cometeram um erro e que poderiam referir-se à nossa comunidade.. Decidimos retomar os trabalhos com os adolescentes, que já tivemos vários aqui... chegou um momento em que só a horta não prestava para eles..." (Depoimento do Coordenador Municipal do PSF).

D.5. Capacitação

Os processos de capacitação, utilizados para a realização da experiência em questão, são os mesmos da metodologia do PSF de Pedreira. Reuniões de equipe, onde são discutidas as práticas, compartilhados os conhecimentos adquiridos, avaliados os resultados, decididos os encaminhamentos das demandas surgidas, desenvolvidas as estratégias para enfrentá-las. Por se tratar da construção e manutenção de uma horta pequena, dentro do espaço da USF, não forma utilizados

conhecimentos mais avançados em horticultura. Não há relatos da utilização de apostilas, textos ou outros instrumentos teóricos para subsidiar os trabalhos.

Uma das ACS que participou das atividades do projeto inicial é estudante de psicologia, e o ACS que supervisionou os trabalhos da horta é técnico em área agrícola. Houve também o acompanhamento de uma psicóloga.

Com a transformação da experiência em grupo operativo de adolescentes, após a mudança da metodologia de acompanhamento da SMPS das medidas sócio-educativas outros processos de capacitação foram desenvolvidos para atender as necessidades desse novo momento. A psicóloga e a estudante de psicologia que é ACS desenvolveram atividades culturais, de convivência. Outros ACSs receberam cursos de formação em Informática da UNICAMP, e hoje atuam como multiplicadores junto aos adolescentes que participam do grupo.

D.6. Avaliação

A avaliação das atividades da experiência em questão era realizada nas reuniões de equipe do PSF e se baseava no acompanhamento das atividades, interferências das práticas na rotina da USF, no comportamento dos adolescentes. Estas informações eram levadas às reuniões pelos supervisores da atividade e pelos demais membros da ESF e eram discutidas coletivamente. Não há registro da participação de membros da comunidade nestas reuniões, nem da presença de representantes da SMPS. Informações que ultrapassassem os limites da USF, como comportamento dos adolescentes em outros universos etc., não faziam parte da avaliação.

Como fruto destes momentos de discussão coletiva, foram propostas atividades que foram incorporadas pelo grupo operativo de adolescentes.

D.7. Reflexão sobre a Prática e Conteúdo Teórico

Existiu toda uma formulação teórica na origem apresentação do projeto por parte da equipe da SMPS, que passa por questões de cidadania (necessidade de inclusão social), reconhecimento das condições socioeconômicas das comunidades de onde originam esses menores em conflito com a lei, etc.

No entanto, como o projeto foi desenvolvido no interior do PSF e com total independência em relação aos técnicos da SMPS, a relação entre prática e

conteúdo teórico deve concentrar-se na ESF. É nela que encontraremos os mais significativos vínculos.

A coordenação do PSF está a cargo de um médico cubano e o médico da ESF tem formação em medicina social. Ambos participam de grupos de estudos na UNICAMP na área de saúde pública, e são formadores de profissionais de PSF. São conhecedores das discussões que envolvem a Promoção da Saúde e utilizam esse termo, bem como conceitos e categorias relacionados a ele.

Os demais membros da equipe foram capacitados num ambiente carregado da compreensão do papel diferenciado do PSF em relação aos determinantes sociais do processo saúde-doença, com os quais as atividades desenvolvidas pelos ACSs estão relacionadas de forma consciente. A compreensão de um universo de saúde sem obrigatoriedade de vinculação com a doença faz parte, inclusive, do discurso dominante entre os membros da ESF.

D.8. Sustentabilidade financeira

A experiência contava com um aporte financeiro. Os adolescentes recebiam alimentação, oferecida a todos e não só os encaminhados pela SMPS. Há relatos de três refeições diárias. A captação de recursos para manter esta prática, citada em vários depoimentos, era resultado do envolvimento de diversos setores da sociedade e da comunidade da área de atuação da ESF. A USF recebia doações de entidades beneficentes, de comerciantes locais, promovia rifas e festas.

Há relatos de comerciantes da comunidade contribuindo com alimentos, membros da comunidade doando mudas, além da Prefeitura cedendo veículos para transporte de esterco e terra.

Os alimentos produzidos pela horta, uma das atividades da experiência, eram distribuídos aos adolescentes integrados nas práticas, a membros carentes da comunidade e o excedente era vendido na própria USF, permitindo utilização destes recursos em atividades recreativas, culturais e lúdicas.

Os recursos utilizados no projeto eram de gestão coletiva, e nas reuniões de equipe, eram feitos a prestação de contas, o levantamento das demandas financeiras e a elaboração de estratégias para a solução dos problemas dessa ordem.

A formulação do Projeto De Portas Abertas alocaria, em sua previsão orçamentária, uma verba de R$6.000,00 para gastos de alimentação para um ano

de atividade. No entanto, esta verba deveria ser usada com cestas básicas para as famílias de adolescentes carentes e também lanches. No entanto, segundo uma das responsáveis pelo projeto, estes recursos não chegaram a ser liberados pela FEBEM, órgão estadual que deveria ser parceiro do projeto.

Atualmente, as atividades desenvolvidas pelo grupo de adolescentes buscam recursos para viabilizar suas práticas através de doações da comunidade, venda de rifas, promoção de festas, etc. Recentemente realizaram um concurso de Miss, com a participação de 100 meninas, tendo como um de seus objetivos arrecadar recursos.

D.9. Processo de comunicação

A visibilidade se deu principalmente pelo fato da experiência ter ocorrido dentro do espaço físico da USF, onde existe um intenso fluxo de membros da comunidade. As informações eram transmitidas principalmente “boca a boca” entre os adolescentes.

Existiu também comunicação intersetorial através de relatórios e reuniões em setores públicos, quando a experiência era acompanhada, mas não foi possível, neste primeiro momento da pesquisa, ter acesso a registros desses processos.

Aparentemente é possível supor um certo grau de efetividade desses mecanismos de comunicação do projeto com a comunidade, uma vez que atingiu outros adolescentes que não eram encaminhados pela SMPS. Mas é possível também imaginar que seria ainda mais eficaz se a comunidade ou o PSF possuísse algum veiculo de maior alcance, como uma rádio comunitária ou um jornal de bairro.

D.10. Prestação de contas

Não foi encontrado nenhum registro de prestação de contas financeiras da experiência. Já há algum tempo as reuniões não são escrituradas. Perante a SMPS, a ESF enviava relatórios de presença dos adolescentes, que serviam para referendar o fim das medidas sócio-educativas às quais estavam submetidos.

E. Categorias de Conteúdo

E.1. Acesso a bens e serviços

O foco apresentado pelo projeto, a construção de uma horta, não ampliou de forma significativa o acesso da comunidade e do público-alvo a bens materiais e

intangíveis. Mas ainda assim, a construção do grupo operativo de adolescentes permitiu o acesso de diversos jovens a processos de formação profissional, com a reestruturação de um instrumento que estava desarticulado no município chamado de Guardinha Mirim. Através desse instrumento vários adolescentes receberam bolsas em dinheiro para atuarem em órgãos públicos e se mantiveram na escola e acabaram incorporados no quadro de funcionalismo público. Outros, devido ao reconhecimento social alcançado pela experiência foram incorporados no mercado de trabalho.

Muito significativo também é a ampliação do acesso a serviços públicos que a experiência proporcionou. Os jovens foram auxiliados a tirarem seus documentos, encaminhados a tratamento dentário, incentivados a permanecerem na escola, etc.

O PSF de Pedreira desenvolve outras práticas que promovem a ampliação do acesso a bens e serviços, através de cursos profissionalizantes de informática, de musica e teatro, de esportes e atualmente está montando junto com a UNICAMP um Telecentro para cursos de educação a distância.

E.2. Equidade

A experiência tinha como objetivo oferecer um atendimento diferenciado para uma população específica, portadora de condições de desvalorização social e com elevado grau de vulnerabilidade social.

As diversas atividades desenvolvidas pelo PSF em Pedreira demonstram uma percepção da necessidade de se promover equidade como instrumento importante para o alcance de melhores condições de saúde e de qualidade de vida daquela população. O envolvimento com demandas habitacionais, alimentares, ambientais, de saneamento, planejamento familiar são algumas dessas atividades.

E.3. Intersetorialidade

A intersetorialidade encontrada nesta experiência não é um fato isolado. As parcerias são marcas do PSF de Pedreira – SP, eles se fazem com a educação, a Associação Comunitária, a Pastoral da Criança, o Lions Clube o Rotary Clube o comércio local, etc. A busca do fortalecimento da rede de atuação social esteve sempre presente no discurso do coordenador municipal do PSF. Este aspecto pode ser percebido nas descrições do PSF e nas discussões das categorias apresentadas neste relatório.

E.4. Cuidado Integral

A partir de um diagnóstico construído e atualizado constantemente pela equipe, o PSF procura identificar as necessidades da população da área de atuação e propõe intervenções para buscar atendê-las.

> "...o primeiro contato de visita domiciliar, de contato com agente comunitário, na época foi muito rico, muito legal. Começamos pelo território mesmo, fazendo a territorialização, fazendo um mapeamento, cadastramento das famílias, buscando os perfis daquela gente, abrindo as portas para atendimento, para as pessoas começarem a vir, e os agentes comunitários já fazendo a agenda da gente, das visitas e já começamos a fazer as visitas onde precisava, naquela época era uma área de invasão...Sem dúvida, eu sei do papel de fazer as visitas domiciliares, em campo, a gente conhecer do território, a gente fala que isso é muito importante, a visita não é só no domicílio... você está andando nas ruas você está vendo as coisas, você está vendo que está acontecendo, é isso que tem que acontecer...". (Depoimento do médico do PSF).

A experiência em questão apresentou mecanismos de incorporação da dimensão de atenção à saúde aos adolescentes envolvidos. As práticas desenvolvidas apontam para hábitos saudáveis, suporte alimentar, acompanhamento diário por profissionais da saúde, além de exercícios de socialização, trabalho em equipe, planejamento participativo etc.

O comprometimento demonstrado por toda a equipe com a experiência aponta para perspectiva de responsabilidade com a saúde de toda a população vinculada direta ou indiretamente à mesma.

A experiência em questão contribuiu para o fortalecimento de uma visão ampliada de saúde já existente e marcada nos depoimentos de vários de seus membros. A experiência ampliou as possibilidades de humanização da assistência que a equipe de PSF presta à população.

Como esta experiência está inserida num contexto repleto de práticas de promoção de saúde, segundo a visão do Coordenador Municipal do PSF, do médico do PSF e de outros membros da ESF, supõem-se a ampliação e consolidação deste paradigma nas ações desenvolvidas pelo PSF em Pedreira.

Pode-se considerar que o resultado da experiência - reorganização do grupo de adolescentes, com desenvolvimento de vínculos entre os adolescentes e USF – e as atividades desenvolvidas, representou mais uma oportunidade para o fortalecimento desta visão.

> "Para mim, saúde era só quando a gente ficava doente e procurava por um posto para tomar o remédio, só que depois que eu passei a freqüentar, foi que eu percebi como é a saúde de verdade como o doutor ... (Coordenador Municipal do PSF) trabalha, ajudando as crianças carentes depois começamos a desenvolver a horta, fizemos coletas de

> papelão, fazer horta é saúde, coletar papelão é saúde, relacionar com as pessoas também é saúde. Tudo que é coisa boa, é saúde. O crime não é saúde...” (Depoimento de adolescente participante da experiência).

Os cuidados e abordagens assistenciais estabelecidas como básicas para o PSF têm sido cumpridos, e a integralidade vista como abordagem holística no cuidado individual e nas atividades coletivas pode ser percebida na forma como são feitos os acolhimentos, as consultas da enfermagem e as consultas médicas. As fichas dos pacientes fornecem informações a respeito de suas condições de vida, familiar, sócio-econômica, permitindo aos profissionais uma compreensão da integralidade dos pacientes.

Vale salientar que os mecanismos de distribuição dos ACSs nas diversas atividades que ultrapassam estes cuidados e abordagens busca aproveitar e valorizar os perfis e potencialidades identificadas nesses atores.

As atividades, numerosas, não parecem prejudicar ou interferir negativamente nas práticas do PSF. Ao contrário, funcionam como incentivo à realização de autocuidado, e os membros da ESF identificam nos grupos este aspecto facilitador.

É marcante a presença de redes sociais em várias das atividades, incorporando parcerias com diversos organismos da sociedade civil, como pastoral da criança, Rotary Clube, Lions Clube, Igrejas, Associação Comunitária, além de instâncias institucionais da administração municipal como a educação, promoção social etc.

Os diversos grupos operativos observados no PSF de Pedreira desenvolvem um relacionamento intenso entre os participantes, possibilitando uma abordagem cuidadosa da dimensão psíquica e social dos envolvidos.

É a partir destas relações que se busca fortalecer os momentos de troca de saberes, de respeito à diversidade de concepções e comportamentos tanto na questão da metodologia quanto na compreensão do conceito de saúde.

O ambiente de formação permanente em que se dá o trabalho de equipe, através de momentos formais e informais, constitui uma característica facilitadora da construção, por parte dos profissionais do PSF da concepção integralizante da saúde dos indivíduos da comunidade, permitindo, inclusive, desenvolver momentos de reflexão, superação de problemas da convivência profissional e autocuidado psíquico.

A experiência pesquisada, seu desdobramento em grupo operativo e as demais atividades observadas têm promovido alterações significativas no comportamento do público atendido. Além de despertar o interesse por assuntos da comunidade, de educação em saúde, atividades culturais, aponta para mecanismos de valorização do crescimento pessoal e desenvolvimento profissional, buscando promover o autocuidado e auto-afirmação dos indivíduos e dos grupos sociais envolvidos.

Não foi identificada a vinculação à participação das atividades desenvolvidas pelo PSF de situações constrangedoras ou condicionadas a comportamentos que credenciassem a participação, no entanto no caso de atividades que envolvem crianças e adolescentes exista uma forte pressão para que freqüentem a escola.

E.5. Educação em saúde

Os temas discutidos nas reuniões do grupo operativo de adolescentes abordam aspectos de educação em saúde, tratando de DST-AIDS, planejamento familiar, violência, entre outros.

Os atendidos pela experiência se beneficiaram quanto aos seguintes eixos: efeitos positivos da convivência e interação com os membros da ESF, práticas desenvolvidas com a metodologia do trabalho em equipe, elaboração coletiva do planejamento e execução, aprendizado a respeito do uso de agrotóxicos, higiene e cuidados com a saúde.

Observou-se que os adolescentes também acabaram por funcionar como multiplicadores destas concepções, ao transmiti-las à sua família.

> “Depois que eu aprendi a mexer com horta, eu comecei a fazer uma horta em casa, já plantei bastante coisa, e outras verduras...”. (Depoimento de adolescente participante da experiência).

Os membros da ESF também relatam que a experiência enriqueceu a compreensão da potencialidade dos adolescentes da comunidade, ficando evidenciada a troca de saberes.

> “Nós estamos trabalhando com a parte educativa, de uma forma que a gente consiga que eles participem, porque se ficar só aquela coisa de falar, eles não querem, então a gente coloca alguns atrativos como lanche, é bom fazer festa de algumas coisas... e no meio a gente introduz os temas, e a gente tem conseguido, uma boa adesão, e uma melhor conscientização...” (Depoimento da enfermeira do PSF).

O grupo de adolescentes, reorganizado em decorrência das atividades da experiência, ao interagir com a comunidade através de suas atividades culturais (peças de teatro, por exemplo) também compartilha com ela temas ligados à

educação em saúde. Há relato de terem produzido um documentário (“uma filmagem...”) sobre violência, e apresentado na escola da comunidade.

A ESF se preocupa com a construção de identidade regional. Exemplo é o concurso para Miss, já relatado. A idéia partiu dos adolescentes e o concurso chamaria MISS BELA, mas eles foram levados a reflexão da importância de se valorizar o nome do bairro e o concurso passou a se chamar MISS MARAJOARA.

> “Nós estamos tentando trabalhar isso, a identidade coletiva,..as limitações que tem, assim como na identidade de bairro... na eleição da miss, não quiseram colocar miss Marajoara, quiseram colocar miss bela, aí eu fiz uma intervenção, e perguntei vocês estão com vergonha de falar Marajoara?. Vocês estão com vergonha de Marajoara como o bairro, porque é um bairro mais periférico... nós temos que aprender com eles, que essa identidade não está bem definida ainda, temos que trabalhar de uma forma mais sutil, conquistar, para que ele se identifiquem, eu sou do Marajoara...” (Depoimento do coordenador municipal do PSF).

Através das atividades clínicas e dos grupos operativos percebe-se uma preocupação por parte dos membros da ESF em transferir para a comunidade uma compreensão ampliada do conhecimento sobre os determinantes da saúde. São tratados temas como higiene, preservação do meio ambiente, destinação de lixo, importância da água potável, da atividade física, da educação, da profissionalização, entre outros. Não foi identificada uma forma sistemática de constituição de educadores em saúde, a não ser na atividade chamada escola promotora da saúde, a não ser que considerarmos que os pacientes ou participantes de grupos operativos se constituam como multiplicadores. Não foi observada situação em que as práticas ou hábitos locais tenham sido desrespeitados.

A ESF demonstra, em suas práticas no atendimento e através dos grupos operativos, preocupação com a transferência da responsabilidade do cuidado com a saúde para os indivíduos. Esta determinação faz parte das discussões nas reuniões da USF, e desta forma, também dos processos de capacitação e formação dos membros da equipe. A equipe avalia o resultado como muito positivo.

Os grupos operativos são, sem dúvida, o instrumento reconhecido pelos atores da ESF de Pedreira – SP mais eficaz para a ampliação desta autonomia.

Entre os idosos o envolvimento dos membros do grupo com esta co-responsabilização é demonstrado na assiduidade, compromisso e compreensão das transformações de saúde que as atividades proporcionam. Com os adolescentes, estes aspectos também foram observados.

Tanto no caso do grupo operativo de adolescentes como no da terceira idade há uma participação marcante dos envolvidos na escolha dos temas abordados. Outros grupos não foram observados com tal profundidade.

A segunda visita ao município permitiu a observação participante de uma atividade do “Projeto – Escola Promotora da Saúde”, onde um número significativo de ACSs passam o dia inteiro, dois turnos, em uma escola pública, sob a coordenação da profissional de psicologia da SMS. A atividade em questão tratava-se da formação de alunos da 4ª Série do Ensino Fundamental em noções de saúde e alguns de seus determinantes sociais. Os conhecimentos são transmitidos com uma metodologia pedagógica que reconhece os saberes já incorporados dos participantes, mas procurando amplia-los e também desenvolver um pensamento crítico a respeito das questões trabalhadas.

Essa atividade faz parte das Agendas proposta pela “Rede de Municípios Saudáveis”, da qual Pedreira-SP faz parte.

E.6. Participação popular deliberativa

O PSF foi responsável pelo processo de organização coletiva da região. Desde a localização das lideranças, a convocação das primeiras reuniões, a criação da primeira diretoria da associação comunitária – inclusive com ACSs como membros, em alguns cargos, até a construção da sede.

Este procedimento foi necessário para implantação do PSF na região. A coordenação do programa tinha consciência de que, sem a possibilidade da participação organizada da comunidade, as formulações do PSF e as atividades previstas, como grupos operativos e intervenções nas deficiências estruturais da região, estariam comprometidas.

Este histórico de envolvimento criou um vínculo muito forte entre a comunidade e a USF. Embora não exista o Conselho Local de Saúde, apenas o Conselho Municipal, a Associação apresenta demandas, buscando solucioná-las em parceria com a ESF.

Os grupos operativos, assim como as atividades realizadas pela ou com a participação da ESF, têm uma grande participação popular. O grupo de adolescentes conta com a participação de mais de 40 pessoas. É grande o envolvimento da comunidade na organização de festas realizadas na USF:

> “Quando nós chegamos aqui, não tinham lideranças próprias para serem eleitos por uma associação de porte e isso nós trabalhamos com os agentes comunitários, foi um trabalho muito bom. O agente comunitário foi descobrindo as lideranças em cada micro área e eles propuseram para nós quais daquelas pessoas que nós deveríamos contatar, para eles serem os representantes da comunidade. Discutíamos com a equipe, nós falamos com as pessoas pessoalmente, levamos para uma reunião os representantes das cinco micro áreas. Me procuraram várias outras que nós atendemos... aí nós conseguimos fazer uma associação que na época se chamava associação de apoio à família, para não chamar de moradores de um bairro, porque eram 5, para não criar ciúmes entre eles, então estávamos com uma assessoria jurídica cedida pela prefeitura, pegamos uma liderança de cada bairro e ainda os próprios agentes comunitários, que formaram parte da diretoria dessa associação. Esta então foi uma proposta que nós encontramos para uma sociedade organizada que não tinha nesse bairro, em 98 começamos a trabalhar nisso, e foi fundada me lembro em 29 de março, mudamos para esta sede 12 de maio e aí começamos a trabalhar...” (Depoimento do coordenador municipal do PSF).

No entanto, não foi possível identificar uma participação da comunidade na gestão do PSF, seja na contratação de profissionais, seja nas questões administrativas. A observação participante aponta, a princípio, que a instância gestora determinante tanto do PSF quanto de qualquer atividade vinculada ao PSF é a reunião da USF. Este espaço determina as práticas. A comunidade apresenta demandas, busca resolvê-las com o auxílio da ESF, mas não participa deste espaço.

Com relação às outras questões que não as relacionadas com serviços de saúde, a comunidade possui momentos de discussão e quase sempre acabam envolvendo o PSF na busca de solução para essas questões. Foi assim que se resolveu a questão de deposito clandestino de lixo na comunidade, por exemplo.

No interior dos grupos operativos foram observados espaços coletivos de gestão na escolha de atividades propostas pelos membros da ESF ou mesmo por seus membros.

E.7. Atuação coletiva para o desenvolvimento de condições de vida saudáveis.

As condições de vida saudável, tratadas pelo PSF de Pedreira, vão além de questões como alimentação e atividades físicas, o que não significa que esses universos sejam ignorados. Mas questões como habitação, saneamento, profissionalização, educação, direitos civis são constantemente pauta da interação da comunidade e o PSF.

O projeto em questão trabalhou diversos aspectos que ultrapassam seus objetivos mais superficiais, que seriam os ligados às medidas sócio educativas de

prestação de serviço à comunidade e liberdade assistida, buscando desenvolver atividades ligadas ao lazer e a cultura.

E.8. Redes sociais de proteção e cuidado recíproco

Como já apresentado anteriormente, o ambiente onde se insere o PSF de Pedreira, principalmente no bairro do Marajoara, onde o Programa está instalado a mais tempo, está repleto de redes sociais de proteção e cuidado, com a presença das relações de intersetorialidade. Existe grande potencial de mobilização para enfrentar situações críticas como enchentes, falta de alimentação para crianças, questões ambientais e diversas outras.

Conclusão:

A complexidade do universo no qual as experiências estão inseridas demonstram, muitas vezes, que os limites da ação específicos são superados pelo conjunto de práticas desenvolvidas pelo ou com participação do PSF.

O processo de contratação dos membros da ESF, em especial dos ACSs, assim como os procedimentos de treinamento a que são submetidos apresentam, a princípio, aspectos importantes para a construção de um ambiente propiciador do surgimento de pratica de promoção da saúde. No caso de Pedreira, a USF do Marajoara tornou-se um centro de treinamento. Nenhum profissional é incorporado ao PSF sem antes ser incorporado à equipe do Marajoara, e, só depois de treinado e avaliado, é encaminhado para seu local de trabalho. Isto dura pelo menos seis meses.

A experiência selecionada, com características marcantes de intersetorialidade entre saúde e promoção social, consistiu em encaminhar adolescentes que, por terem cometido atos infracionais, estavam submetidos à medidas sócio-educativas de prestação de serviços comunitários à USF do Marajoara,

Embora esta prática específica não esteja mais se dando no presente, esta experiência permitiu ao PSF instrumentalizar-se para responder a algumas necessidades da comunidade e dos adolescentes da região. Essas demandas estavam identificadas antes da realização da experiência, tanto pela comunidade quanto pela ESF e já foram apresentadas nesse relatório. Com a reestruturação do grupo operativo de adolescentes, pretende-se desenvolver estratégias para enfrentar estas demandas.

Um aspecto importante da dinâmica atual de funcionamento da ESF, confirmado pela observação participante, pelas entrevistas de profundidade e pela análise dos documentos, é que a experiência em questão não se deu isolada de um contexto marcado por iniciativas de intersetorialidade e de promoção de saúde. Este aspecto é fundamental para se compreender o alcance da experiência e a construção do ambiente onde surgem diversas outras práticas.

A pesquisa, neste sentido, deve superar os limites da experiência em si, já que, neste caso, ela representa apenas um recorte temporal de algo maior, de um ambiente de saúde, participação popular e transformações da realidade social onde a população atendida está inserida.

Existe, no PSF implantado em Pedreira, todo um contexto de construção de mobilização popular e de discussão coletiva, pelos diversos atores, das formulações, acompanhamento e avaliação de intervenções. A temática da qualidade de vida apresenta-se algumas vezes incorporada ao discurso dos atores, quando instigados a relacionar as mudanças nas relações sociais com as práticas que exercem.

A pesquisa permitiu identificar pelos menos mais seis práticas que vem sendo desenvolvidas pelo ou com participação do PSF. O termo promoção da saúde é encontrado nos discursos do coordenador do PSF no município e também no do médico da ESF, entre outros. São elas:

· Grupo da terceira idade – se reúne três vezes por semana, com o apoio de uma fisioterapeuta e ACSs, onde são desenvolvidas atividades físicas e de educação para a saúde, mas com grande alcance em processos de socialização, auto valorização, atividades lúdicas e recreativas, e melhoria em indicadores de saúde, como depressão, controle de diabetes e hipertensão etc;

· Grupos de adolescentes – se reúnem duas vezes por semana, em horário não coincidente com o horário escolar, com apoio presencial de uma psicóloga e ACSs, onde são desenvolvidas atividades profissionalizantes, culturais de educação para a saúde, As peças teatrais, por exemplo, têm seus temas escolhidos pelos próprios adolescentes, que constróem coletivamente os roteiros e apresentam à comunidade, fortalecendo os laços de socialização, identidade e reconhecimento social;

· Atividades nas Escolas da área de abrangência do PSF - com participação de psicóloga, médico e ACSs – nas quais é desenvolvida educação para a saúde junto aos alunos, buscando a redução de índices de gravidez e DST-AIDS, mas

promovendo também a redução da evasão escolar e problemas de aprendizagem. Estas atividades também atingem os profissionais da educação, com atendimento e suporte psicológico para professores, principalmente na administração de conflitos entre esses e os alunos.

· Campeonatos de Futebol de salão - coordenados por ACS, para crianças até 14 anos, onde, além da atividade esportiva, se busca a construção de identidade comunitária e do envolvimento de adultos na formação das crianças.

· Biblioteca comunitária - funciona na sede da Associação Comunitária do Marajoara, onde além do acesso a livros, valorização dos hábitos de leitura, são desenvolvidas, sob supervisão do PSF, atividades de geração de renda, socialização, construção de identidade e auto-estima.

· EJA, programa de alfabetização de jovens e adultos – desenvolvido na escola da região, no turno noturno. A partir da demanda identificada pelos ACSs e demais membros da ESF, da procura da comunidade de solução para suas deficiências na área educacional, e da solicitação de apoio por parte da diretora e vice-diretora da escola municipal, a psicóloga do PSF e ACSs foram incorporadas ao programa, apresentando conteúdos de educação em saúde e outros.

· Escola Promotora da Saúde - programa relacionado ao programa “Rede de municípios potencialmente saudáveis” que promove uma interação entre a equipe de PSF e escolas públicas da cidade. Numa dessas atividades, acompanhada pela pesquisa, diversos atores da equipe de saúde desenvolvem um dia inteiro de atividades dentro do espaço escolar direcionadas para o público estudantil e equipe educacional, desenvolvendo conceitos de saúde, prevenção, auto-cuidado, entre outros.

A experiência de Pedreira aponta para que, uma vez construído um ambiente de atenção básica onde existe integração entre a comunidade e a equipe de PSF, integração essa que permita, entre outros aspectos, a identificação de demandas sociais e o arranjo político e social para buscar formas de atendê-las, instala-se um ambiente propício para o surgimento de práticas de promoção da saúde.

4. Promoção à saúde e educação: planejamento participativo em território de programa de saúde da família - Montes Claros - MG

Data das visitas:

12 a 14 de junho de 2005

26 a 28 de setembro de 2005

Pessoas entrevistadas:

Secretário Municipal de Saúde

Médico da equipe e tutor dos alunos

Nova médica da equipe

Dois agentes comunitários de saúde

Três moradores do bairro

Presidente da Associação para Geração de Emprego e Renda

Gerente da horta comunitária

Seis alunos da universidade

A. Impressões preliminares

A.1. Caracterização do Município

A Cidade de Montes Claros fica na região Norte do Estado de Minas Gerais. Dista 342Km da Capital, Belo Horizonte. Foi fundada em 1831, tem uma área de 3.594,1 km2 e está a 648 metros de altitude.

Comparando dados dos censos recentes, obtidos através do Atlas de Desenvolvimento Humano da FJP/IPEA temos o seguinte: em 1991 tinha 250.062 habitantes, passando para 306.947 em 2000, representando 1,72% da população do Estado e 0,18% da população do pais. A taxa de urbanização foi de 91% para 94%.

A taxa de mortalidade no mesmo período passou de 25,7 para 22,3; a esperança de vida de 69,4 para 72,3 e a taxa de fecundidade de 2,8 para 2,1. A taxa de analfabetismo para população até 14 anos caiu de 18,5 para 5,7 e na população adulta de 20,2 para 12,7. O índice de Gini se manteve praticamente igual: 0,61 em 1991 e 0,62 em 2000.

Em relação ao acesso a serviços básicos nos domicílios, todos subiram: água encanada (75% para 88%), energia elétrica (93% para 98%) e coleta de lixo (76% para 96%).

No cômputo geral, o IDH-M subiu 8,6%, de 0,721 para 0,783.

A.2. Impressões do Pesquisador

Montes Claros, apesar de seu porte não tem ares de metrópoles, parece um germinado de várias cidades do interior. De uma maneira geral, as pessoas se comportaram de um jeito bastante mineiro: mais fechados, como quem espera que o visitante dê o primeiro passo para descobrir suas intenções, porém hospitaleiros após estabelecido o contato. A cidade tem cerca de trinta por cento de cobertura do PSF, e a impressão foi que as pessoas acham que ainda está incipiente. Mas parece haver um clima de expectativa, relacionado a mudança do secretário municipal de saúde.

Na primeira visita, o contato prévio foi realizado com a coordenação de atenção básica e com o médico da unidade básica de saúde (UBS) do Bairro Tancredo Neves, porém nenhum dos dois pode me receber no primeiro dia. Logo, fui sozinho à UBS, conversar com quem estivesse lá. Trata-se de uma UBS grande, pouco movimentada. Fui recebido por alguns funcionários, que meio ressabiados, não quiseram falar muito, nem gravar entrevistas, e ficaram cuidando dos seus afazeres. A pesquisa só avançou quando consegui me reunir com as pessoas diretamente envolvidas com o projeto relatado

Nessa segunda visita, a recepção foi bem diferente. Ao chegar a UBS do Tancredo Neves fui recebido como um velho conhecido que estava desaparecido. Os trabalhadores estavam mais a vontade e foi fácil gravar as entrevistas. Ao caminhar pela rua, entrevistar moradores da comunidade também foi tranqüilo. No bairro, é comum ver pessoas sentadas em banquinhos e no meio-fio, conversando ou jogando damas ou baralhos.

B. Descrição do PSF

B.1. Antecedentes de Atenção Básica .

No final da década de 80 foram implementados alguns Centros de Saúde (CS) no na cidade. Até 1996 a única oferta de serviços de atenção básica estava nesses CS tradicionais. Em 1996, a Secretaria Municipal de Saúde (SMS) tentou

implementar cinco equipes de saúde da família. Não conseguindo médicos para trabalhar nas mesmas, optaram por mantê-las somente com o enfermeiro.

Em 1997, com a derrota do PMDB nas eleições municipais, essa tentativa de implementação do PSF é abortada pela nova SMS.

B.2. Ano de implantação do PSF.

Em 1997, o ex-secretário municipal de saúde volta a lecionar na Universidade local. Então ele começa a procurar parcerias e leituras relacionadas à saúde da família e medicina de família. Através de um contato com a Escola de Saúde de Minas Gerais (ESMIG), ele participa de um treinamento oferecido pela Universidade de Toronto chamado "*Five weekend program*".

No final de 1997 e início de 1998 a Universidade local em parceria com a Secretaria Estadual de Saúde (SES) oferece um curso de especialização em saúde da Família. Em 1999 começa uma residência em Saúde da Família, ligada ao Hospital Universitário, inicialmente só para médicos, sendo que 2 meses depois foi oferecida também para enfermeiros.

Em 2000, a SMS implementa três equipes de Saúde da Família, em parceria com a Universidade. Os residentes, já no segundo ano, passam a ser os Médicos dessas equipes. Em 2001 a Universidade inclui internato em Saúde da Família no curso médico.

Na reforma curricular da graduação em medicina, adota-se o método PBL (*Problem based learning*), e são desenhados dois "itinerários" que o aluno deve passar na Unidade de Saúde da Família (UBS): o clínico e o comunitário. No clínico prevê-se treinamento em habilidades clínicas fundamentais, e o comunitário consiste no Módulo Interação Aprendizagem e Pesquisa em Saúde e Comunidade (IAPSC), que dá base à experiência estudada.

A expansão do PSF no município vai ocorrendo de maneira paralela à expansão das atividades de graduação e pós-graduação da Universidade relacionadas à saúde da família.

B.3. Orientação política-ideológica da Prefeitura Municipal.

De 1992 a 1996 – PMDB (atual prefeito era vice-prefeito, e atual secretário municipal de saúde era secretário à época)

De 1997 a 2004 – PFL (atual prefeito havia disputado pelo PMDB)

DE 2004 até o presente – PPS/PT

B.4. Cobertura municipal de PSF

Há 33 equipes de SF no município, das quais sete estão sem médico. Em uma população de 336.132 habitantes e considerando uma média de 3500 pessoas por equipe teríamos 115.500 pessoas cobertas, equivalendo a 34,4% da população.

B.5. Tamanho da população adscrita à ESF em foco

A equipe 03 do Centro de Saúde Tancredo Neves trabalha com 3000 pessoas.

B.6. Processo de trabalho da ESF

B.6.1. Composição da ESF e a carga horária dos membros da ESF

1 Médica residente – 40h / sem.

1 Enfermeira – 40h / sem.

2 Auxiliares de enfermagem – 40h / sem.

4 ACS – 40h.

B.6.2. Divisão de tarefas na equipe

Cerca de 2/3 do tempo a médica faz atendimento em consultório, e 1/3 em grupos.

A Enfermeira fica aproximadamente um quarto do tempo coordenando o acolhimento, e o no restante ela se ocupa de atendimentos variados em consultório e de grupos.

B.6.3. Mecanismos de tomada de decisão

No geral as atividades da equipe são coordenadas pela Enfermeira. Entre a primeira e segunda visita houve troca de médico, sendo que a nova médica trabalha na mesma rotina de trabalho do anterior. Eles têm reuniões de equipe semanalmente.

B.6.4. Fluxo de informação dentro da ESF.

As informações são repassadas principalmente na reunião. Além disso as equipes afixam cartazes de lembretes na salinha da recepção, que é ponto comum para toda equipe.

B.6.5. Agendamento das atividades

As atividades programadas são agendadas como ACS, no acolhimento.

> "A gente funciona todos os dias, tem as consultas que são marcadas no acolhimento, segunda quarta e sexta-feira, na parte da manhã de 7 a 7 meia. Eles procuram o agente de saúde, apega a ficha, mede a pessoa, mede a pressão e do idoso e nesse preciso mede a temperatura. Adianta para o médico. O médico chega é das fichas e vai chamando." (ACS)

Não há agenda de longo prazo ou plano sistemático de trabalho.

B.6.6. Intersetorialidade

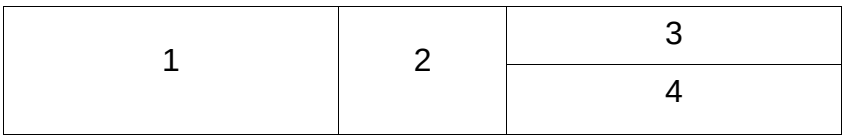
O PSF se caracteriza desde o início por ser uma parceria da SMS com a Universidade local. A universidade estava com novos programas de pós-graduação e propostas de reforma curricular, em que precisava de UBS como campo de estágio. Tanto os estudantes como os egressos desses programas constituíram os recursos humanos utilizados na implementação do PSF no município

Para além disso não foram identificadas outras articulações intersetoriais partindo do setor saúde.

B.6.7. Descrição da UBS

A unidade fica localizada em um quarteirão padrão (10.000m2), em que a única construção é o antigo centro comunitário onde agora funciona a UBS. Trata-se de uma construção ampla, com cerca de 400m2 (estimados) de área construída, dividida da seguinte forma:

Figura 1 – USF Tancredo Neves



1. Lavanderia desativada, entrada pelos fundos

2. Área administrativa, entrada pela frente, porta para 3. Divide-se em corredor que vai até a área 3, com 2 banheiros no fundo, e em 4 salas que se comunicam com esse corredor: acolhimento, secretaria, almoxarifado e copa

3. Consultórios, entrada pela área 2. 4 salas utilizadas como consultório, que dão para corredor comum

4. Salão, entrada pela frente. Utilizado para as reuniões

O restante do terreno é utilizado em cerca de 60% pela horta, sendo o restante para tráfego de pessoas e estacionamento dos carros dos funcionários.

B.7. Relação do PSF com o restante da rede municipal de saúde, destacando se tem caráter substitutivo ou complementar

O PSF tem caráter complementar ao restante da rede municipal. A mesma área é atendida também por um centro de saúde, que cobre uma área maior. Não há coordenação de atividades, cada uma seguindo com sua agenda e com pouca interlocução. Veja na opinião de um ACS:

> "E quando o PSF precisa de alguns serviços que a no centro de saúde?"
> "No caso de colher exame que não tem, a gente tem um laboratório que faz esse serviço para a secretaria de saúde e, já é marcada aqui, a pessoa vai a no centro que é um pouco distante. Agora no caso de pessoas acamados e, alguém da família leva no laboratório o material."
> "O que mais faz no centro de saúde que não faça aqui?"
> "Normalmente e encaminha para lá pessoas que, igual no caso de ginecologista, alguns casos que o médico não pode resolver, porque ele é só médico da saúde da família, ai e alguns casos ele não consegue resolver e encaminha para o centro de saúde. "
> "A conversa no centro de saúde é tranqüila no ou tem problemas?
> "Em algum momento tem alguma divergência, igual, por exemplo: a pessoa falar para ser atendido e eles falam que não pode ser atendido lá, falam que tem que ser atendida aqui no PSF por causa da área de abrangência, a pessoa não pode ser impedido e receber atendimento, porque o centro de saúde não tem essa restrição."
> "Onde a Tem de mais gente do bairro em geral ela a o aqui"?
> "Eu acredito que seja aqui. "
> "Mas ainda assim tem muita gente que vai lá né?"
> "Tem".
> "E por que? "
> "Por causa da quantidade de consultas, o número de consultas lá é maior, normalmente lá tem mais médico, tem pediatra, têm ginecologista... Em geral atende maior número de consulta. A que as consultas são mais demoradas ver o latente menos pessoas." (ACS)

Porém, os problemas são outros na opinião de alguns usários entrevistados, conforme ilustra a fala abaixo:

> "O PSF se tem algum problema que ele não resolve, ele não ajuda a encaminhar não? Não. Nem remédio eles ajudam!

> Você só vai no posto de saúde e nunca no PSF?
> Eu não, lá em casa o povo o que mexe com isso é, eu nunca fui não. É complicado, igual o caso que nós estávamos falando para você passar por uma consulta você tem que chegar lá e ficar contando para os agentes tudo e depois passar pela consulta, e o médico vai ver se que atende. Enquanto o outro é só chegar marcar ficha e eles que atendem normalmente." (Moradora da área de abrangência)

Pelas entrevistas, parece estar caracterizado um modelo de PSF complementar, em que o Centro de Saúde e a UBS disputam clientela, trabalhando de modos distintos.

B.8. Descrever sucintamente a comunidade atendida pela(s) ESF(s) envolvidas na experiência. - nível de organização, perfil socioeconômico.

O CS funciona em uma área na periferia da cidade. O terreno próximo a unidade de saúde é plano, o calçamento é de pedra. A maior parte das casas próximas ao Centro de Saúde é de alvenaria, algumas sem revestimento e a maioria sem pintar. Os quarteirões tem desenho irregular, semelhante a longos retângulos com casa ocupando lotes de cerca de 25 a 50 m2 de ambos os lados. Aparentemente, a população é formada de emigrantes vindos da zona rural nas últimas 3 décadas: aposentados rurais, desempregados, e trabalhadores informais. Não parece haver nenhuma organização comunitária realmente ativa, e não há escolas, parques ou outros equipamentos coletivos urbanos nos arredores.

C. Descrição da Experiência

C.1. Antecedentes

Os antecedentes foram descritos acima, na história do PSF. Os antecedentes na própria comunidade se restringem a uma Associação Comunitária que foi abandonada e desativada, por endividamento e falta de mobilização, cerca de 1 a 2 anos antes da criação da AGERC.

C.2. Motivação

Identificar os atores protagonistas, descrevendo sua formação acadêmica e social e suas funções profissionais.

Atores envolvidos:

–Atual Secretário Municipal de Saúde: médico, professor da universidade local. Tem história de ligação com o movimento sanitário, sua motivação aparentemente decorre da ligação com este movimento, de sua experiência anterior na SMS e do interesse acadêmico na Saúde da Família. Mentor intelectual do projeto, participou implementando o projeto IAPSC e coordenando as atividades dos egressos dos programas de pós-graduação com montou.

–Preceptor e médico da ESF do PSF Tancredo Neves: recém-egresso da residência, tornou-se professor da Universidade e preceptor da residência. Adere ideologicamente a proposta do Secretário, porém apresenta as idéias referentes a ele de forma menos sistematizada.

–Alunos envolvidos: alguns trabalharam nas atividades como mera tarefa acadêmica, outros se engajaram mais ativamente nas atividades, provavelmente devido a certa identificação ideológica com o projeto.

–Presidente a AGERC: funcionário público federal aposentado (Funasa), membro do Sindicato dos funcionários públicos federais do município. Sua participação está ligada a uma história anterior de militância em outras entidades.

As duas instâncias institucionais envolvidas são a SMS e a Universidade local.

C.3. Contexto social e político

O ambiente político é predominado por uma forte tradição clientelista. Apesar disso, o fato de atualmente a prefeitura ser governada por uma coligação PPS/PT aparentemente levou a administração mais à esquerda. Em relação à Secretaria Municipal de Saúde o PSF tem sido colocado como prioridade, inclusive com programação de Concurso Público para contratação de Médicos de Família com titulo de especialista ou egressos de residência.

Porém, nos anos anteriores, que incluem o período de maior atividade da experiência estudada, o PSF aparentemente tinha um caráter secundário na administração. O salário era cerca de metade do que é pago na Região Metropolitana de Belo Horizonte, por exemplo, e complementado para atingir esse patamar através do segundo vínculo, com a Universidade.

É claro também a expectativa paternalista da população:

> “O prefeito tinha que abrir um serviço aqui, para as pessoas trabalharem. Igual a essa praça aqui está aí... Depois que a mulher morreu, disse que ia fazer... Não tá fazendo nada!

> Cortou os pés de manga, os paus estão lá até hoje. E o quê que ia fazer lá?
> Falaram que iam consertar a praça, mas está lá até hoje, os pés de manga... Passo e tá tudo largado, tudo jogado.
> Você acha que que a prefeitura não está fazendo nada para o bairro?
> Aqui para nós não, que votou nele ..." (Moradora da região)

Aparentemente a única rede social presente na área é a rede composta pelos trabalhadores da horta comunitária. Não foi visto outro impacto político da iniciativa além deste.

C.4. Desenvolvimento

O projeto começou com as atividades do Preceptor e dos alunos trabalhando no módulo IAPSC. Esse módulo, parte do novo currículo do curso médico da Universidade local, foi proposto inicialmente para durar os 6 anos do curso médico, com a seguinte estrutura:

Semestre Letivo	Objetivo Educacional
1	Conhecer o Território e inserir-se na equipe de saúde.
2	Compreender os macro-problemas de saúde e escolher um deles para enfrentamento.
3 e 4	Conhecer as famílias do território e promover sua saúde.
5	Avaliar a saúde das pessoas do território e prevenir suas doenças.
6	Organizar os serviços de saúde do território e avaliar os seus resultados.
7 a 12	Fazer vigilância da saúde: prestar cuidados integrais de saúde à população do território.

A experiência em questão iniciou-se com a organização de reuniões de membros da comunidade pelos alunos e profissionais da UBS, no ano de 2001. As reuniões eram convocadas ativamente pelo Preceptor e pelos alunos, através de visitas, bilhetes, cartazes.

Ao longo dos anos de 2001 e 2002 as reuniões aconteciam quinzenal ou mensalmente a contavam com participação de dez a noventa pessoas, de acordo com o observado no livro de atas da AGERC.

Nas reuniões, os alunos utilizavam metodologias que recém-aprendidas na teoria, como Estimativa Rápida Participativa e o Método Altadir de Planificação popular para conduzir as reuniões e estimular os membros da comunidade a elegerem problemas prioritários e criarem estratégias para enfrentamento dos mesmos.

O problema eleito foi o desemprego, e a estratégias escolhida foi a criação da AGERC – Associação para Geração de Emprego e Renda. A AGERC utilizaria a infra estrutura da UBS para criar atividades comunitárias de geração de renda.

As atividades escolhidas foram as seguintes: uma horta comunitária, uma lavanderia comunitária e um curso de biscoiteiras.

Para angariar fundos, os estudantes e os membros da comunidade mais entusiastas desenvolveram várias atividades, como rifas, festas, uma feijoada comunitária.

O projeto das biscoiteiras nunca deslanchou. A horta e a lavanderia começaram, mas logo a prefeitura interferiu devido ao aumento no consumo de água, proibindo utilização da água do posto pela AGERC. Neste momento que se organizou a feijoada comunitária, e foram angariados recursos para a escavação de cisternas para a horta. O projeto da lavanderia, porém, teve de ser abandonado.

Com o tempo, e a medida que as iniciativas não foram se consolidando, houve esvaziamento e atualmente a diretoria da AGERC conta com cerca de 5 pessoas ativas e se reúne mensalmente. Há uma clara dependência do Presidente da associação, que convoca as reuniões, organiza-as e executa a maior parte das atividades. É ele quem controlas as finanças, cobra as contribuições, executa os gastos, faz as articulações políticas para viabilizar os projetos. Os outros membros claramente têm papel secundário, apoiando e acompanhando os processos.

O tempo inteiro, foram principais articuladores o preceptor e o presidente da AGERC. Participaram também por um bom tempo os alunos, principalmente nos primeiros anos, organizando as atividades. Os outros membros da comunidade participaram também nos momentos de maior mobilização, principalmente quando havia eventos. Tem também um papel importante o “gerente” da horta, um aposentado rural que todos os dias, de manhã e a tarde coordena as atividades.

D. Categorias de Sustentabilidade

D.1. Institucionalização/formalização

O módulo IAPSC é parte da estrutura curricular obrigatória do curso de Medicina da Universidade, o que garante regularidade na presença de estudantes nas UBS. As atividades dos alunos são avaliadas como atividades acadêmicas, e seus relatórios semestrais servem para acompanhar a evolução dos projetos.

Os Preceptores têm dupla vinculação à UBS: são médicos da prefeitura e professores da Universidade local (estadual). Esse mecanismo parece ser importante na manutenção concreta da parceria Prefeitura-Universidade nas UBS. Os preceptores têm reuniões mensais com a coordenação do módulo, onde são discutidos os rumos do projeto educacional.

Em relação à iniciativa em foco, a institucionalização se deu através da AGERC, que é uma associação civil sem fins lucrativos e tem estatuto registrado no cartório de registro de pessoas civis da cidade. Porém o funcionamento da entidade é bastante centrado na figura do seu presidente. A mesma não tem sede própria, e os documentos ficam sob a guarda do presidente, em sua casa.

D.2. Intersetorialidade

Não há rede de colaboração intersetorial montada, porém as lideranças conseguiram articular pontualmente com as seguintes instituições, que contribuiram em etapas específicas do processo, conforme citado pelo presidente da AGERC:

- Coordenação de Assuntos Comunitários da Prefeitura municipal - intermediou a cessão de uso do terreno para a associação
- Curso de Agronomia da UFMG - contatos para organizar a horta e fazer projeto para irrigação
- Denocs (Departamento nacional de obras contra a seca) - contatos para tentar viabilizar a perfuração de um poço artesiano
- Sebras, Sociedade Educativa Brasileira: cursos de cabelereiro e bijuteria
- Proerges - palestra educacional sobre uso indevido de drogas

D.3. Participação e envolvimento da comunidade

A participação se restringe aos associados, que são cerca de 20 a 30 pessoas que trabalham na horta.

> “Firme lá, hoje são umas trinta pessoas, trinta famílias. Eram quarenta e três, mas o pessoal afastou” (Líder comunitário)

A mobilização comunitária atualmente se restringe a poucas reuniões da diretoria da AGERC, nas palavras do presidente:

> “A nossa associação é o seguinte, nós já trouxemos curso profissionalizante pra cá, aquelas pessoas que se vê interessada vão e participa, vão as reuniões, mas a maioria, noventa por cento não tem interesse de vir em reunião, vai a reunião, escuta e não tem

> nada, o pessoal vê mais ter beneficio e ter resultado rápido, você chegar e dar emprego, dar cesta básica, eu vou te dar um bocado de roupa, aí eles vão, agora se for pra fazer um trabalho devagar sem recurso, sem ajuda de prefeitura e do estado, eles não vão não.
> Essa associação aqui quem que toca sem ser você, o (Preceptor) e o ("gerente" da horta)?
> Quem ajuda aqui, eu procuro a ..., a ..., são essas pessoas, nossa reunião é toda primeira quarta feira do mês, a não ser quando surgi um assunto..." (Presidente da AGERC)

Alguns moradores locais sequer sabem que ainda há reuniões:

> "Dizem que eles faziam umas reuniões no começo, chamavam o pessoal"?
> "Fazia, agora não está tendo mais não." (Moradora da região)

Um ACS também relata a desmobilização:

> "Quantas pessoas estão indo nessas reuniões?
> Eu comecei a participar das reuniões, quando começou já faz uns dois anos. Agora eu não estou participando ....
> O (Presidente da AGERC), da última vez que eu vim aqui, ele falou que tem as reuniões da associação, mas que vão poucas pessoas que vão lá só o pessoal da diretoria. Em reuniões grandes, com liderança comunitária, para discutir os problemas da comunidade, pararam de acontecer?
> Pararam, normalmente as reuniões que acontecem, são as reuniões da associação, que eu não participo, eu não sei se fala em relação a horta, em melhorar a horta e outros projetos."(ACS)

D.4. Visibilidade

Para os usuários da horta há um impacto, mesmo que discreto, na renda:

> "A importância é muito grande, pra esse pessoal que não tem emprego, a maioria desse pessoal não tem emprego, o que tem vem daí, eles vende um pé de alface, aí tem o seu dinheiro para o pão da manhã, sempre tem todo dia, porque quem trabalha aí, são pessoas que não tem salário." (Membro da comunidade que trabalha na horta)"

Além disso, a horta também cumpre o papel de grupo de convivência:

> "eu to vendo a horta mais como terapia para o pessoal, ali é uma terapia pra eles" (Líder Comunitário)

Os moradores do bairro que não participam do projeto sabem da horta, mas não dos outros projetos, nem veêm impacto sobre as outra pessoas que não estão envolvidas diretamente:

> "Esse programa que eles têm aí no posto dessa associação, que é a da horta... A senhora sabe, do Sr. ... não é?
> Eu acho assim, que precisa muita coisa, às vezes eu vou lá e está tudo seco dizem que está faltando água, eu não estou na horta, mas eu sempre vou lá e dou uma olhada. A

> horta foi boa porque muitas coisas facilitam, às vezes não facilita para mim porque eu não estou ali incluída com aquele projeto."
> No começo tinha umas reuniões, a senhora ia às reuniões?
> Eu não ia porque eu sou uma mulher muito ocupada, muito sozinha então eu não tem condução, mas eu achei bom por isso. Porque facilita muita coisa para um irmão afora.
> Tem alguma coisa além da horta?
> Não, tirando a horta, tem assim: remédio caseiro.
> Quando eles começaram a fazer essas reuniões, eles falaram que o problema era desemprego, a senhora acha que mudou alguma coisa sobre desemprego que o bairro?
> Para mim está a mesma coisa, facilitou um pouquinho pra mim, porque às vezes eu tenho que ir lá no... comprar uma verdura, às vezes eu vejo uma pessoa passando eu falo: olha eu quero tanto de verdura pode ser R$1 R$2, eles logo trazem.
> Então facilitou alguma coisinha. Inclusive de muitos que têm horta aí, trabalham fora, então a coisa quase não está dando fruta.
> Mas continua tendo reunião?
> Aí eu não sei se está tendo reunião sempre. Eu sou uma mulher que quase não vou lá, só vou atrás desse remédio meu. "Será que eu vou aparecer na televisão". Ficasse aparecer não tem problema não, o que eu estou falando é tudo verdade, não pode é mentir.
> D. ..., só teve a horta ou isso mudou alguma coisa que no bairro?
> Eu acho que não mudou quase nada, eu não vejo ele se vendendo verduras, às vezes eles pegam o carrinho vai vender verdura na rua e tudo... É muito difícil." (Moradora da região)

Outro morador:

> "E esse negócio dessa associação que cuida da horta de lula o que vocês acham disso?
> Para quem está na horta é bom.
> E para o resto do povo?
> Para mim não faz diferença nenhuma, eu não compro nada lá." (Outra moradora da região)

O projeto é do conhecimento das pessoas da região, porém não é visto impacto para além das pessoas diretamente envolvidas.

A rotina da UBS não foi alterada em nada pelo projeto.

D.5. Capacitação

O projeto maior no qual a experiência se insere é um projeto de capacitação de estudantes de medicina, médicos e enfermeiros para atuar na Atenção Primária à Saúde.

Os estudantes entrevistados afirmaram que a experiência no módulo IAPSC os deixou mais aptos para trabalhar com comunidades, e que não descartam a possibilidade de virem a trabalhar com saúde da família.

O Secretário Municipal de Saúde acredita no potencial de longo prazo da experiência de formar profissionais mais aptos para atuarem nas Unidades Básicas de Saúde.

Porém, todos entrevistados apontaram que não houve processo sistemático de capacitação dos membros da comunidade, nem mesmo dos líderes. Os próprios ACS entrevistados também declararam não ter recebido capacitação específica sobre planejamento.

D.6. Avaliação

Não há processo de avaliação sistematizado, exceto pela avaliação dos alunos e seus relatórios semestrais.

D.7. Reflexão sobre a Prática e Conteúdo Teórico

O histórico da formulação teórica foi descrita acima. Basicamente é uma junção do conceito de Atenção Primária à Saúde utilizado no Canadá com o ideário da Reforma Sanitária. A concepção de saúde está ligada, então, à luta por direitos de cidadania e condições de vida no discurso do Secretário Municipal de Saúde e do Preceptor do PSF Tancredo Neves. Esse discurso, porém foi incorporado apenas parcialmente pelos estudantes de graduação. Os agentes comunitários de saúde também incorporam parcialmente esses conceitos, porém com grau menor de elaboração. Essa concepção, porém não aparece no discurso dos moradores da região entrevistados.

D.8. Sustentabilidade financeira

O PSF é duplamente sustentado pela Prefeitura e pela Universidade, com verbas orçamentárias. Porém, as iniciativas, que surgem através das reuniões da comunidade incentivadas pelos estudantes, não têm fonte de financiamento. A experiência em foco realizou no iniciou atividades como rifas e festas para arrecadar dinheiro para montar a infra-estrutura da obra, porém essas atividades não são mais realizadas.

Em relação à horta, cada associado contribui com R$2,00 por mês, mas há cerca de 40% de inadimplência. A horta praticamente não tem custos além do trabalho manual dos associados. A água provêm de duas cisternas que foram cavadas com o dinheiro de uma feijoada comunitária realizada em 2001. O gasto com adubo é por conta de cada família responsável por seu canteiro, mas ocasionalmente eles fazem compras em grupo.

> “E aí essa contribuição, eles pagam dois reais por mês, mas eles não têm aquela obrigação, aquele dever não. Se eu fosse levar o estatuto ao pé da letra não tinha ninguém ali.“ (Presidente da AGERC)
> “Ai já tá pronto, foi discutido na reunião, teve feijoada pra resultar documentos, foi um trabalho imenso, o documento ficou muito caro, na época uns quinhentos reais, na época pra elaborar o documento, não tinha dinheiro, teve que fazer leilões, feijoada, pra gente poder elaborar os documentos.” (Membro da comunidade que trabalha na horta)

A AGERC não recebe doações. A administração financeira é realizada pelo Presidente.

D.9. Processo de comunicação

Em relação aos Preceptores do IAPSC há reuniões mensais com a coordenação, na Universidade. Os membros da ESF Tancredo Neves conversam durante o expediente e há cartazes e lembretes na unidade.

Na AGERC a comunicação é centralizada no Presidente. Em relação à Horta, a comunicação entre os associados acontece nos horários de regar, das 6 às 8 e das 16 às 18. Não há mecanismos de comunicação formal

D.10. Prestação de contas

A Prefeitura presta contas sobre o PSF ao Ministério da Saúde, através da alimentação dos bancos de dados do Datasus. Os alunos prestam contas de suas atividades aos Preceptores e à Universidade através de relatórios, havendo um relatórios final ao término de cada semestre.

A prestação de contas financeira acontece anualmente para a diretoria da AGERC e é lavrada em ata, conforme previsto no estatuto. A prestação de contas do ano de 2004 ainda não foi apresentada. Curiosamente, o trabalho de contabilidade é feito pela secretária de outra entidade, da qual o Presidente da AGERC também participa, o sindicato dos servidores públicos federais:

> “ ... a menina faz pra mim, aí eu passo pra eles, chamo o conselho fiscal”

E. Categorias de Conteúdo

E.1. Acesso a bens e serviços

As propostas de geração de renda eram propostas paliativas, que não pretendiam mudar a estrutura econômica local. A única proposta que vingou, a horta, tem potencial de geração de renda muito limitado. Basicamente, exceto alguma

comercialização eventual com vizinhos, a produção da horta é utilizada para consumo próprio.

O projeto não se ocupou das condições de trabalho em geral, tampouco da facilitação do acesso a outros setores que não da saúde.

E.2. Equidade

Não houve, por parte tanto do projeto quanto por parte da experiência em foco, uma predeterminação em se abordar a questão da equidade. Porém, o fato de na experiência ter se optado por tentar enfrentar a questão do desemprego gera por si uma focalização em pessoas com má situação econômica.

No momento da implantação, a participação na horta comunitária foi focada para as pessoas desempregadas. O fato de a horta gerar pouca renda e requerer a presença de pessoas para regá-la pela manhã e à tarde faz com que tanto o interesse quanto a disponibilidade fique restrito a pessoas de baixíssima renda. O impacto, porém, é pequeno. Na maior parte das vezes, a produçã da horta é utilizada para consumo próprio, exceto por um fraco e ocasional comércio local e informal com vizinhos.

Nas outras atividades da equipe de saúde da família não há foco específico que leve em conta a desigualdade.

E.3. Intersetorialidade

A experiência em foco não chega a se constituir como uma ação intersetorial. Há apenas relatos de parcerias isoladas, conforme descrito acima.

E.4. Integralidade

Em relação à integralidade, não parece haver avanços significativos. Os grupos operativos seguem o modelo prescrição coletiva de cuidados, aparentemente sem maior elaboração. Não foi observado no ambiente nenhum cuidado específico voltado para humanização, nem surgiu esse tema nas entrevistas com membros das equipes.

O incentivo à mudança de estilo de vida e desenvolvimento de comportamentos saudáveis surge de modo prescritivo, tanto nas consultas quanto nos grupos.

A “renovação de receita” ocorre nos grupos via de regra, mas aparentemente não há mecanismos coercitivos, ou seja, a prescrição também é realizada em consultas de rotina. Porém, pela dinâmica de trabalho local parece haver um incentivo às pessoas irem ao grupo, pois é mais fácil conseguir vaga no grupo do que agendar consulta.

E.5. Educação para a saúde

Não há processo organizado de educação para a saúde. As atividades ocorrem em geral como simples transmissão de informações, sem preocupação em avaliar criticamente o grau de evidência que subsidia as recomendações. O estímulo ao autocuidado e cuidado recíproco aparentemente também se encontra em um patamar básico, centrado na puericultura e em atividades programáticas clássicas do PSF.

E.6. Participação popular deliberativa

Existe um “Conselho Gestor” que atua na região. Ele tem uma área de abrangência maior, que inclui o Centro de Saúde. Esse conselho gestor é uma espécie de conselho local de saúde, com a participação de ACS, médicos, gestores e líderes comunitários, porém não conseguimos levantar se segue as proporções estabelecidas da Lei 8142/90.

Esse conselho reúne-se mensalmente, e nele são discutidas questões relativas a atenção a saúde. Pelo relato da ACS entrevistada, que é vice-presidente do Conselho, em grande parte do tempo das reuniões são esclarecidas dúvidas da comunidade sobre o funcionamento das unidades. São discutidos também assuntos da comunidade em geral, porém a ACS identifica somente duas ações que foram decididas e implementadas pelo conselho: a troca de um médico do Centro de Saúde (cuja veracidade e peso real do conselho nesse processo não pôde ser averiguado) e a mudança de horário de um turno da unidade para que o médico passasse a atender até de noite.

E.7. Atuação coletiva para o desenvolvimento de condições de vida saudáveis.

Não há organização de ações coletivas para o desenvolvimento de condições de vida saudáveis. Esse assunto ocasionalmente perpassa as discussões do “conselho gestor”, mas não gera atuação.

A experiência em foco é uma tentativa de atuar coletivamente para melhora das condições de vida da comunidade. Porém, como foi visto acima, a experiência foi muito restrita e teve impacto somente para as pessoas diretamente afiliadas.

E.8. Redes sociais de proteção e cuidado recíproco

A horta tem potencial de funcionar como sede de uma rede social de proteção para os próprios membros. Porém, não conseguimos avaliar se as pessoas que trabalham na horta estão se apoiando reciprocamente ou se estão apenas convivendo naquele espaço.

Conclusão:

O Módulo IAPSC da Universidade é uma interessante experiência de inserção precoce de estudantes de Medicina em Unidades Básicas de Saúde. Está inserido em um contexto mais amplo de valorização da Atenção Primária na formação graduada de médicos, e escapa do escopo desse estudo avaliar o possível impacto futuro dessa política de formação na saúde da população.

O IAPSC, porém, da maneira como funciona atualmente, apresenta várias limitações como ação de promoção de saúde. Como características estruturais, destacamos o fato dele ser um programa paralelo às atividades de rotina do Programa de Saúde da Família e de não ter apoio institucional dos outros níveis do poder público municipal. Há também barreiras no processo. O fato de os estudantes ficarem na UBS apenas uma vez por semana foi levantado como um fator pelo gestor municipal. Nos parece mais grave, porém, a questão da capacitação. Não há, de maneira sistemática, um processo de capacitação das lideranças comunitárias. Foi alegado que elas se capacitariam no processo de planejamento, mas nos pareceu insuficiente.

Focando no programa específico, ele tem grande dependência de voluntarismo pessoal por parte do Presidente da AGERC. Além disso, como já foi ressaltado, tem impacto, e discreto, apenas para população diretamente envolvida.

Além do mérito na questão da formação, a idéia de que trazer a Universidade para dentro das UBS da rede municipal pode trazer benefícios tanto para a

organização do serviço como diretamente para comunidade atendida soa razoável. Porém, esse movimento por si não parece suficiente para fazer mudanças significativas.

Apontaríamos como caminhos uma maior articulação institucional com a prefeitura para apoiar as iniciativas e uma maior atenção na capacitação das lideranças locais e agentes comunitários de saúde. Em relação a esse último ponto, talvez algo possa ser aprendido com experiências como a de Recife e Pedreira.

5. Proposta Municipal de Educação Popular em Saúde (PMEPS) - Recife–PE

Data das visitas:

12 a 16 de junho de 2005

26 a 29 de setembro de 2005

Pessoas Entrevistadas:

Gerente do distrito sanitário 3 – idealizadora do projeto

Chefe do serviço de Educação Popular em Saúde (EPS)

Ex-coordenadora da EPS do Recife

Coordenadora do PSF do distrito

Gerente de território da micro-região 3.3

Uma equipe de Saúde da Família (médico, enfermeira, auxiliar de enfermagem, 6 ACS)

Diretora da ONG em formação MEP (Movimento de Educadores Populares)

Objetos de observação participante

Rotina do chefe do serviço de Educação Popular em Saúde (EPS)

Reunião dos Agentes Comunitários de Saúde (ACS) educadores com o chefe do serviço de EPS

Reunião dos ACS com os AESA (Adolescentes Educadores em Saúde)

Rotina da Equipe de Saúde da Família (ESF)

Documentos analisados

Proposta Municipal de Educação Popular em Saúde

Educação Popular em Saúde 2001-2002 – Seminário de Avaliação, 2003

Treinamento introdutório para agentes comunitários de saúde – Educação e Saúde (Apostila), 2002

Plano de ampliação das ações de atenção básica PACS e PSF – Diretoria de Atenção Básica, 2001

A. Impressões preliminares

Recife é uma cidade de aproximadamente 1 milhão e 700 mil habitantes; se somada a grande Recife a população atinge a marca de 2 milhões de indivíduos. A prefeitura é administrada pelo PT há dois mandatos consecutivos e a prioridade do

governo é a atenção básica, utilizando o Programa de Saúde da Família (PSF) como estratégia de reorganização da assistência e ampliação da rede de cuidado.

O município se divide em seis distritos sanitários que apresentam grandes diferenças entre si, tanto sob o aspecto sócio-econômico quanto em relação à população e área. Cada distrito possui um gerente, que desempenha o papel de coordenar as ações desenvolvidas em seu território em todos os níveis de complexidade. A experiência estudada se localiza no distrito 3 – denominado Casa Amarela – o maior em número de habitantes e o segundo em área territorial. O Distrito Sanitário III, no que diz respeito às ações de saúde, funciona quase como uma Secretaria e a gerente do distrito possui grande autonomia para a tomada de decisões. É uma área de periferia e as pessoas que lá residem, em sua maioria, moram em favelas, denominadas comunidades. No total são 303 mil habitantes e 37 equipes de PSF. O distrito se divide em 3 micro-regiões (3.1, 3.2 e 3.3) e cada uma delas possui uma Gerente de Território. A micro-região 3.1 abriga a classe média do distrito e os serviços de atenção secundária e terciária; possui poucas equipes de saúde da família (ESF). As micro-regiões 3.2 e 3.3 são bastante parecidas: a maior parte da população vive abaixo da linha da pobreza, o esgoto corre a céu aberto e é grande a quantidade de lixo na rua.

As Unidades Básicas de Saúde (UBS) comportam de uma a três ESF, que são coordenadas pela Gerente de Território – não existe a figura do gerente técnico de unidade. As equipes funcionam do modo tradicional, com médico, enfermeiro, auxiliar de enfermagem e cinco a seis Agentes Comunitários de Saúde (ACS). Algumas unidades têm consultório odontológico.

Para a realização do presente trabalho na cidade de Recife o primeiro contato foi feito com a Secretaria Municipal de Saúde, no departamento de Atenção Básica, que prontamente atendeu às solicitações e localizou a experiência selecionada. Seguiu-se então o contato com a gerência do distrito III, que se disponibilizou para cooperar no que fosse necessário ao bom andamento da pesquisa e, realmente, assim aconteceu. A experiência em questão foi apresentada na II Mostra de Saúde da Família pela gerente do distrito, que trabalha com Educação popular em Saúde desde longa data. A recepção no distrito foi bastante amigável e todos os profissionais envolvidos, tanto no nível central quanto no local, se mostraram abertos para mostrar o projeto e falar sobre ele.

B. Descrição do PSF

B.1. Antecedentes de Atenção Básica .

A história da Atenção Básica em Recife começa por volta de 1978 com o movimento de agentes comunitários chamado Comunidades Eclesiais, de base na Igreja Católica. Nessa época a igreja começou a formação dos agentes pastorais, que anos depois, com a teoria da libertação, passam a se auto-denominar agentes comunitários de saúde. Esse movimento cria, em 1980, o MOPS – Movimento Popular de Saúde. Com a sua criação os agentes de saúde do Recife passam a implantar o MOPS e seu programa de agentes comunitários pelo interior do Estado. Eram feitos congressos periódicos, tanto na capital quanto no interior, e o movimento contava com o apoio de médicos e enfermeiros de importância no atual cenário político de Pernambuco. Eram eles os responsáveis pelos treinamentos dados aos agentes comunitários.

> "Então eles faziam treinamento mesmo com os agentes comunitários, em algumas situações a gente considera que os treinamentos da época eram melhores até do que de hoje." (Gerente do Distrito)

Na década de noventa, mais precisamente entre 1991 e 1992, o Ministério da Saúde reconhece a institucionalização do PACS do Ceará e na mesma época este é também implantado em Pernambuco. Recife então se nega a se submeter a um processo seletivo de agentes de saúde coordenado pelo Estado. Nesse momento existia na cidade um projeto chamado Prefeitura nos Bairros, que é uma primeira tentativa de implantação do orçamento participativo e que gera uma relação estreita com as lideranças comunitárias. Recife, então, encaminha para o Ministério da Saúde o projeto do seu PACS e a grande diferença é que ele incorpora, sem processo seletivo, todos os antigos voluntários que, nesse momento eram noventa. Para preencher as demais vagas, aproximadamente seiscentas, Recife estabeleceu um processo na seleção que também foi peculiar, baseado na história dos movimentos sociais e do projeto Prefeitura nos Bairros. A inscrição para o processo seletivos de agentes comunitários não era pública; foi solicitado a cada liderança comunitária que indicasse uma pessoa para concorrer à seleção, que constituía um processo bem simples, composto de quatro ou cinco perguntas. Então formou-se um PACS em que quase todos os agentes comunitários tinham alguma influência política, porque foram indicados por lideranças locais.

Os primeiros postos de saúde construídos são o resultado de reivindicações dos movimento sociais e muitos deles eram chamados “barracões da prefeitura” dada a precariedade e a inadequação do local.

> “Então os movimentos, eles aqui em Casa Amarela eles reivindicavam muito a construção de postos, e a construção dos postos ela também tem um viés político na sua organização muito importante, você tem as comunidades com mais tradição de esquerda que algumas não ganharam postos nunca, até chegar o programa de saúde da família.” (Gerente do distrito)

Hoje a atenção básica é prioridade no governo municipal e a estratégia de saúde da família foi escolhida para orientar a reestruturação da assistência.

B.2. Ano de implantação do PSF.

O PSF foi implantado em 1999.

B.3. Orientação política-ideológica da Prefeitura Municipal.

O Partido dos Trabalhadores (PT) está à frente da administração municipal de Recife desde 2001 e assumiu como prioridade de governo a implantação do PSF, a gestão participativa e a educação popular em saúde.

B.4. Cobertura municipal de PSF

Em 2001 Recife apresentava cobertura do PACS de 50% e do PSF de 5%, com apenas 27 equipes de PSF. Hoje a cobertura de PSF é de aproximadamente 50% e a cidade conta com 213 equipes de saúde da família.

B.5. Tamanho da população adscrita à ESF em foco

A equipe tem aproximadamente 1.000 famílias adscritas, cada família tem, em média, 3,8 pessoas, o que soma um total de 3.800 pessoas.

B.6. Processo de trabalho da ESF

A ESF estudada tem rotinas bem estabelecidas, com dias e horários designados para cada tarefa e que são dados a conhecer pela comunidade. Segundo vários dos entrevistados, a demanda reprimida existe, mas é pequena e busca-se atender a maioria dos casos no momento da procura. Para reduzir a demanda algumas estratégias foram implementadas. Uma delas é a consulta coletiva. Trata-se de uma consulta, com médico e/ou enfermeiro, em que vários

indivíduos com o mesmo problema (e.g.: hipertensão, diabetes) são atendidos conjuntamente. Nessa consulta são dadas informações de cunho geral, que se apliquem a todos os indivíduos; a consulta dura em média 40 minutos. Após a consulta, os pacientes que julgarem necessário ou tiverem questões específicas a serem tratadas são atendidos separadamente ou agendados. Com isso economiza-se tempo nas consultas individuais e é possível desenvolver outras atividades e atender um número maior de pessoas. Outra estratégia é delegar aos ACS a responsabilidade pelos grupos operativos. Eles se desenvolvem na comunidade, fora da unidade de saúde e são conduzidos pelos agentes comunitários. Os médicos e enfermeiros oferecem o suporte necessário, mas não são os condutores dos grupos.

> "A equipe de saúde da família apóia todo o processo do trabalho e participa dele, ela monta com os ACS o processo de reunião, até que se consiga montar sozinho, ajuda no processo de discussão, no curso de especialização de saúde da família a gente já passou a trabalhar com os médicos e enfermeiros, o mesmo modelo de oficina, para que eles fizessem com os usuários, inclusive no que a gente chama de consulta coletiva, que a gente começou a diferenciar grupo de consulta coletiva, então doente, ou quem tem alguma patologia, hipertenso, diabético, não forma grupo, tem consulta coletiva, que é justamente para diferenciar a forma básica, que para a gente é organização do grupo, que não é a doença, e sim o ciclo da vida, a gente estabeleceu grupo de criança, adolescente, adulto e idoso, e o adulto podem ser misto, só de mulheres ou só de homens. Então, na própria consulta coletiva do hipertenso, a gente começou a trabalhar com os médicos enfermeiros essa mesma metodologia, mesmo em 40 minutos, mesmo em um tempo curto, fazer levantamento do que já é conhecido, contraponto e a reconstrução." (Gerente do Distrito)

É notável a integração da equipe. Cada um desempenha a sua função e existe respeito pelo trabalho e pelo espaço do outro. Não existe uma hierarquia formal; uma vez por semana é feita uma reunião para a discussão dos problemas da UBS e a programação das atividades. Todos têm a chance de colaborar no melhor andamento das tarefas.

> "A gente sempre comenta que a gente é uma equipe, e uma equipe mesmo, todo mundo aqui é muito unido, um ajuda o outro. No projeto do AESA a gente apenas colabora, até porque eles têm uma formação, que eu não entendo direito ainda..." (Auxiliar de enfermagem da ESF)

B.6.1. Composição da ESF e carga horária dos membros da ESF

A ESF é composta por um médico, um enfermeiro, um auxiliar de enfermagem e cinco a sete agentes comunitários de saúde. Algumas equipes contam com serviço odontológico e a equipe é integrada por um atendente de consultório dentário (ACD),

um técnico de higiene dental (THD) e um odontólogo. A carga horária de todos os profissionais que compõem a ESF é de oito horas diárias durante cinco dias da semana.

B.6.2. Divisão de tarefas na equipe

A divisão de tarefas na equipe é feita a partir do manual de saúde da família do Ministério da Saúde, onde são definidas as atribuições de cada um dos profissionais da ESF. O manual é distribuído a cada um dos membros da equipe no momento em que fazem o curso introdutório ao PSF, na contratação.

B.6.3. Mecanismos de tomada de decisão

Dentro da equipe as decisões são tomadas em reuniões periódicas, das quais participam todos os integrantes. O distrito passa à ESF a responsabilidade de se auto-gerenciar e promove reuniões mensais com um membro de cada equipe, escolhido democraticamente, para resolver problemas que necessitem de intervenção externa.

B.6.4. Fluxo de informação dentro da ESF

O principal mecanismo de comunicação do nível central com a ESF se dá por meio de papel e também por comunicação direta (por telefone ou presencial) de um representante da equipe com a gerência de território. A comunicação apresenta falhas, principalmente porque não existe um setor responsável pelo serviço e os encarregados da entrega dos “papéis” nem sempre cumprem seu trabalho da melhor forma, conforme relato: “Deixa de chegar papel. E a gente tem clareza, temos uma grande dificuldade de comunicação, não temos um setor específico.” (Gerente de Território)

B.6.5. Agendamento das atividades

A equipe possui uma agenda pré-estabelecida, que contempla os atendimentos, visitas à comunidade, reuniões com grupos operativos e demais atividades. Com relação às consultas, existe um horário de acolhimento conhecido pela comunidade, onde é feita uma triagem e são selecionados os casos que necessitam de atendimento imediato e aqueles que podem ser agendados para o turno da tarde ou dia subseqüente.

B.6.6. ntersetorialidade

A equipe não desenvolve nenhuma atividade com a participação de outros órgãos ou entidades.

B.7. Descrição da UBS

No caso dessa experiência a UBS é tão somente o ambiente físico onde a equipe trabalha, tendo em vista que ela divide o espaço apenas com os Agentes de Saúde Ambiental, que pouco utilizam o local, visto estarem a maior parte do tempo na comunidade.

Trata-se de uma casa relativamente grande, que comportaria bem os trabalhos da ESF, não fosse pelo fato de ter sérios problemas no telhado que, quando das chuvas, geram goteiras e infiltrações por toda a unidade. A casa conta com um terraço onde se reúnem alguns grupos; quando há coincidência de horários é necessário solicitar aos moradores da comunidade que cedam espaços em suas residências.

B.8. Relação do PSF com o restante da rede municipal de saúde

B.8.1. Caráter substitutivo ou complementar

Em Recife o PSF, onde já foi implantado, tem caráter substitutivo, embora ainda não seja capaz de atender a toda a demanda do município. O PSF foi implantado começando pela periferia, onde não existia qualquer tipo de prestação de serviço de saúde à comunidade e o objetivo é avançar para as áreas centrais até que seja atingida a marca de 100% de cobertura.

> "Não, a gente não considera que ele tenha um caráter complementar, a gente considera que é o processo de substituição que ele esta vindo da periferia para o centro, e como a maioria dos postos antigos tradicionais ficam mais próximos do centro, então a gente começou a trabalhar o PSF pela periferia, então a gente tem uma área toda fechada, então tem área noroeste nossa toda fechada com 100% de cobertura, a área que vem do oeste também toda coberta, todas as áreas de baixa renda da micro região 3.1 que são as áreas norte, também toda coberta, e a gente tem o que a gente chama do centro de Casa Amarela, quer dizer, o ponto de maior aglomeração de pessoas que são esses dois bairros, Nova Descoberta e Vasco da Gama com um alto índice de descobertura ainda, quase que completamente descoberto, que nossa meta agora é chegar junto deles e conseguir estar começando a implantar as equipes." (Gerente do distrito)

O distrito ainda enfrenta a resistência da comunidade em relação ao PSF, tendo em vista que algumas experiências com equipes de saúde da família foram

mal-sucedidas. Entretanto há um esforço por parte dos gestores em substituir a forma de prestação da assistência à saúde.

> "Já teve uma reunião em uma comunidade que tem uma grande resistência de transformação da unidade em PSF, exatamente porque ele tinha informações de outra comunidade próxima que tinha mil dificuldades com a unidade de saúde da família, então eles morriam de medo, porque não estavam conseguindo ter exemplos na unidade próxima a sua, eles diziam: "eu estou ganhando, não, eu estou perdendo profissionais nas unidades que eu estou com ela a muito tempo, profissionais que conheço a muito tempo" então ele está com um processo substitutivo na realidade." (Gerente de território)

B.8.2. Relações de referência e contra-referência

Nos últimos quatro anos foram designadas as clínicas de especialidades e hospitais que serviriam de referência para as ESF. Anteriormente não existia uma rede articulada, o que gerava problemas para a comunidade e para o sistema. O processo resultou na contratação de vários profissionais de diferentes especialidades e facilitou o processo de atendimento à população.

Existem protocolos de referência e contra-referência no município, entretanto, como foram implantados apenas nos últimos quatro anos e como é usual em quase todos os serviços, a utilização desses formulários ainda é pequena, apesar de haverem relatos de profissionais que indicam sua importância.

> "Essa a gente vem construindo nesses quatro anos de gestão, nesse primeiro ano de gestão acho que a gente já conseguiu avançar muito, porque no que você encontrou uma rede que não era rede, você encontrava unidades isoladas funcionando isoladamente, até se ter a compreensão da rede e você ter nas policlínicas profissionais de referência com todas as especialidades, onde você não tinha quase nada, onde você fez um concurso para você conseguir se aproximar do que é necessário de especialista. Então eu acho que a gente tem depoimentos nas nossas reuniões de referência é muito mais concreto porque a gente conseguiu implementar neurologista, várias especialidades, gastro, reumatologia, saúde da mulher, então a gente conseguiu implementar o especialista, aí você tem a referência. A contra referência a gente já consegue ver alguns profissionais elogiando, que recebeu uma contra referência." (Gerente de território)

B.9. Descrição sucinta da comunidade atendida pela(s) ESF(s) envolvidas na experiência.

Apesar de a população do Distrito III ser caracterizada pelo alto nível de organização, pela participação em movimentos sociais e pela força política, a comunidade atendida pela ESF envolvida na experiência tem características diferentes. Casa Amarela pode ser informalmente dividida em duas áreas, conhecidas como "a frente da Santa" e as "costas da Santa". A "frente da Santa"

engloba as áreas mais antigas do distrito e é assim denominada porque fica sob os olhares de Nossa Senhora da Conceição, no alto do Morro da Conceição. Por ser a mais antiga e ter grande visibilidade social, devida principalmente às festividades que acontecem em homenagem à Santa, essa região é alvo de grandes investimentos por parte de ONGs, projetos sociais e outros. As casas são, em sua maioria, de alvenaria; já foram feitas todas as barreiras de contenção de desabamentos e a comunidade é bastante articulada. Do outro lado, nas “costas da Santa”, a situação é bem diferente e é nesse contexto que se insere a comunidade Santa Tereza. As comunidades são definidas como de muito alto risco. A rotatividade entre as pessoas é grande, porque elas ainda não se fixaram ao local por ser uma área de ocupação; suas casas são de lona e não possuem qualquer infra-estrutura. Não existe tratamento do esgoto, que corre pela rua. É possível ver os ratos em meio às crianças, que estão sempre sujas e descalças. A água e luz elétrica também são precárias e o transporte muito restrito. Trata-se de uma região de morro, as pessoas são tidas como de altíssima vulnerabilidade e risco social; vivem abaixo da linha da pobreza.

C. Descrição do Projeto

A experiência selecionada diz respeito a um seminário de avaliação envolvendo 34 equipes de saúde da família do Recife, nas quais foi implantada a Proposta Municipal de Educação Popular em Saúde (PMEPS). Segundo o relato, das 34 equipes que participaram, 27 obtiveram resultados positivos.

Hoje a proposta se localiza quase exclusivamente no distrito 3, já que a idealizadora do projeto é, no momento, a gerente do distrito. Nesse distrito a proposta toma novos rumos a partir de 2001, quando é implantada a idéia da formação dos ACS educadores populares em saúde, com um formato diferenciado, que gera nos seus participantes uma grande identificação, tanto com o projeto quanto com o próprio PSF. O que será descrito nesse relatório não se restringirá ao resumo da experiência apresentado na Mostra de Saúde da Família, pois dizia respeito apenas a um seminário de avaliação, mas à forma como foi construída a PMEPS e como ela se desenvolve atualmente, focalizando o trabalho prático em uma ESF do distrito sanitário III.

Foi pedido à gerente do distrito que indicasse uma equipe, representativa da experiência. Foi indicada a UBS Santa Tereza, que conta com apenas uma ESF. Lá

a PMEPS existe em sua conformação mais ampla e é possível observar os resultados positivos e a satisfação dos envolvidos, tanto no nível central quanto no local, com as potenciais conquistas que podem advir desse trabalho.

C.1. Antecedentes

Em Pernambuco a Educação Popular em Saúde (EPS), como política de governo, começou em 1995, na administração estadual do PT. Nesta época a idealizadora da proposta ocupava o cargo de Diretora de Desenvolvimento de Recursos Humanos e era responsável pelo curso de Educação Popular, desenvolvido em parceria com o NESC. O orientador da idealizadora foi convidado para ser consultor do projeto e sugeriu que (...) o acompanhasse como assessor, durante a implantação do projeto no Estado de Pernambuco.

Foram criados núcleos regionais dos pequenos municípios. Os professores eram capacitados e encarregados de repassarem a metodologia para os municípios e estes desenvolviam o trabalho.

> "A origem desse projeto ele começou antes da década de 90, no governo de (...), a gente estava na secretaria de saúde de Pernambuco e a gente estava estruturando a educação em saúde, então a gente já tinha uma análise de que educação em saúde era uma prática instrumental, de normalização social, de normalização de hábitos e condutas prescritivas, só que a gente não sabia como fazer diferente, a gente estava numa secretaria que era votada pela constituição da gestão popular, então a gente nem tinha muita história no País, muita história principalmente no nordeste de gestões populares, como na saúde, ainda mais dentro dessa área de educação em saúde." (Ex-coordenadora da EPS do recife)

A idéia era fazer algo inovador, que ultrapassasse os limites do que já havia sido feito em termos de educação popular. Era preciso formar pessoas, lideranças, que pudessem atuar de forma efetiva na resolução dos problemas da comunidade.

> "A gente queria fazer a construção de um local diferente, de uma forma diferente de dizer a educação em saúde, e aí a gente foi buscar parcerias, como eu estava na academia ainda, eu era residente em saúde pública, minha monografia foi direcionada para isso e todo mundo só criticava, ninguém se propunha a construir, a não ser os movimentos sociais ou práticas isoladas de educação popular em alguns serviços. Aí a gente conheceu o (...) e o (...), que foi um dos nossos assessores. Paralelamente a gente fez parceria com o CENAP, que era uma instituição de formação de educação popular e foi super importante principalmente na construção da metodologia, com a antropologia da Federal, então a gente foi buscando parceiros, na Universidade Rural que mudou muito o referencial da educação, e a gente construiu a proposta, varias propostas que foram se referendando por um referencial critico, emancipatório da educação na visão holística e que terminou se consolidando na educação popular em saúde, eu acho que foi a onde a gente se sentiu mais aconchegada porque agente pensava e queria fazer. O (...) e o (...) colocam seu marco na história de educação em saúde porque foi a primeira vez que educação popular em saúde foi pensada como política, ser pensada como política, é pensar enquanto investimento, enquanto priorização de investimento, enquanto

> estrutura, enquanto formação, então você tentar generalizar esse movimento da educação popular em saúde em serviços públicos e como estratégia de democratização de humanização." (Ex-coordenadora da EPS do Recife)

Em outubro de 2000 o PT ganhou a prefeitura do Recife e antes mesmo da posse a equipe se reunia para traçar as metas da Secretaria Municipal de Saúde. A EPS foi colocada como prioridade da secretaria; foi feita a PMEPS.

C.2. Motivação

A PMEPS é um projeto que engloba uma série de atores que ocupam as mais variadas funções e cada um deles apresenta um motivo diferente para estar e participar da proposta. Segundo a idealizadora do projeto, médica sanitarista e gerente do Distrito III a principal motivação da PMEPS era agir em saúde para além das unidades de serviço, buscando aproximar-se da população.

> "Todos já tinham uma história e uma crítica ao processo tradicional de EPS. Tenho uma ligação com a EP desde o final de 70, com o movimento projeto de saúde casa amarela. Esse projeto foi o precursor dos ACS no Brasil. Formou ACS voluntários e teve também alguns contratados – financiados pela igreja. Os objetivos eram a participação consciente da comunidade, o controle social e a EPS." (Gerente do distrito sanitário)

O chefe do serviço de EPS no distrito III, sociólogo, explica que, para ele a educação popular é uma das melhores formas de atuação junto à comunidade para a promoção da cidadania. Ele tem uma longa história de trabalho junto a grupos sociais e movimentos populares e modificou completamente a estrutura da proposta inicial de educação popular em saúde. É atribuída a ele a responsabilidade pelo sucesso da experiência no distrito III.

A secretária do projeto, quando perguntada sobre sua motivação, apresenta a seguinte resposta:

> "São eles, são eles mesmo, porque não existe, eu não vou lá para dar nada a eles que eles vão pegar e eles também não vão me dar, a gente vai só se ver, vai só conversar, e eu sei quando uma coisa é boa porque eu não sou louca, e a gente vê aquele momento que a gente está ali junto quanto ele é bom, então assim, aquela experiência que eu estou tendo naquele momento ela é válida, ela é importante, não só para mim como para eles." (Secretária da EPS)

Quanto aos ACS, que são os executores do trabalho na ponta, a motivação é ser reconhecido e se reconhecer como um profissional diferenciado e que, apesar de não receber remuneração maior pela atividade, é visto de com outros olhos pela administração e pelos outros profissionais da equipe.

> “É trabalho extra e muito. Ganhamos zero Reais. Mas satisfação. Como eu tinha lhe dito a satisfação e o aprendizado, porque a gente tinha um grupo e não sabia trabalhar, sabíamos o básico. E outra coisa, a gente hoje, eu digo por todas elas, porque sei que todas elas concordam comigo, hoje nós somos pessoas melhores. Melhores na visão de mundo, de não dizer assim, olha ali aquela menina, aquela menina isso, aquela menina aquilo, não, hoje a gente tem outra visão daquela menina, o que é que faz aquela criatura de 15 anos se prostituir, usar drogas sei lá, o que é que aconteceu na vida dela, o que é que traz tudo isso, como é a família, então assim a gente melhora como ser humano porque a gente começa a ter uma visão mais completa do ser humano, a gente não fica só julgando a pessoa, é isso porque gosta disso, a mãe é isso, a mãe é aquilo, mas e a mãe, a mãe foi estuprada, a mãe vivia num ambiente violento, mãe viveu num ambiente que o pai bebia a mãe bebia, a mãe era promíscua, entendeu, a gente começa a perceber a pessoa como um todo.” (ACS, educadora)
>
> “Elas vão porque elas se identificam, elas se identificam com a proposta, você cria um papel de educadora popular, você não é mais um agente de saúde, você passa a ser uma educadora também popular.” (Chefe do serviço de EPS do distrito)

Segundo o chefe do serviço de EPS do distrito é fundamental que o ACS tenha uma visão da importância do seu trabalho na comunidade, que ele se valorize e o instrumento dessa valorização é a EPS e isso faz parte do trabalho de motivação inicial do grupo.

> “O que motiva as agentes de saúde, as educadoras populares é exatamente elas terem um referencial de grupo, porque você trabalha no imaginário, você atende o imaginário, você vai para porta do usuário, e a partir do momento que elas começam a construir um grupo elas começam a ter um referencial de grupo, elas começam a saber construir uma proposta, elas visualizam o grupo, o grupo fortalece o papel dela de educadora e aí ela fortalece o papel do grupo, então ela cria identidade com o grupo, ela passa de ser aquela agente de saúde de um trabalho convencional, de marcar ficha, de atender a população, ela passa também a construir um papel, ela passa a fortalecer um grupo, consequentemente fortalece o papel dela enquanto educadora, porque ela fica atrás de materiais educativos, ela fica atrás de ações educativas para o grupo, ela se articula com outras educadoras de mesmo grupo, por isso que elas se reúnem de quinze em quinze dias a cinco anos exatamente para se fortalecer nesse papel, porque elas precisam desse referencial das outras educadoras para se fortalecer. Então para uma agente de saúde quando ela vira educadora popular, quando ela está com o grupo é a maior referencia que ela teve do PSF, ela se constitui como educadora, assim como o médico tem um papel de educador, ela também tem um papel de educadora no grupo. ” (Chefe do serviço de EPS do distrito)

C.3. Contexto social e político

O projeto vive atualmente um de seus pontos altos. As capacitações dos ACS para a formação de adolescentes, idosos e mulheres já aconteceram e existe a perspectiva de que sejam oferecidos outros cursos. A população apóia e participa dos projetos e, mesmo entre aqueles que não participam percebe-se o reconhecimento pelo trabalho que é feito.

O início do projeto foi marcado pela incredulidade por parte da comunidade, que não entendia porque os ACS estavam trabalhando com os adolescentes. As primeira mudanças ocorreram com a feira da saúde, organizada pelos AESA e pela observação, por parte da comunidade, de que aquele grupo de adolescentes estava

se destacando na melhoria das ações, do comportamento. Segundo uma das ACS, “hoje tem mãe que pede pelo amor de Deus pro filho entrar no grupo”.

Algumas instituições interagem com o projeto principalmente no que diz respeito à formação dos adolescentes, como uma escola de circo, uma escola de música e uma escola de teatro, que no momento prepara com os jovens uma apresentação teatral.

C.4. Desenvolvimento

No distrito III a EPS toma rumos diferentes do restante do município. Em 2001, o chefe do serviço de EPS assume que os ACS são as pessoas ideais para atuarem como educadores, dada a sua proximidade com a comunidade. Para que desempenhem bem seu papel foi criado um curso para formação de Educadores Populares em Saúde para ACS com duração de 3 meses. A capacitação era opcional e tinha o objetivo de prover o agente comunitário de conhecimento teórico e de didática para lidar, no primeiro momento, com adolescentes. Sua preocupação era fazer com que o conhecimento chegasse ao adolescente de tal forma que ele pudesse trabalhá-la e, de alguma, transformar o espaço à sua volta. No primeiro curso foram capacitadas 32 ACS, que formaram 280 AESA (Adolescentes Educadores em Saúde)

> “Eu não sou sanitarista, então eu venho de uma abordagem muito diferenciada de saúde pública. Eu assumi em 2001 aqui o distrito III, que já vinha com uma proposta de educação em saúde mais ampla, mas eu trabalho a mais de 22 anos com movimentos populares, meninos de rua, com ONGs, pesquisa, tenho experiência bastante, um pouco estruturada em trabalhos de movimentos sociais. Para mim vir para a saúde pública, foi outro olhar que eu tive sobre a saúde pública, e uma das coisas que mais me chamou a atenção na saúde pública dentro da educação de saúde, que me questionou muito dentro da saúde pública foi a falta da participação popular, da construção da saúde que é pública, se ela é pública, cadê o olhar do público também, do popular na saúde pública. Então eu vi muito, alguns cortes verticalizados dentro da intervenção junto ao popular e muito passivo dessa discussão. Então, dentro dessa preocupação, eu comecei a pensar, como eu iria trabalhar educação e saúde que era o meu cargo, minha função e o meu papel aqui dentro do distrito 3 e eu pensei muito, analisei algumas intervenções que já existiam em educação e saúde e algumas demandas do nível central, assim AIDS, droga, porque cada dia chamava o agente de saúde para uma capacitação, então começou a segmentar alguns temas, e ai começou a tumultuar um pouco, então o secretário parou essa coisa de tirar agente de saúde para fazer curso de dois meses, um mês para não esvaziar até o PSF. E eu fiquei muito preocupado assim, como trabalhar essa história, então eu comecei a qualificar, criar um curso de capacitação de educadora popular em saúde do adolescente, ai eu trabalhei esse segmento, a questão do adolescente, então todas as ações da prefeitura em saúde mental, drogas, gravidez, HIV, toda ela que era trabalhada com adolescente, eu juntei, e comecei a fazer uma capacitação de três meses, só para o agente de saúde que quisesse trabalhar com o grupo de adolescentes.” (Chefe do serviço de EPS do distrito)

Conflitos

No início houve a necessidade de se trabalhar conflitos, que esperadamente aconteceram. Os ACS passam a assumir um grupo dentro da ESF e era necessário, para o sucesso do projeto, que as pessoas trabalhassem em equipe, cada um respeitando o seu papel. Para que isso ocorresse houve a intervenção da coordenação de PSF do distrito e, paralelamente, o curso de especialização em saúde da família, onde também foi ressaltada a importância do trabalho em conjunto.

> "No início teve um impacto muito grande dentro do distrito, são mais de 360 ou 380 agentes de saúde, e não existe em distrito nenhum isso, então foi um choque muito grande, porque umas ficavam " eu não quero, é mais trabalho" outras começaram a ficar, mexer na referência, e as educadoras tomaram uma postura de educadora dentro do PSF, porque dentro dessa discussão, eu trabalho muito a questão dentro do PSF, onde a gente trabalha exatamente a relação de conflito de saberes, que é o saber da médica e o saber da agente de saúde, o saber da enfermeira e o saber da agente de saúde, então é preciso se harmonizar esses conflitos porque um depende do outro no planejamento." (Chefe do serviço de EPS do distrito)

Para o Chefe do serviço de EPS o papel do ACS é fundamental dentro da ESF. O contato direto com a comunidade é feito por eles, que não têm formação especializada. Criar uma identidade para os ACS foi o objetivo do primeiro curso que, por isso, foi direcionado para os adolescentes.

> "Apesar que o agente de saúde tem que fazer o todo dentro de uma comunidade, mas ela tem que ter também uma linha que ela precisa trabalhar, um segmento que ela precisa trabalhar, isso ai foi construído muito dentro de organização, de criar um curso que desse visibilidade, que incorporasse uma identidade de uma educadora especializada em adolescente, você incorporar essa história, você começa a chamar a agente de saúde de educadora." (Chefe do serviço de EPS do distrito)
>
> "Eu acho que precisa, que é um pouco da gente que faz, é fazer esse viés com a equipe como um todo, pra que o médico com todos seus preconceitos não perceba aquilo ali como uma coisa do ACS, é uma coisa do ACS na equipe de saúde da família, ele como complemento da equipe de saúde da família." (Coordenadora do PSF do distrito)

Metodologia

Não existe uma metodologia fixa para a capacitação dos agentes, visto que ela é feita por várias instâncias da SMS. Cada diretoria e cada programa envia um representante para dar um mini-curso sobre o assunto solicitado, o que gera algumas dificuldades. A coordenação do projeto, entretanto, tem o cuidado de amarrar às informações dadas a responsabilidade do ACS no papel de educador, de formador de opinião dentro da comunidade e tenta desenvolver nele a sensibilidade para o trabalho com os grupos no sentido da construção em conjunto, da troca de conhecimentos, do respeito pelo saber do outro, sem o esquema de aula, onde um dá e o outro recebe.

> "Tem os diretores da prefeitura, tem a diretoria da saúde da mulher, tem a diretoria do adolescente, diretoria da criança, diretoria da AIDS, na prefeitura tem cada um tem uma diretoria, tem as diretorias e os programas. E apenas eu juntei as diretorias e estou começando a trabalhar construtivamente. Aí dei a minha metodologia de abordagem, ai eu trabalho, vou costurando dentro do processo, amarrando dentro do processo o papel da educadora popular, a questão do respeito, da fala, do outro, a questão de você saber ler o grupo, a questão da discussão de roda, trabalhar na roda, não fazer aquela reunião de forma formal, em fileira, Ter cuidado em não repetir a mesma forma que os PSF trabalham, os usuários, tentar sempre colocar em roda a discussão, ouvir as pessoas, não formar escola, criar o papel do adolescente na construção da sua comunidade." (Chefe do serviço de EPS do distrito)

O trabalho desenvolvido com os adolescentes é feito na comunidade. Cada ACS tem o seu grupo de adolescentes. O distrito ajuda na definição dos primeiros temas que são trabalhados e, na medida do possível, apóia. O chefe do serviço de EPS faz reuniões quinzenais com todas os ACS Educadores, para a definição de metas e discussão dos problemas enfrentados. A estratégia é a troca entre os ACS.

Após um ano freqüentando o grupo o adolescente recebe o título de Adolescente Educador em Saúde (AESA). É feita uma solenidade de formatura, com a presença de várias autoridades da administração municipal. A partir de então o AESA é considerado multiplicador dentro da sua comunidade e a ESF conta com ele nas visitas às residência e, principalmente, nas campanhas. Hoje são mais de 100 educadores em saúde e mais de 800 adolescentes formados.

Seguindo os passos dos AESA foi criado o curso de formação de Idosos Educadores em Saúde (IESA). A proposta é mais recente, mas também já houve formatura. O trabalho com os idosos consiste basicamente em tirá-los da ociosidade; esse é o principal objetivo. As reuniões são feitas semanalmente e conversa-se sobre as formas e os potenciais dos idosos para contribuírem para uma sociedade melhor. Se junta a isso visitas a cinemas, museus, parques. Tudo para re-inserir o idoso na comunidade. Encontra-se em fase de implantação o curso de formação de Educadores de Saúde da Mulher (ESAM); já foram formadas 42 ACS que estão reunindo seus grupos de mulheres para o início do trabalho.

Dificuldades

São grandes e variadas as dificuldades enfrentadas pela PMEPS e cada ator envolvido expressa os problemas dos seu ponto de vista. Para a gerente do distrito a primeira dificuldade enfrentada pelo programa foi a perda de visibilidade política.

> "Depois da saída de (...), a gente começou a ter menos apoio, eu acho que na verdade, eu considero que está vinculado mais a mudança de conjuntura no geral que houve, a gente atravessou um ano eleitoral, que no ano que o Humberto saiu justamente para ser candidato, então é no processo de eleição, em 2002. Então a gente perde visibilidade,

> porque você não consegue aparecer com um projeto específico no meio de uma campanha eleitoral, a gente perde vários atores importantes, que estavam em outros cargos também, a gente começa um processo de crise financeira também, da secretaria, então com o processo de crise financeira, tanto reduz a implantação do PSF quanto do investimento no processo de implantação, e ai a gente passa na verdade a ter menos apoio. Eu saiu da coordenação da atenção básica, que coordenava todos os PSF e ai a gente se concentra na implantação do projeto, no distrito 3, e por isso que hoje o processo está muito mais avançado nisso que a gente esta falando, ele esta muito mais implantado no distrito 3 que nos outros distritos, nos outros distritos não tem o AESA, o IESA , educadores de saúde da mulher, a gente não tem essa forma de organização que a gente vê evoluindo com o decorrer do tempo." (Gerente do distrito)

Para o chefe do serviço de EPS do distrito a maior dificuldade é conseguir capacitar os ACS para o trabalho com os grupos e isso se reflete nas falas dos ACS e também dos adolescentes

> "A gente quer que as educadoras também sejam melhor capacitadas, a gente quer porque assim, é muito difícil dinamizar os encontros, ou seja, todas as dinâmicas que a gente sabe e que eles gostam a gente já fez, então a gente esta querendo, inclusive é uma das idéias, que a gente monte pelo menos num final de semana com algumas pessoas capacitadas, para que a gente seja capacitada em relação a dinâmicas de grupo, que a gente consiga melhorar a dinâmica dos grupos, fazer os grupos se movimentar, porque você sabe, ou a gente dinamiza o grupo ou a gente não consegue segurar os adolescentes no grupo" (ACS, Educadora)
>
> "Acho que falta muito isso, capacitação para mudar o jeito de informar, todo dia eu venho se reúne o grupo faz um círculo e a gente só fala sobre isso, só fala sobre isso, do mesmo jeito um fala, e as vezes tem um que discute vai contra, mas tem aqueles que estão chegando agora, que são novatos, "poxa, eu vou lá só para ouvir disso" falta muito isso, é complicado, eu estou a dois anos ouvindo as mesmas coisa, e a gente se empolga quando aparece uma campanha." (Adolescente Educadora em Saúde – AESA)

Modificações na rotina da ESF

Segundo a gerente do distrito é possível identificar modificações na atuação geral das ESF decorrentes da EPS, há a humanização do trabalho e a ampliação do valor dado aos demais membros das equipes. Mudou a forma como os profissionais lidam com os usuários do serviço, principalmente no que diz respeito à forma como as informações são dadas e à noção do quanto esse usuário é capaz de absorver.

> "Eu acho que o projeto repercutiu na forma de trabalho. A gente teve no curso de especialização, que foi o curso de especialização da gente, a gente capacitou todas as equipes, 180 equipes, que eu tive contato, que participei da coordenação da disciplina de educação popular, os depoimentos são assim, incríveis, são de pessoas assim, de médicos, enfermeiros que nunca pensaram nessa possibilidade de ter o resultado que tem, porque assim, é uma constante eles acharem que eles estão fazendo como a educação, palestras, aula, chega lá, para o pessoal falar sobre hipertensão, ai você fala que tem que deixar de comer sal, tem que deixar de comer gordura, tem que caminhar, que aquilo está sendo eficaz, então assim, teve depoimento de que dizia, 'eu tinha certeza de que estava sendo a melhor pessoa do mundo porque eu estava fazendo a melhor educação do mundo, quando nada verdade, quando você vai ouvir o usuário, ai o usuário diz, eu não consigo parar de comer sal, porque ninguém nunca me ensinou, como é que eu vou poder fazer isso', o povo acha que é fácil, o povo acha que é fácil parar de comer açúcar, o povo acha que é fácil para o popular raciocinar que dentro de um pão salgado ou dentro de um macarrão tem açúcar, e não é fácil, então assim, é preciso você desconstruir a forma como o conhecimento é construído, para você então

> poder chegar nesse pedacinho, nesse tijolinho que está na base, e reconstruir mesmo, se não, você não tem, não absorve informação, a gente achar que informação é absorvida pelo meio antigo, que assim, que a gente considerava quando era criança, a decoreba, não tem sentido, porque assim, você escuta que fumar faz mal a saúde cinqüenta mil vezes e você não deixa de fumar, não é isso que vai fazer você parar de fumar, e ai você passa a ter outra forma de discutir como é que você muda os hábitos, como é que você passa a Ter algum tipo de rotina de caminhada, de comer diferente, de pensar diferente, de participar diferente."

Mudança de objetivos

Hoje um dos objetivos das Educadoras populares em Saúde do distrito III é formar uma ONG, denominada MEP (Movimento de Educadores Populares) tendo em vista a ampliação dos objetivos iniciais do projeto e a necessidade de recursos financeiros para que as novas metas traçadas sejam atingidas e, segundo relato das integrantes do grupo, como ACS não é possível fazer esse tipo de trabalho.

> "Eu acho que essa história das meninas quererem crescer é porque estão crescendo e não tem como voltar atrás mais, eles assumiram um papel muito forte onde elas estão e então eu acho que elas vão continuar." (Chefe do serviço de EPS)

A ONG, segundo os ACS, possibilitaria a busca por recursos em outras instâncias que não a prefeitura e permitiria a expansão do projeto para outros grupos vulneráveis. A preocupação com a redução da violência é marcante e é um dos objetivos dos ACS.

> "A gente espera financiamento para que a gente possa colocar os nossos projetos em andamento, porque a gente tem projetos de capacitação profissional, como você sabe como anda, a dificuldade do primeiro emprego é grande, mas a dificuldade torna-se maior ainda quando a pessoa não sabe fazer nada, então a gente tem essa intenção de capacitar essas pessoas, a gente incentiva muito que estudem, não se permite que falte um dia de aula, porque a gente acredita que a educação é a base de tudo, se não estudar, se não se capacitar não tem futuro." (ACS, Educadora)
>
> "Porque aqui a gente vê que tem muito alcoolista, usuários de drogas e a gente vai ter essa necessidade. E tudo isso vai fazer parte dessa ONG, que a gente vai assim, tentar conseguir financiamento." (ACS, Educadora)
>
> "Outra coisa também é que se o trabalho da gente não crescer a violência também continua crescendo, assim o descaso com a comunidade continua crescendo então a partir do momento que a violência cresce na minha comunidade o que é que eu vou pensar eu vou mudar de comunidade, na outra também vai haver violência, se eu não contribuir para que acabe na minha, eu tenho que fazer o meu papel aqui dentro, contribuir para a comunidade, Porque assim, na verdade a vê tanta violência nas comunidades onde a gente trabalha e quer dessa forma mudar isso um pouco, mudar a historia dos adolescente das comunidades da gente." (ACS, Educadora)

O trabalho de criação da ONG está bem adiantado e é interessante que, em nenhum momento, por nenhum dos participantes, foi relatado o desejo de obter benefícios próprios com a organização, nem ordem financeira ou de poder etc.

> "A ONG está o seguinte: o estatuto está pronto, a ata está pronta, ontem foi liberado o registro, e a advogada do distrito ontem de tarde deve ter levado para o cartório, então

> agora é só a gente esperar o tabelião fazer um estudo todo e devolver para gente, pra gente começar o trabalho realmente como MEP, porque por enquanto a gente usa muito o AESA, IESA, a partir do momento que realmente for registrado em cartório ai a gente vai ser MEP, ai AESA e IESA são projetos do MEP.” (ACS, Educadora)

> “A diretoria da ONG foi formada através de voto, eu fui escolhida para ser essa coordenadora, hoje eu não penso mais apenas em Santa Teresa, eu tenho que pensar em vinte e algumas comunidades.” (ACS, Educadora)

D. Categorias de Sustentabilidade

D.1. Institucionalização/formalização

Na implantação do projeto um fato considerado como importante por todos foi a aprovação da PMEPS na Conferência Municipal e no núcleo gestor, e foi negociada a presença de um educador popular na equipe de retaguarda das equipes de PSF.

O que se observa, com o passar do tempo é que a PMEPS tem apoio político, ou seja, não está no movimento contrário à gestão municipal, mas faltou o amparo necessário ao seu crescimento, conforme o desejo dos coordenadores.

> “Eu acho que não teve investimento político nele, ele dependeu muito do diretor de distrito que apoiou, então a gente tinha um movimento funcionando com a militância política de serviço de educação popular em saúde, porque os salários são baixíssimos, é uma absurdo o salário que as pessoas trabalham aqui, tem a dificuldade do material, de apoio, de parar a unidade de saúde, tem algumas dificuldades” (Ex-coordenadora da EPS do Recife)

Segundo o Chefe do serviço de EPS do distrito, o projeto é institucionalizado, o que significa que é reconhecido pela SMS e pela prefeitura e quase não gera gastos, tem visibilidade e apresenta grandes resultados, tendo em vista que há a multiplicação das informações.

> “O projeto é institucionalizado pela prefeitura, pelo secretário e pelo prefeito. Mexe muito, ele é um projeto barato, baratíssimo. Você já tem a mão de obra dentro do distrito, a população esta aí, e você só precisa organizar essa população, essas agentes de saúde, para elas poderem prestar serviço a comunidade de forma mais estruturada, ai o quê que eu faço, como eu sou só uma pessoa em educação e saúde eu tenho vários educadores de saúde na comunidade, adolescentes educadores de saúde, idoso educador de saúde, eu multiplico.” (Chefe do serviço de EPS do distrito)

No entanto, o projeto, apesar de institucionalizado e de ter sido considerado como prioridade da SMS no inicio da gestão, apresenta dificuldades, principalmente no que diz respeito às finanças e à capacitação e, no momento, questiona-se inclusive a real priorização do projeto. Ou seja, há uma divergência entre os documentos apresentados, especificamente a Proposta Municipal de Educação Popular em Saúde, e os recursos empregados na execução do projeto.

> “Porque esse projeto ainda não é tido com prioridade na secretaria, não é um programa de prioridade. Falta a secretaria se mentalizar para essa proposta, falta a secretaria colocar educação em saúde em um plano de grande importância para a consolidação da promoção a saúde.” (Chefe do serviço de EPS do distrito)

Observa-se que existe a visão da necessidade de acompanhamento e avaliação e os atores reconhecem que não têm meios para esse acompanhamento.

> “Essa avaliação que eu estou falando foi no final de 2002 e 2003 foi quando eu saí para ir coordenar dentro do Ministério da Saúde. A outra questão foi então o monitoramento, a falta de pernas para estar acompanhando as unidades, em Recife essa coisa era muito maior porque o Recife é muito grande, imagina a gente passou num processo de 27 equipes de saúde da família no inicio de 2002 para hoje já tem 200, mas já no primeiro ano já tinha 120 se eu não me engano, então um processo de crescimento muito grande, de mudança de modelo muito rápido.” (Ex-coordenadora da EPS do Recife)

No distrito III, entretanto, o controle é feito de forma bastante eficaz, com as reuniões quinzenais. Os primeiros resultados obtidos em termos de organização de movimento popular foi a participação dos AESA na conferência municipal de saúde, quando eles conseguem aprovar a ampliação da formação dos AESA para todos os distritos.

> “A discussão do adolescente começa a mexer na identidade dos agentes de saúde do distrito III, e esses adolescentes começam a se organizar na conferência municipal de saúde e começam a reivindicar a ampliação do AESA, quer adolescentes educadores de saúde para todos os distritos. E passa na conferência municipal.” (Chefe do serviço de EPS do distrito)

Uma das preocupações dos executores do projeto, bem como dos Educadores Populares em Saúde, é a continuidade do projeto em caso de mudança da gestão ou de objetivos por parte da secretaria. Para tentar de alguma forma minimizar os danos caso ocorra uma ruptura com o poder local foi criada, pelas ACS, a ONG MEP (Movimento de Educadores Populares), para garantir ao projeto um pouco mais de estabilidade.

Segundo o chefe de EPS do distrito III não há dúvida, para ele, de que o projeto é capaz de resistir, nesse momento, a qualquer tipo de intempérie, pois foram criadas as condições para que os educadores em saúde consigam fazer o trabalho de forma independente.

> “Quando você constrói um trabalho de cinco anos, com reuniões quinzenais, a gente foi preparando politicamente essa história, tanto que elas construíram agora uma ONG que chama MEP, movimento de educadoras populares, exatamente para buscar financiamento para as ações delas, elas não vão buscar salário nenhum, elas vão buscar ações para fortalecer as ações educativas delas nos distritos.”

> “Sobrevive porque a partir do momento que a gente criou o primeiro grupo de capacitação de AESA os técnicos foram na frente, nós fomos na frente, a partir do

> segundo grupo de capacitação de agentes de saúde educadoras em AESA nós colocamos as agentes de saúde como referencial de capacitação das agentes de saúde. Então a gente começou a construir um vínculo das agentes de saúde com as agentes de saúde, pela primeira vez as agentes de saúde capacita outra agente de saúde, porque elas não aceitavam, só aceitavam técnicos superior, médico, enfermeira, e hoje elas capacitam as outras agentes de saúde. Já no terceiro momento as agentes de saúde construíram um módulo, e elas construíram um módulo todinho sem a minha participação, então existe já toda uma construção, todo um preparo de repasse dessa construção do saber para outras agentes de saúde, hoje praticamente eu não entro mais no AESA, não participo tanto do AESA como eu participava a cinco anos, hoje elas fazem reuniões, já trazem decisões, coordenam as reuniões. Isso aí com certeza vai acontecer independente da gente." (Chefe de EPS do distrito)

D.2. Intersetorialidade

O projeto não desenvolve ações conjuntas com outros setores de atuação pública. Não há envolvimento com outras secretarias da administração municipal. Os serviços prestados, principalmente aos adolescentes, como aulas de circo, música e teatro se dão de forma desarticulada com o restante do projeto. Nem todos os adolescentes são atendidos e o critério de seleção não é bem explicado.

D.3. Participação e envolvimento da comunidade

A comunidade participa do projeto como objeto deste. O projeto não conta com a população nos momentos de formulação, execução e avaliação das ações desenvolvidas, mas serve como indicador de sucesso ou não das atividades, pois o envolvimento das pessoas é o seu objetivo principal.

Segundo o chefe do serviço de EPS, o projeto é uma forma de instrumentalizar a comunidade para que ela tenha vontade e capacidade de questionar, intervir e controlar socialmente as políticas públicas desenvolvidas em seu município. Dessa forma, o papel do projeto é formar indivíduos com pensamento crítico e influência sobre sua comunidade para participar efetivamente da discussão dos rumos da saúde.

> "A gente fala muito do controle social, aliás, é o grande discurso da saúde pública, controle social, como é que essa população vai controlar, vai participar desse controle social dentro das comunidades, dentro dos PSF, ela só vai participar a partir do momento que ela fizer parte da construção da saúde pública da sua comunidade, e você faz parte como? A partir do momento que ela também constrói o papel dela de educadora popular, a partir da internalização das comunidades, dos idosos, do adolescente, da mulher como educador popular da construção da saúde pública junto com o PSF, você começa a criar participação efetiva da população dentro dessa discussão da saúde, porque a saúde não é do distrito, não é do PSF, a saúde é da comunidade." (Chefe do serviço de EPS do distrito)

D.4. Alcance e visibilidade

É grande a abrangência do programa em relação à população-alvo. Os grupos são abertos a todos os adolescentes e idosos que desejarem participar e agora está em fase de implantação o curso de formação para ACS que queiram trabalhar com mulheres. A repercussão pode ser observada em diferentes níveis. A população aprova e participa; já são mais de 800 adolescentes formados e vários idosos. No nível central também é possível verificar o valor dado à iniciativa, à forma de trabalho e aos resultados.

É possível observar a mudança de postura dos adolescentes, a preocupação com os conteúdos que serão trabalhados com a comunidade, a forma, o estilo.

> "O adolescente está junto com os ACS, eles estão construindo, eles estão organizando, não organizando só do ponto de vista logístico, mas 'o que eu vou apresentar, se vai ter alguma peça de teatro qual vai ser o tema que a gente vai discutir, como é que a gente vai construir essa peça' então é bastante interessante, a gente consegue visualizar, perceber essa construção." (Coordenadora do PSF do distrito)

O projeto mexeu com a maneira como a ESF visualiza a saúde e sua intervenção sobre ele foi modificada, principalmente no que diz respeito às informações fornecidas pelos médicos e enfermeiros da equipe. Há uma preocupação com a assimilação e sabe-se da importância disso no êxito das ações preventivas e terapêuticas.

D.5. Capacitação

Os ACS educadores em saúde são capacitados pelos técnicos da SMS nas áreas básicas, bem como na área de EPS. A capacitação é opcional; o que se percebe, entretanto, que a maioria deseja participar. Foram abertas inscrições para trabalhar com as mulheres; eram 42 vagas e mais de 100 inscritos. A metodologia de capacitação foi previamente descrita no item Desenvolvimento. Há a preocupação em munir o ACS de conhecimentos para trabalhar com os grupos.

> "Na capacitação a gente usa fundamentalmente o que a gente já trabalhava como educação popular, a idéia de que a gente parte do saber que aquelas pessoas já dispõem, que a gente reconstrói esse saber, então a gente parte da saber deles, faz um primeiro momento de levantamento do que já sabem, e contrapõe com algum texto, com um momento que você vai espelhar na teoria o seu próprio saber, para poder reconstruir a mistura dos dois, isso a gente tem tanto reforçado no processo de capacitação dos ACS quanto no caso dos agentes para a comunidade. A gente estabeleceu, hoje a gente relutou muito em fazer isso, porque o pessoal da educação popular sempre achava que isso era instrumentalizar, tinha um certo purismo muito forte , mas a gente foi aprendendo e se rendendo, que algumas coisas a gente precisa efetivamente de instrumentalizar, a gente estabeleceu mesmo, um pequeno modelo de organização das reuniões, que começa sempre por esse levantamento do saber já construído e volta para alguma coisa, para o texto, ou para o levantamento de um saber já científico organizado, e depois faz a mistura dos dois." (Gerente do Distrito)

D.6. Avaliação

Com relação à avaliação, o PMEPS já passou por dois grandes seminários de avaliação. Um deles, inclusive, resultou no resumo da experiência selecionada para o presente trabalho. Foram feitas algumas avaliações externas também, com o objetivo de se formarem técnicos em saúde pública, na graduação ou pós-graduação.

> "A gente já teve algumas avaliações externas, e a gente já teve alguns processos de avaliação internos também. O primeiro seminário, que foi um seminário de avaliação foi um processo mais ou menos longo de quase dois meses que foi esse de 2003, com dois anos de projeto. A gente teve uma avaliação externa por um estudante americano, que foi muito interessante, um curso de graduação em saúde publica dos estados unidos. Ela passou quase um ano, e assim fez um processo de avaliação extremamente interessante, intenso, mexeu com vários dados, nessa época que ela veio só tinha o AESA. Foi uma pesquisa mais qualitativa também. A gente teve também alguns residentes de saúde coletiva, que tem um inclusive aqui com a gente que esta tentando fazer uma monografia de avaliação. As avaliações internas tem sido muito nesses fóruns, todo final de ano a gente faz o encontro de avaliação, mas são encontros com pouca formalidade, mas é um modo de cada um falar mesmo." (Gerente do Distrito)

Os resultados obtidos são considerados satisfatórios. Não houve a preocupação em se estabelecer indicadores numéricos de resultados, apesar de acharem que os têm. Segundo a gerente do distrito o principal resultado é, sem dúvida, a organização popular.

> "O resultado a gente tem considerado que é, tem sido muito bom, no sentido do que a gente se propõe. A gente não esta se propondo a ter resultados numéricos, apesar da gente achar que já tem. O resultado da gravidez na adolescência, por exemplo, com os AESA, claro que não da para você atribuir só aos AESA, o problema é extremamente complexo, mas a gente acha que é um fator que contribuiu em várias comunidades. A gente tem, o principal, o resultado que a gente acha que é positivo é a organização da população, para estabelecer um processo novo, não no sentido do novo pelo novo, mas renovado no sentido do processo de participação. A gente teve representação dos AESA na conferência municipal e teve adolescente eleito para o conselho distrital de saúde, assim, vai ter uma representação importante deles para a próxima conferência. A gente conseguiu neste período criar seis conselhos locais de saúde nas unidades, formou já um, e ficamos já em discussão com outros. Dos conselhos locais de saúde e de equipe de saúde da família que é uma divergência nossa com o próprio município, porque o conselho municipal e a lei municipal não prevê conselho local de saúde de unidade de saúde da família, mas a gente esta mantendo essa possibilidade, e o crescimento do próprio projeto, participação do numero de pessoas, envolvimento, resultado com os idosos são muito interessantes, assim, você tem depoimentos de idosos que não saiam de casa que eram completamente isolados, que não falavam, acho que esse é o principal lado da gente, a repercussão que isso passa a ter no processo de saúde, você passa a ter coisas de reduzir inclusive algumas medicações por causa disso, mas esse não é necessariamente o nosso objetivo, nosso objetivo é o resultado da qualidade de vida do idoso, da capacidade dele de interagir, de participar." (Gerente do Distrito)

D.7. Reflexão sobre a Prática e Conteúdo Teórico

O programa em questão é bem justificado e tem formulação teórica sólida na sua origem e desenvolvimento e os resultados obtidos não se deram ao acaso. A discussão do papel do PSF, da saúde pública, o compromisso com a comunidade foram questões levantadas antes que o projeto fosse implementado e essas idéias foram trabalhadas com todos os envolvidos.

> "Eu trabalhei assim, essa construção desta identidade de educadores popular, no compromisso com a construção da saúde, com o compromisso com a construção da comunidade, com adolescente. Então elas já fazem, elas já puxam a discussão, já capacitam o grupo de adolescentes, de agentes de saúde sem articulação." (Chefe do serviço de EPS)

> "Então tem que perceber exatamente qual é o papel da saúde enquanto curativo, enquanto educativo, e para mim ver também até que ponto eu posso fortalecer a população para transformar essa saúde, afinal de contas não é o distrito, não é o sanitarista que vai transformar a saúde, quem vai transformar a saúde e exatamente os movimentos sociais. Então na minha leitura política isso é muito claro, o meu papel como educador em saúde, meu trabalho na comunidade, só que ele tomou um dimensão tão grande, que as vezes eu fico com medo também, não tenho essa segurança todo não." (Chefe do serviço de EPS)

O projeto conseguiu mudar a concepção de saúde dos envolvidos, de forma que foi perceptível inclusive pela gerente do distrito. Esse era também um dos objetivos, ou melhor, uma das exigências para o sucesso do projeto.

> "É, a gente assim, tem mais isso na prática do que assim nos processos de relato, o curso de especialização, terminou agora em Dezembro, e tem processos que são muito novos, a formatura do IESA, dos idosos, foi 20 de maio, então é por exemplo, a gente ter médicos participando ou organizando uma tarde de poesias com os idosos e achando que isso é fazer saúde, a gente acha que isso é um resultado muito mais importante do que ele estar falando dez mil coisas, porque pensar nisso é muito mais interessante, e está realmente conseguindo operacionalizar." (Gerente do distrito)

Existe, entre os coordenadores do projeto, a clara noção da importância do ACS e da necessidade de reconhecimento, por parte dos agentes, do valor do trabalho, tanto para eles próprios quanto para a comunidade. A identidade do grupo, a autonomia para desenvolver o trabalho, o envolvimento dos ACS com as pessoas integrantes do grupo, tudo isso é tido como fundamental para o sucesso da PMEPS e há um investimento nisso. A formatura dos grupos, tanto dos AESA quanto dos IESA é conduzida pelos ACS e é comum eles se referirem ao "meu grupo". E o mais interessante é observar que isso não se deu ao acaso.

Os grupos começam, os PSF começam a se mexer nesse movimento, começa os médicos a respeitar. Na formatura no shopping, eu levei 250 adolescentes, elas têm uma dimensão, é o grupo delas, o referencial é delas, então ela recebe todo o

ritual de uma formatura, hino nacional, entrega de diploma, é uma coisa bem formal.” (Chefe do serviço de EPS do distrito)

Quanto às ACS, que são as condutoras do programa, as falas são quase sempre as mesmas: o que as faz continuarem o trabalho, a buscar recursos para atender às necessidades da comunidade com a qual dividem o seu dia-a-dia é a satisfação pessoal, o orgulho de ver os adolescentes crescendo, se destacando, se diferenciando dos demais que optaram por não freqüentar o grupo. Além disso, o crescimento pessoal e a ampliação da visão de comunidade, de sociedade as torna diferentes, e é compensador. E é interessante a ligação fácil que elas fazem de tudo isso com saúde em poucas palavras: “Isso é bem-estar.”

> “Quando você pergunta o por quê da gente estar fazendo isso às vezes fora do horário de trabalho, ganhando zero Reais, o que nos complementa muito é o prazer, a satisfação, o orgulho de ver eles ali, porque muitas vezes a gente sai com eles aí dia de sábado ate mesmo no horário do trabalho para apresentar alguma coisa, para fazer alguma coisa, você não tem idéia do orgulho, eu chego a me arrepiar só de falar, de orgulho de ver aqueles meninos ali, e eu ver que aquilo ali foi um trabalho nosso, uma conquista nossa, não só minha deles também, eu chego me arrepio só de falar, aí onde estar nosso maior pagamento, a satisfação de ver ele daquela forma ali ao invés de estar na comunidade metido com drogas, ou de ver crianças se prostituindo, não está ali falando de saúde, e assim eu ali toda orgulhosa, ou então deles chegarem para mim e dizer assim “poxa que bom que a gente esta fazendo isso, que bom que a gente esta nesse grupo, que bom que vai acontecer isso” entendeu, eles terem idéia da comunidade deles, saberem a realidade da comunidade deles, porque se você chegar para um AESA sentar fale pra mim da sua comunidade você só vai ver desemprego, fome, drogas, prostituição, que é o que tem aqui, a realidade dele, e assim a gente poder dar esse prazer a eles de eles estarem um pouquinho fora daquilo ali cuidando de saúde, ajudando um vizinho, ajudando um amigo, a construir aquilo ali que eles estão construindo com a gente, não tem pagamento melhor no mundo para a gente, o prazer que a gente sente.” (ACS, Educadora)

> “E outra coisa, a gente hoje, eu digo por todas elas, porque sei que todas elas concordam comigo, hoje nós somos pessoas melhores. A gente melhora como ser humano porque a gente começa a ter uma visão mais completa do ser humano, a gente não fica só julgando a pessoa.” (ACS, Educadora)

E quando uma delas foi perguntada sobre o porque da existência do projeto e do desejo de formar uma ONG, a resposta foi marcante:

> “Resgatar a cidadania, crença em si próprio, formar lideranças dentro da comunidade, para que eles lutem. Mudar um pouco a historia da nossa comunidade através dos adolescentes. Eu acho que é para ver se os nossos netos vivem num mundo melhor.”

Para a auxiliar de enfermagem, “isso é ser humano, é ter bondade no coração.“

Para a enfermeira o que a faz integrar a equipe e trabalhar em conjunto com as ACS no processo de educação em saúde é a resposta da comunidade e o envolvimento com os indivíduos

> “A resposta, a resposta da comunidade, quando a gente vem e começa um trabalho que a gente vê que tem uma resposta consciente, que a consciência comunitária esta começando a ter uma resposta positiva, então pra gente isso é super gratificante, e a gente sabe que isso tá acontecendo. Quando a gente faz as coisas com amor, com aquele tesão realmente como se a gente tivesse apaixonada tudo sai melhor, não por obrigação, mas principalmente pelo respeito ao próximo que isso é o que eu queria que fizesse comigo, então a gente tem que saber que a gente tem que fazer isso com o outro independente da classe social. (Enfermeira da ESF)

Quanto aos conceitos de saúde dos envolvidos, de modo geral não divergem do esperado, com exceção da visão do chefe do serviço de EPS do distrito, que tem um modo peculiar de pensar a saúde, talvez pela formação na área de ciências humanas.

> “Saúde pra min é vida, é prazer. Saúde pra mim é bem estar, saúde é alegria, saúde é um resultado da transformação política da doença, você só transforma, você só chega saúde quando você cria a discussão política, a discussão política da transformação social em que esta população possa rir e ser saudável. A gente trabalha a doença porque a doença o que, a doença é desinformação, a doença é falta de prevenção, a doença é anemia, é epidemias, falta de saneamento, isso é doença. Então você construir a saúde, é você também construir a construção política da transformação da doença em saúde. A gente não pode também trabalhar só a saúde e o resultado da saúde inclusivista, da doença para chegar a saúde, a doença ela passa por uma discurso política, pela participação popular do controle social da saúde, pela discurso do que é saúde da comunidade, com os agentes da saúde, saúde é transformação, saúde é você transformar a doença de uma forma comunitária na construção da saúde, no avanço do movimento popular no avanço do SUS, porque o SUS vai ser consolidado pelo movimento popular, pelos movimentos sociais, o SUS é da saúde publica não é do sanitarista. Ele tem que estar dentro do discurso da sociedade. (Chefe do serviço de EPS do distrito)

D.8. Sustentabilidade financeira

O projeto não tem recursos próprios; todo o dinheiro vem da prefeitura e não é muito. Segundo a gerente do distrito a idéia é fazer com que eles se organizem inclusive para conseguir se manterem sozinhos. Para tal são feitas festas, bingos, tudo para arrecadar fundos que mantenham as atividades.

O grupo é organizado, tem uma tesoureira que se responsabiliza pelos gastos.

Não foi observada a ocorrência de doações.

D.9. Processo de comunicação

O principal mecanismo de comunicação do projeto são as reuniões quinzenais, onde são reunidos todos os ACS. As reuniões foram consideradas como suficientes para a troca de experiências e informações entre os envolvidos. Não existem outros meios formais de comunicação.

D.10. Prestação de contas

Quem se responsabiliza pela prestação de contas, no aspecto financeiro, é a tesoureira responsável pelos gastos do projeto. No aspecto de resultados não existe prestação de contas, só o relato da situação dos grupos nas reuniões quinzenais.

E. Categorias de Conteúdo

O desejo de desenvolver no indivíduos participantes a autonomia, irrestrita ao aspecto da saúde, é visível na concepção do projeto. A escassez dos recursos se dá de forma proposital, para fazer da busca do dinheiro uma forma de organização, de independência do Estado, faz com que as pessoas não se acomodem.

> "Porque a gente entende que o processo de dependência financeira ele prejudica muito a autonomia, e começa gerar disputa interna, dentro do próprio grupo, quem consegue mais dinheiro, como que fica, e relações que são de clientela, relações clientelistas, por dentro de um movimento que precisa muito mais de autonomia do que de dinheiro." (Gerente do distrito)

> "Autonomia do grupo e dos indivíduos, ele precisam identificar formas de organização, de defesa dos seus direitos, de defesa da sua comunidade, da sua estrutura, que não sejam atrelados ao Estado, se você está dependendo financeiramente do Estado, você está o tempo todo precisando daquele Estado para sobreviver, e isso quebra fundamentalmente o princípio que a gente considera básico, desse processo, que seria de você não esta necessariamente dependente do Estado." (Gerente do distrito)

A participação da comunidade e até dos ACS é ativa. Cada um contribui com o que pode e se apropria, dessa forma, do projeto. A idéia é fazer com que se sintam parte, não apenas usuários ou beneficiários.

> "E até na reunião da coordenação a gente parte da idéia de que tem que ter a participação deles, porque a gente tem feito em cada uma das comunidades, por exemplo, tem feito um almoço e cada um leva um prato. A gente reluta muito nessas coisas de dar almoço, a gente vai fazer um passeio, a gente pode ate dar a metade, a gente às vezes da alguns tickets para o almoço do passeio, mas a gente só da a metade do valor efetuado e deixa que eles contribuam com cinqüenta centavos que seja, mas que tem um certo processo de participação." (Gerente do distrito)

O projeto desenvolve o autocuidado e a co-responsabilização com a própria saúde; ação que é mais facilmente perceptível no trabalho com os idosos. Desenvolve ainda o senso de cidadania e a conscientização com relação aos direitos e deveres de cada um na vida em sociedade

> "A gente ensina a eles terem uma qualidade de vida melhor. Envelhecer não é um problema, é uma circunstância da vida e a gente tem que viver da melhor forma possível, é isso que eu tenho para passar para eles, não como se fosse um troço que ninguém joga para lá, não, Eu enquanto idosos é que tenho que me valorizar e saber a hora de falar, como me pronunciar, não deixar que os outros me calem, é isso e acabou como se

> eu fosse um robô, você faz isso e isso e isso, isso você não pode, isso você não faz porque você está velho porque você esta ultrapassado, porque você não entende mais nada.” (ACS, Educadora)

> “Então a partir do momento que você começa a trabalhar o usuário na comunidade, a se preocupar com a comunidade, com o exercício da saúde, cuidado com a saúde, ele esta dentro de um exercício político de cidadão ou da cidadã, a partir do momento que ele começou a exercitar o primeiro exercício, o passe livre, que é saúde.” (Chefe do serviço de EPS do distrito)

Importante ressaltar a visão dos ACS com relação ao projeto e seu envolvimento com ele. É possível verificar a modificação da concepção da comunidade e no papel de cada um dentro dela.

> “A gente começa a perceber a dinâmica do projeto, o que é que a gente quer com esse projeto, a gente não quer dizer que a gente é boazinha que a gente vai salvar o mundo, você sabe que isso não existe, mas se de cada vinte adolescente que a gente tem no mundo três conseguem se sobressair no estudo, ter uma visão política mais ou menos melhor, isso para a gente já é. Saber o porque usar um preservativo na hora certa, saber porque correr ale das drogas na hora certa isso é o mais importante para a gente, a gente esta trabalhando para isso fluir, na verdade o intuito do projeto AESA é isso aí, a gente trabalhar o adolescente na própria comunidade dele, não tirar o adolescente daqui e levar para um bairro nobre, mostrar o bairro nobre para o adolescente, não é bem assim, a gente quer trabalhar com ele na própria comunidade dele e mostrando a ele a realidade dele, para ele sobreviver dentro da realidade dele mas tentar levar uma vida decente, dentro daquela própria realidade.” (ACS, Educadora)

E.1. Acesso a bens e serviços

Quando o PMEPS foi aprovado na conferência municipal ficou estabelecido que cada núcleo de apoio contaria com um Educador em Saúde, além de nutricionista, psicólogo, fisioterapeuta etc. Cada núcleo atende a 10 ESF. As abordagens adicionais não são resultado do projeto, mas aconteceram concomitantemente.

O que é possível perceber em termos de integralidade como resultado do projeto é a ampliação da visão de saúde e da necessidade de trocas entre os membros da ESF e da equipe com a comunidade, para que haja uma homogeneização do discurso e, consequentemente, do entendimento, principalmente por parte da população.

E.2. Equidade

Os grupo escolhidos para o trabalho, até o momento foram os adolescentes, idosos e mulheres (em implantação). Trata-se de grupos submetidos a condições de maior vulnerabilidade. No entanto, não há relato que explicite o porque da escolha, mas uma justificativa interessante dada por uma ACS segue-se adiante:

> “Eu particularmente acho que se a gente trabalhar hoje o adolescente talvez a gente tenha um futuro melhor, eu acho porque quem esta adulto já tem uma opinião formada é difícil de você modificar, mas adolescente ele esta sendo formado, se a gente trabalha ele a gente tem condições de melhorar um pouquinho nosso mundo, nosso País.” (ACS, educadora)

E.3. Intersetorialidade

De acordo com o conceito adotado, o projeto não desenvolve ações intersetoriais. No entanto, há o desenvolvimento de parceiras com outros setores do estado e da sociedade.

> “A gente tem parceria com várias secretarias, a gente tem uma secretaria importante, que é o orçamento participativo, muita gente participa dos fóruns do orçamento, a gente por exemplo agora mesmo, a gente está finalizando, um grupo da cultura, que está fazendo oficina de circo, com os nossos adolescentes, tentando operacionalizar uma idéia antiga da gente que era de Ter um grupo de teatro, então, são duas oficinas, uma de palhaço, e uma é de drama circense. Com a secretaria de educação a gente tem parcerias mais pontuais, nas feiras de adolescentes, com as escolas, a gente faz um trabalho com as escolas. Eu acho que assim, tem outras secretarias que participam, outros órgãos, que participam muito com a gente, tipo EMLUBE, que é o órgão que cuida da coleta de lixo do meio ambiente, a gente tem educadores ambientais da EMLUBE, que também atuam principalmente junto com os adolescentes, e outros intercâmbios, por exemplo, a Universidade Rural, ela tem o intercâmbio com o grupo dos idosos enorme, tem mostra de poesia, tarde de poesia, tem uma parte artística também, é muito interessante em algumas comunidades.” (Gerente de distrito)

E.4. Cuidado Integral

A PMEPS não tinha como objetivo central interferir no processo de cuidado desenvolvido dentro das UBS. Isso se deu de forma espontânea, quando médicos e enfermeiros observaram que existiam formas diferentes de prover informação aos pacientes e que estas eram mais efetivas que aquelas que vinham sendo utilizadas.

A integração da equipe leva a um comprometimento maior com o paciente, que é beneficiado pela otimização do processo de trabalho na UBS. Os profissionais não foram capacitados nesse sentido, não houve uma preocupação, a princípio, em humanizar o ambiente e o processo do PSF. Entretanto é possível observar diferenças entre a equipe que aderiu ao PMEPS e aquelas onde os ACS não participaram do programa. A ligação da ESF com a comunidade se dá de forma visivelmente diferente, como se as pessoas fizessem parte realmente daquele ambiente; as pessoas sorriem mais, aparentemente se sentem melhor.

E.5. Educação em saúde

De modo geral, todas as ações informativo-formativas desenvolvidas pelo projeto tem como objetivo o envolvimento e a participação da comunidade. É clara a idéia de que é preciso que todos estejam em um mesmo nível hierárquico, dentro dos grupos, para que ocorra a troca, para que os participantes assumam seu papel de protagonistas na transformação da sociedade.

> "Na realidade a proposta é participar de um referencial de educação popular, partindo do diálogo, partindo do poder, descer do pedestal e dialogar, dialogar obvio não é monologo, então quando você dialoga você abre para as necessidades do outro, você valoriza outro, você resgata auto-estima, você esta compartilhando o seu poder. É uma questão também política porque precisa de financiamento, eu acho que o maior nó que existe hoje na educação popular, porque não existe para esse referencial da educação e saúde, porque não existe uma adotação sanitária, como você tem na vigilância epidemiológica, como tem na clínica, como você tem em vários setores da saúde." (Ex-coordenadora da EPS do recife)

Há uma preocupação em problematizar os temas da saúde e buscar o reconhecimento dos determinantes sociais sobre as condições e os modos de vida e da importância da atuação social para sua melhoria.

> "A educação de saúde não é só uma forma de como falar, é uma forma de como engajar o sujeito na formação da sua saúde e da saúde da comunidade, é um o papel político também. Então você resgata, você pega essas agentes de saúde, capacita elas faz um trabalho, começa a ver uma metodologia também, uma metodologia que atinge, passa a ler "quem é essa mulher que esta na comunidade" essa leitura é difícil." (Chefe do serviço de EPS do distrito)

> "Mas justamente nesse projeto a gente fala sobre saúde com eles, a gente brinca, a gente faz trabalho cultural, mas a gente também fala de saúde, com se prevenir de uma DST, como tratar uma água se a cólera tiver muito alta é um índice maior, o lixo, o que eles podem fazer com o lixo que é re-aproveitável e o que não é, tudo isso a gente insere, agora a gente não fica só conversando com ele sobre isso porque se não eles se dispersam, ai para descontrair aí a gente faz um grupo de dança, a faz um grupo de teatro, a faz um trabalho com artesão, porque se agente ficar com o adolescente só falando doenças sexualmente transmissível, AIDS, camisinha, gravidez, essas coisas ele vão achar chato, porque o AESA é um educador popular, é um educador popular modernizado, ele é um multiplicador de informação, ele é moderno." (ACS, Educadora)

Os ACS valorizam o papel dos adolescentes e sabem do seu potencial para o trabalho. Por sua vez os AESA reconhecem a importância da sua participação na comunidade e corresponde. As participações são grandes.

> "Eles são multiplicadores, eles vão passando de um para o outro e tentando resgatar aquele que esta lá no fundo do poço. Isso é que faz a gente se fortalecer e vê que esta dando certo o trabalho da gente. A gente talvez não consiga dar um jeito em quem já esta doente, mas a gente vai poder evitar que novos doentes apareçam, vamos contribuir em pelo menos isso." (ACS, Educadora)

> "A gente se empolga quando vê convidações assim "olha, a gente marcou feira do livro, a feira do AESA vem aí, vamos buscar temas para trabalhar" porque a gente vai passar a mesma coisa só que é diferente." (AESA)

E.6. Participação popular deliberativa

Em Recife existem três instâncias no que diz respeito aos conselhos – há, em algumas comunidades, o conselho local, há o conselho distrital e o municipal. O conselho local funciona nas UBS e a comunidade escolhe, por meio de eleição, os seus representantes. Esses representam a comunidade no conselho distrital, que também tem representação no Conselho Municipal de Saúde.

Os conselhos são formados de modo a ter representação paritária dos usuários, profissionais e representantes do governo.

A comunidade participa das tomadas de decisões da área de saúde. Cada vez que há uma proposta de modificação no atendimento a comunidade é chamada para, junto com a equipe de saúde, deliberar sobre as ações a serem implementadas. Nas comunidades onde há conselho local de saúde é ele quem faz a interlocução com o distrito. Onde ainda não existe a UBS convoca a população para reuniões. A participação é grande e as opiniões da comunidade são tidas em conta pela administração, quem tem por meta constituir uma gestão pautada pela participação popular.

> "E o controle é realmente um controle social porque o povo aqui é altamente politizado, se tiver um negócio errado o pessoal bota a boca mesmo, bota a boca no trombone. A sociedade é organizada, muitas vezes erroneamente, muitas vezes os parâmetros não são o que a gente sabe de democracia, de controle social, mas eles se colocam, eles se manifestam, eles têm a vez e a voz, é tanto que nas unidades todo mês tem uma reunião com a comunidade, onde a gente é chamado, ai eles tem ouvido quando vai mudar alguma atendimento, alguma coisa que vai mudar no posto, se tiver um conselho ótimo, vem o conselho, se não os representantes são chamados e aberto a comunidade, e a comunidade dá opinião na mudança, existe democracia pura, muitas vezes até dá confusão, mas se resolve, tira os pontos positivos." (Gerente de Território da micro-região 3.1)

E.7. Atuação coletiva para o desenvolvimento de condições de vida saudáveis.

De modo geral o PSF não busca dar resposta aos problemas enfrentados pela comunidade, mas quando esses problemas são expostos pelo grupo e esse se mostra disposto a se mobilizar, então a saúde assume o papel de facilitador, ela mostra o caminho mais curto e favorece o ressurgimento dos movimentos populares. De certa forma o PMEPS ajuda nos restabelecimento desses movimentos.

> "A gente tinha antigamente nesse projeto de saúde Casa Amarela, a gente teve uma das principais lutas, foi pela água, o pessoal de Casa Amarela fechou o centro do Recife, para reivindicar água, e conseguiu, e assim, a gente tem um período que para de Ter história de reivindicação do movimento popular, e hoje a gente já começa novamente a

> ter manifestações de rua, organizações em defesa de questões práticas, água, habitação, organizadas pela saúde.” (Gerente do distrito)

> “É porque a gente todo um período de neoliberalismo, desmobilização de movimento popular da década de 90, que para tudo, você tanto uma capitação das lideranças, mas ai e outra discussão teórica que a gente pode fazer, mas eu acho que é interessante isso, porque passa justamente a começar a ter movimentos da saúde dentro de outros movimentos, meio ambiente, de habitação, de tudo, de cultura.” (Gerente do distrito)

Interessante a visão do chefe do serviço de EPS do distrito ao assumir como papel do PSF de construção da comunidade. Ou seja, o fato do PMEPS ajudar na reorganização dos movimentos populares significa o alcance de um dos objetivos do projeto, não apenas uma conseqüência.

> “O papel de repassar informação, de construir a sua comunidade. Porque a saúde pública e a saúde não é só do Estado nem só do distrito, é também da população, como Governo, como tudo a população tem direito, tem que tomar conta dessa parte, não tirando a obrigação do Estado, não tirando a reivindicação dos movimentos populares dentro do Estado, mas participando, controlando os serviços, você só controla quando você participa. Existe uma discussão chamada controle social que ela é muito solta, porque as pessoas não estão dentro dos PSF, não estão atuando, eles não estão construindo a saúde pública, elas são chamadas a vir discutir saúde pública, a vir discutir controle. Então quando você passa a discutir, você passa a internalizar que o PSF é seu, também que o PSF é da comunidade, então você começa a criar uma identidade do usuário dentro do serviço público. Daí, uma grande preocupação minha é democratizar o espaço do PSF, você tem que criar um papel do comunitário, um papel do qual ele se identifique, através da agente de saúde que é a relação direta com a comunidade, quando ele se identifica com esse papel ele a passa a tomar conta do PSF, ele passa a atuar dentro do PSF, ele passa a participar das campanhas, passa a elaborar campanhas para o PSF.” (Chefe do serviço de EPS do distrito)

É possível notar entre os ACS o desejo de movimentar a comunidade, uma fala interessante de uma ACS, feita com relação à aquisição para os idosos de carteiras de passe livre no ônibus. A movimentação a que ela se refere seria feita com a ajuda de toda a comunidade.

> “Agora a gente estar com o projeto de passe livre, a gente vai movimentar para que todo o idoso tenha direito a carteirinha do passe livre.” (ACS, educadora)

> “O papel político da agente de saúde é exatamente peneirar a discussão da saúde pública com a realidade popular, e transformar essa discussão, para fortalecer a organização popular, que é o que vai reduzir o índice de mortalidade, de fome e de miséria no Brasil.” (Chefe do serviço de EPS do distrito)

O programa conta com a participação ativa da comunidade, principalmente dos envolvidos diretamente. As pessoas se mobilizam para o enfrentamento das dificuldades coletivas. Um bom exemplo foi uma passeata feita pelos AESA, que reuniu mais de 800 adolescentes em uma longa caminhada.

Conforme descrito no item anterior, o projeto contribui para o desenvolvimento de formas de atuação social por parte da população.

E.8. Redes sociais de proteção e cuidado recíproco

Não é possível observar, em Recife, a presença e o desenvolvimento de redes de proteção e cuidado recíproco na comunidade, o que pode ser explicado pelo fato de o projeto ser recente e ainda estar em fase de conclusão da implantação. Nota-se, no entanto, alguns movimentos dentro da comunidade que podem culminar com a formação dessas redes. Por exemplo, a união das mulheres para angariarem recursos para a compra de matéria-prima para a confecção de produtos a serem vendidos em uma feira. Elas se juntaram e criaram todas as condições para que pudessem atingir seus objetivos de forma independente do projeto.

Avaliando dessa forma, é possível que, futuramente, existam redes sociais auto-sustentáveis que tiveram como primeiro impulsionador a Proposta Municipal de Educação Popular em Saúde.

Conclusão:

A PMEPS surge em Recife a partir da motivação de algumas pessoas, com formação acadêmica e ideologia política de esquerda, para modificar as relações entre os indivíduos e a comunidade e entre a comunidade e o governo, gerando nessas pessoas a capacidade de intervir nas políticas publicar e participar dos processos de tomadas de decisão. Ao se tornar uma proposta municipal, a EPS se legitima em Recife e foi grande o empenho dos envolvidos no projeto para que fossem alcançados resultados positivos.

A PMEPS se desenvolve, a partir de 2001, no distrito III, em um novo formato, tendo como centro de seu trabalho a figura do ACS – pessoas capazes de fazer melhor a interlocução serviço-comunidade, visto que como membro dessa comunidade conhece seus integrantes e suas demandas – começa então a formação dos educadores populares em saúde.

É possível enxergar as dificuldades já no início do processo. A PMEPS era “prioridade” do governo municipal, as ACS eram liberadas do seu trabalho para participar dos cursos de capacitação, no entanto, não tinham auxílio transporte nem alimentação, e às vezes caminhavam até 4 km para chegar ao local do curso.

Após as capacitações a ACS ganha o título de EPS e forma, num primeiro momento os AESA. Foram formados, de uma só vez, mais de 800 adolescentes. A solenidade contou com a presença do prefeito, secretário municipal de saúde e

outras autoridade da administração municipal, e o discurso de que a EPS era prioridade da SMS continua sendo feito.

O que se percebe, entretanto, é que, apesar de “prioridade” o projeto não tem recursos destinados exclusivamente para seu desenvolvimento. O repasse feito pela SMS para o distrito III, onde o projeto acontece, não o leva em consideração.

A cada nova capacitação o projeto tem mais ACS que vagas, e a SMS se nega a amplia-las. O fato é que o trabalho cresce a cada dia. Já foram formadas mais de 200 ACS, que mobilizam as comunidades a que pertencem e fazem feiras de saúde, trabalhos com a comunidade, participam de campanhas. Tudo isso sem nenhum tipo de incentivo complementar.

Hoje o que se nota é uma grande preocupação com a continuidade do trabalho, visto que depende do consentimento da SMS. Criaram uma ONG para tentar garantir que, caso os rumos políticos de Recife mudem, o projeto sobreviva e se mantenha de forma independente.

6. Maranguape – CE - A. Comissões de prevenção de maus-tratos à criança e ao adolescente no PSF. B. Rezas, raízes e soro

Data da visita:

Setembro de 2005

Entrevistados:

Secretário municipal de saúde

Assistente social, membro da coordenação da atenção básica (especialista em saúde da família)

Médicos de PSF (2)

Enfermeira de PSF

Agentes comunitários de saúde (2)

Usuários (4)

Rezador

Coordenadora da atenção básica

Gerente de gestão escolar

Conselheiro do conselho tutelar

Presidente do conselho tutelar

Coordenadora da câmara dos conselhos

A. Impressões preliminares

O projeto das comissões de prevenção de maus-tratos foi selecionado para investigação, após o descarte de duas experiências na primeira etapa da pesquisa. Desde o primeiro contato telefônico com a assistente social da coordenação do PSF municipal, referência do projeto selecionado, ela me advertiu que estava envolvida na preparação de um grande evento de um outro projeto, um projeto de integração da atuação dos rezadores com o PSF local.

Desde então nosso interesse foi ativado e logo nos decidimos por investigar esse projeto também.

Os projetos se desenvolvem na cidade de Maranguape, no estado do Ceará. Creio que as palavras do secretário municipal de saúde são melhores do que qualquer impressão ou investigação do pesquisador para descrever as principais características da cidade:

> "Maranguape é um município de 98 mil habitantes localizado na periferia de Fortaleza, é uma cidade tradicional do Ceará. Tem muitas contradições, né? É uma cidade ao mesmo tempo tradicional, antiga, praticamente do início da colonização, e ao mesmo tempo ela se localiza próxima ao maior pólo industrial do Ceará que é o distrito industrial de Maracanaú. É uma cidade que tem características de uma cidade de industrialização rápida, da periferia de uma grande cidade. Ao mesmo tempo ela mantém o núcleo tradicional da cidade e também uma região relativamente grande, aí com seus 50 km, de região rural mesmo, com características do estado do Ceará, que é região do sertão e ao mesmo tempo temos a serra, não é, que é a serra onde a cidade se localiza."

Inicialmente fui para Fortaleza, onde participei de um encontro da Escola de Saúde Pública do Ceará. Lá tive o primeiro contato pessoal com a assistente social da coordenação do PSF municipal. A partir daí agendamos a visita à cidade e as primeiras entrevistas.

A cidade de Maranguape não me causou qualquer impressão especial, tem o pequeno comércio e os serviços públicos em um pequeno centro urbano e um grande entorno semi-rural. Um desenho comum, tradicional no interior do Brasil.

Percebo imediatamente um indício das contradições que serão descritas pelo secretário municipal de saúde ao me deparar com crianças e adolescentes aspirando solvente na praça central da cidade.

B. Descrição do PSF

B.1. Antecedentes de Atenção Básica .

Os relatos, principalmente do secretário municipal de saúde e da assistente social do PSF, dão conta que Maranguape passou por uma transição ao longo dos últimos dez anos, de uma assistência hospitalocêntrica (a cidade tinha 05 hospitais localizados no centro), para uma assistência baseada na atenção primária à saúde através do PSF. Este período corresponde à implantação do PSF no estado do Ceará, o primeiro estado brasileiro a implantar sistematicamente essa modalidade de atenção básica à saúde. Corresponde também ao período em que o mesmo grupo político está no poder no município.

B.2. Ano de implantação do PSF

O PSF foi implantado a partir de 1995, anteriormente o havia o PACS, desde 1993.

B.3. Orientação política-ideológica da Prefeitura Municipal

A história do PSF coincide, praticamente, com a gestão do Partido Verde. Esse partido está no poder já há nove anos.

A percepção do papel estratégico da atenção básica da saúde é parte relevante dessa orientação político-ideológica. Nas palavras do secretário municipal de saúde:

> "A assistência se baseava fundamentalmente no hospital, na visão que esperava que as pessoas ficassem doentes pra procurar o hospital e serem atendidas. Nós tínhamos aí uma mortalidade infantil de 48/1000. Essa mudança progressiva ela vem ocorrendo, ou seja, cada vez mais se implementou o serviço de atenção básica, com todas as dificuldades. Mas hoje nós temos cobertura de 72% do PSF e diminuímos o número de hospitais. Hoje nós só temos 1 hospital. Então nós saímos de uma mortalidade muito alta e à medida que você foi mudando o modelo, você foi efetivamente cuidando dos agravos maiores, você foi se preocupando com a questão da diarréia nas crianças, das infecções respiratórias, não é? Por exemplo, esse indicador ele vem caindo bastante. Nós tivemos no ano passado, no ano atrasado nós tivemos uma mortalidade bem menor, de 13, no ano passado 17, esse ano ela vai ficar em torno de 10 por 1000 nascidos vivos. (...). Então, isso, nós avaliamos que isso se dá exatamente pela fortificação do nível primário, não é?
> "Nós pretendemos caminhar para 100% de cobertura do PSF nessa administração, não é? Pretendemos também desprecarizar essa atuação, não é? Nós não nos conformamos, nós ainda temos unidades de saúde, onde trabalham profissionais de saúde, profundamente precarizadas (...). Então a luta que a gente trava aqui nesse momento é você qualificar nessa questão (...). Nós achamos que as estruturas devem ser boas, devem ter boas condições de trabalho. A administração anterior e esta, nós já inauguramos duas grandes unidades de saúde com financiamento do Banco Mundial. (...). A outra questão é a questão dos recursos humanos, com duas grandes vertentes, a questão salarial (...) e também a compreensão da melhor qualificação desse profissional. Agora nós vamos entrar no Proqualis, que vai ser a capacitação, né?"

B.4. Cobertura municipal de PSF

Entre 70 e 75%. Mas trata-se do único sistema de atenção básica público, de modo que as 21 equipes então existentes prestavam atenção aos 98 mil habitantes da cidade.

B.5. Tamanho da população adscrita à ESF em foco

Não se aplica. Ambas as experiências eram de caráter municipal.

B.6. Processo de trabalho da ESF

B.6.1. Composição da ESF e carga horária dos membros da ESF

Composição tradicional: enfermeiro, médico, agentes de saúde, técnico de enfermagem. Várias equipes contam também com odontólogo e assistentes de saúde bucal. Carga horária oficial de 8 hs/dia, mas em visita a uma unidade,

localizada na periferia, às 15 hs. o médico já havia terminado o seu expediente para atender em pronto socorro em Fortaleza.

B.6.2. Divisão de tarefas na equipe

Divisão também tradicional. Os médicos são responsáveis pela maior parte da atividade assistencial, em parte partilhada com os enfermeiros. Estes são responsáveis pela maior parte das atividades educativas. Os agentes de saúde são os principais elos de contato entre a equipe e a comunidade e os técnicos de enfermagem são responsáveis pela maioria dos procedimentos tais como injeções, vacinações etc..

É ilustrativo o seguinte relato da enfermeira sobre sua atividade:

> "Bem, a gente tenta cobrir, como enfermeira as áreas de saúde da criança, saúde da mulher, né? Saúde do adulto também. De que modo? Atuando na puericultura, no pré-natal, no planejamento familiar, na prevenção do câncer ginecológico, nas consultas de enfermagem para adultos e fazendo palestras, fazendo sessões de educação em saúde".

B.6.3. Mecanismos de tomada de decisão

A cidade conta com uma estrutura de participação popular através de conselhos bastante ativa, mas não há atividade de conselhos locais de saúde. A tomada de decisões segue, portanto, a estrutura administrativa da secretaria de saúde, a qual conta com uma coordenação de atenção básica bastante ativa.

> Perguntados sobre a participação popular na junto ao PSF, um médico afirmou: "Tem conselho municipal, né? Mas local não tem"
> Perguntado sobre como a população participa junto à equipe, respondeu:
> "Foi colocada uma caixa de sugestões da comunidade em vários locais no posto para cada um colocar o que tava achando e tudo. Esse é, eu acho, o único contato que a gente tem mais direto com a população do posto. Não tem nenhuma discussão com a comunidade no posto, não".

Esse relato é confirmado por um dos ACSs entrevistados.

B.6.4. Fluxo de informação dentro da ESF

As equipes têm reuniões semanais que servem para troca de informação e planejamento.

B.6.5. Agendamento das atividades

O PSF local dá prioridade absoluta aos programas preconizados pelo ministério da saúde. A demanda espontânea está concentrada nas unidades centrais.

B.6.6. Intersetorialidade

Uma intenção à atuação intersetorial está presente parece estar presente nas secretarias de saúde, educação e inclusão social, mas a prática é ainda incipiente. Ela se manifesta principalmente no projeto das comissões de prevenção de maus-tratos e em atividades educativas pontuais.

B.7. Descrição da UBS

Há duas unidades centrais com os ambientes e equipamentos de um centro de saúde comum no Brasil. Aquela a que visitei contava também com um pequeno auditório. A cidade conta também com unidades periféricas, na maioria casas alugadas e improvisadas como UBSs.

B.8. Relação do PSF com o restante da rede municipal de saúde

O PSF constitui a única oferta de serviços públicos de atenção básica à saúde. Atualmente se complementa com alguns serviços de especialidade, um único e pequeno hospital municipal, um núcleo de saúde mental de adultos.

O PSF parece ser reconhecido como porta de entrada e sua responsabilidade pelos pacientes parece ser respaldada. Veja-se, como exemplo, esse relato de uma usuária, quando aguardava atendimento na unidade básica de saúde: “Eu levei ele pro hospital e ele continua cansadinho e aí eles mandaram eu vir aqui pra pegar um encaminhamento pra Fortaleza”.

B.8.1. Caráter substitutivo ou complementar

O PSF tem caráter substitutivo.

B.8.2. Relações de referência e contra-referência

Os médicos do PSF queixam-se com relação ao acesso a especialidades e com relação à contra-referência, como ocorre de modo geral em todo o país. identificam, contudo, grande melhora com a implantação de atendimento de várias especialidades em uma das unidades centrais, a partir deste ano.

B.9. Descrição sucinta da comunidade atendida pela(s) ESF(s) envolvidas na experiência.

Trata-se de toda a comunidade municipal, cujas características foram sucintamente informadas na descrição preliminar.

B.9.1. Nível de organização

Como ficará mais claro na descrição de conteúdo dos projetos, a cidade de Maranguape conta com um nível de adesão à estrutura de conselhos municipais e locais bastante acima do que o pesquisador esperava e do que ele crê ser a média nacional.

B.9.2. Perfil socioeconômico

A cidade de Maranguape viveu um período recente de relativo ostracismo, com a desvinculação do centro industrial de Maracanaú. Essa crise foi superada, ao menos em parte pelo investimento na recuperação ambiental e cultural da cidade que, segundo o relato do secretário municipal de saúde, caracteriza a gestão municipal nos últimos anos. Trata-se, de qualquer modo, de cidade periférica de um grande centro urbano, com características de cidade-dormitório, com turismo local e atividades agrícolas.

C. Descrição do Projeto

O projeto das comissões de prevenção de maus-tratos consiste na implantação das referidas comissões nas equipes de PSF e nas escolas públicas do município, após uma sensibilização e rápida capacitação e profissionais de ambos os setores e membros da comunidade.

O projeto dos rezadores refere-se à integração de rezadores locais ao sistema de atenção básica à saúde, tendo como foco especialmente a atenção às crianças com diarréia.

C.1. Antecedentes

Alguns dos entrevistados apresentam a grande influência indígena na formação do Ceará como uma condição histórica relevante para a implantação e desenvolvimento do projeto dos rezadores.

> “Aqui em Maranguape é assim, pela questão de ter havido muito, a questão indígena ser muito forte, tem muito essa cultura indígena, então o rezador funciona como se fosse o pajé da tribo antiga. Então ele tem uma influência muito grande na população”. (Médico de PSF)

Quanto ao projeto das comissões de prevenção de maus-tratos, não identifiquei um contexto histórico especial que tenha uma relação específica com sua implantação.

Pode-se identificar como uma condição antecedente relevante para implantação de ambos os projetos está na política municipal adotada pelo grupo atualmente no poder, anteriormente indicada. Creio que um bom exemplo dessa linha política está na criação da câmara de conselhos, descrita pela sua coordenadora como

> "Um órgão ligado à secretaria de inclusão social, criado em 1997, com o objetivo de sistematizar as reuniões de todos os conselhos setoriais do município. (...) Hoje ela agrega 16 conselhos, através de uma secretaria executiva.
> "Essa estrutura é custeada pela secretaria de inclusão social".

A criação de um tal órgão certamente indica respeito e interesse na participação popular por parte da administração municipal.

De acordo com o relato da assistente social há também um histórico importante de participação popular independente do poder municipal:

> "Quando eu cheguei tinha a NECOM, união das associações, eles têm uns grupos organizados, de muito tempo, sabe, e atuante, eles têm muitos vereadores que eram da oposição, que incentivavam essa questão da participação popular, isso eu acho que ajudou muito".

Perguntada se o impulso à participação popular tinha se originado do grupo político que hoje está no poder ela respondeu: "O governo não, eu acho que foi das bases mesmo".

Mas complementou afirmando que o atual grupo de poder teve origem nas bases, denominando o primeiro prefeito dessa tendência como "liderança do povão".

C.2. <u>Motivação</u>

Ambos os projetos têm como personagem central a assistente social da coordenação do PSF, profissional especializada em saúde da família.

Quanto ao projeto das comissões de prevenção de maus-tratos, a motivação inicial foi devida à requisitos do UNICEF, o seu protagonismo revelando-se na ampliação e aperfeiçoamento da requisição inicial do fundo das nações unidas. Acompanhemos a sua própria descrição:

> "A idéia, na verdade, nós fomos impulsionados pelo UNICEF. O município, não sei se você conhece esse processo, o município para receber o selo do UNICEF depende de

> alguns critérios, de uma pontuação na área de saúde, na área da assistência social e tem alguns indicadores que são avaliados e dentre eles tinha a sugestão de implantação da comissão de prevenção de maus-tratos no hospital, né? Mas nós ampliamos a visão e amadurecemos a idéia de implantarmos nas unidades de saúde e nas escolas".

Quanto ao projeto de integração dos rezadores ao PSF, toda a motivação partiu da coordenação do PSF. Ainda segundo a assistente social:

> "Ele nasceu de uma preocupação nossa. (...) Quando nós fomos ver os nossos óbitos infantis, nós começamos a questionar, meu deus, porque dentre 23 óbitos 19 foram por diarréia, o que que tá acontecendo? Porque a gente colocou o PSF, a gente tem a estratégia de aleitamento materno, o dia do aleitamento, tem 10 anos que a gente implantou a semana do aleitamento, por que é que não reduz a diarréia? Começamos a ver o que é que a gente ia fazer. Vamos fazer uma autópsia verbal, vamos conversar com essas mães e ver porque é que os filhos delas morreram. Aí começamos a conversar com elas uma a uma e sempre na hora que nós perguntávamos, mãezinha, você levou seu filho ao médico? - É, nós até levamos, mas não teve mais jeito, eu levei pra D. Maria, nós levamos pra D. Maria rezadeira. E muitos casos assim. A gente entendeu o que era que tava aí. A D. Maria é tão importante quanto o Dr. João, né? E foi por aí que começou, né? (...) Aí o que a gente pensou junto foi trabalhar o rezador, vamos nos aliar, nos curvamos, vamos puxar esse pessoal pra perto da gente, pra ver o que que ele pode".

C.3. Contexto social e político

Ambos os projetos se desenvolvem no contexto de continuidade político administrativa, como relatado. Isso garante aos projetos uma base institucional estável.

Não identifiquei uma interação direta dos projetos com redes sociais ou outras instituições além das diretamente envolvidas.

A integração dos rezadores à assistência à saúde oficial tem grande impacto na recuperação da cultura local e manifesta-se perfeitamente integrada a essa cultura. Isso foi percebido na disposição favorável de todos os usuários entrevistados em relação ao projeto, assim como no relato de um dos ACSs entrevistados:

> "O rezador faz com que a mãezinha tenha confiança no rezador, mas também faz com que ela tenha confiança na nossa orientação, nós ACSs. Então a gente conversa muito, de repente o rezador sabe que na minha micro área tem uma criança que está há vários dias com diarréia, ela chega e fala pra mim, eu vou até a minha unidade, levo até a visita domiciliar. Ela nunca deixa de passar pra população a importância da nossa orientação e também eu tenho muita fé e eu nunca deixo de passar pra minha comunidade a confiança no rezador, né? É um acompanhamento entre rezador e ACF, é um aconchego muito bom".

Uma clara expressão desse impacto cultural do projeto encontra-se também na fala de um rezador: “Eu sempre tive o respeito da comunidade, agora eu tenho também o respeito dos doutô”.

A integração de rezadores ao sistema de atenção básica à saúde toca também e necessariamente em questões delicadas sobre os limites da intervenção socialmente legítima no setor de saúde, assim como nos limites de conhecimento científico atual. Esse impacto já está expresso na fala do ACS citada logo acima esteve presente em várias outras falas.

O secretário de saúde, por exemplo, apesar de não entender que esse tipo de intervenção esteja no centro da atividade do setor saúde, nem mesmo da atenção básica, destaca a importância cultural do projeto pelo fato de o Ceará ter uma influência predominante da cultura indígena em sua formação e termina afirmando que acredita na atuação dos rezadores e crê que a ciência ainda desvendará os mecanismos de sua ação curativa e protetora, especialmente sobre as crianças. “Na verdade isso aí são coisas que dentro de um futuro próximo a medicina vai estar caminhando, avaliando com muita força”.

A atuação das comissões de prevenção de maus-tratos, ainda é bastante incipiente, mas, caso seja mantida pode vir a ter um impacto transformador relevante sobre um aspecto da cultura local, pois, como identificou o secretário municipal de saúde, a violência doméstica tinha uma presença na vida cultural nordestina, em todas as classes sociais, praticamente sem contestação até alguns anos atrás.

C.4. Desenvolvimento

As comissões de prevenção de maus-tratos foram implantadas nas equipes de PSF e nas escolas na seqüência de um breve momento inicial de sensibilização e capacitação, no ano de 2003.

A assistente social relata:

> “Nós começamos a sensibilizar primeiramente os profissionais de saúde da família e convidamos as pessoas, lideranças da comunidade, pessoas que participam de conselhos, pessoas de referência que nós víssemos que tinham perfil e pessoas que têm a ver com o direito da criança e do adolescente. Nós convidamos pessoas de Fortaleza que têm a ver com a assistência à criança para prestar esclarecimentos”.

Relata também a utilização de um manual estadual para a implantação dessas comissões. A primeira sensibilização e capacitação, assim como o manual,

versavam sobre os aspectos legais e sobre os indícios para se identificar os casos de maus-tratos.

Relata ainda que a capacitação foi realizada uma segunda vez em função da rotatividade de profissionais.

Sobre a composição das comissões nas equipes, afirma que os membros manifestaram interesse voluntário em participar. A coordenação indicou a necessidade da presença de 1 ACS, já que

> "ele estava nos domicílios todos os dias, seria uma pessoa fundamental, sugerimos também a presença de profissionais médicos e de enfermagem, porque vêem dentro do consultório todo dia algum tipo de maus-tratos"

Segundo seu testemunho, foram implantados em todas as equipes, 19, na época do início do projeto.

Essas equipes, assim como aquelas implantadas nas escolas, totalizando 45, deveriam identificar os casos de maus-tratos e fazer uma abordagem inicial do problema, encaminhando a questão para o conselho tutelar, quando necessário. Essa atuação ideal é descrita precisamente no relato da, a Gerente da gestão escolar sobre as comissões de prevenção de maus-tratos nas escolas:

> "Uma comissão que é composta por um profissional da escola, por um pai, por um aluno e por alguém da comunidade do entrono da escola"
> "Essa comissão tem o papel de observar e acompanhar qualquer aspecto que não seja tão normal com relação ao comportamento, com algum aspecto físico que não seja muito coerente, vamos dizer, com a saúde do aluno".
> "Ela tem um trabalho em parceria com o PSF. (...). Então, assim, se a gente detecta que o menino chegou à escola com alguma queimadura, por exemplo, que sinalize que foi queimada por cigarro, eles, de uma observam de uma maneira que não cause constrangimento para o aluno, encaminham para o posto de saúde".
> "A comissão só encaminha para o conselho tutelar se ela não se sentir com competência para administrar junto com a família e junto com o PSF, né?

Essa linha de atuação é reiterada por ACS ao discorrer sobre a conduta no caso hipotético da identificação de um problema: "Eu chego até a minha coordenadora local, ela faz o registro e leva para comissão, no caso a comissão junto à equipe começa a trabalhar, chama as pessoas envolvidas nos maus-tratos".

Desde sua criação, no entanto, as equipes têm tido uma vida irregular e instável. Foi feita apenas mais uma capacitação, de alcance limitado. Não há um protocolo mínimo para a conduta após a identificação de casos de maus-tratos a crianças ou adolescentes. Existem ainda deficiências com relação ao acompanhamento das crianças e dos familiares.

Isso transparece na fala de vários atores. Vejamos algumas delas.

Sobre o acompanhamento, a assistente social afirmou: “Não há uma sistematização. Nós tentamos uma organização, através de uma portaria, criamos as comissões...”

Afirma também que até a própria notificação por parte da equipe é problemática, dados os aspectos legais envolvidos. Relata ainda dificuldades de acesso à promotoria pública: “eles não são acessíveis, não contribuem com o conselho tutelar, isso aí dificulta muito a resolutividade dos casos”.

Na sua visão, faltam ainda outros instrumentos para o acompanhamento: “Não tem o SOS criança, não tem a família ampliada (uma espécie de família provisória que acolhe a criança, enquanto se faz o processo de resolutividade do caso)”.

Sobre o acompanhamento nos casos de negligência, considerou:

> “Eu vejo a possibilidade de encaminhar para o IPRED (instituição de apoio e recuperação de crianças desnutridas em Fortaleza), o IPRED tem psicólogo, tem assistente social e aqui isso é dificultado, mas de qualquer forma eu viabilizo o transporte (...). Aqui tem o CAPS, mas ele só atende adulto”.

As mesmas dificuldades transparecem na entrevista da coordenadora da câmara dos conselhos. Questionada se diminuiu a violência domiciliar depois das comissões, respondeu:

> “Sim, é o que eu falei, teve uma boa atuação do PSF, mas precisa de uma retaguarda. Que é uma dificuldade que o conselho tutelar enfrenta, a falta de uma retaguarda. Quando uma criança foi abandonada ela precisa, urgentemente, de uma retaguarda, via o quê? Ou uma família substituta ou uma casa abrigo, abrigo provisório”.

Já os médicos entrevistados afirmam conhecer a existência da comissão de maus tratos em suas áreas, mas não são capazes de identificar quem são seus membros.

O projeto de integração dos rezadores, teve início com a identificação das causas de óbito em menores de 1 ano no município e a identificação da intervenção dos rezadores como um componente na cadeia dos óbitos por diarréia, que então eram responsáveis por grande parcela da mortalidade infantil. Nas palavras da assistente social:

> “Nós iniciamos em 2000, a nossa mortalidade era de 36 por mil e 40% dos óbitos era por diarréia. Começamos a chamar os ACSs, elaboramos um instrumento e resolvemos fazer um cadastro, né? Há quanto tempo você reza? De que é que as crianças mais morrem dentro da sua área? As causas, a idade, o endereço... Fizemos inicialmente esse cadastro, identificamos 182, 188 rezadores”.

Os rezadores foram então capacitados para a administração do soro re-hidratante oral, foi desenvolvido um instrumento para que eles registrassem os seus atendimentos e um outro para que pudessem fazer encaminhamentos para a unidade de saúde. Paralelamente foi feita a sensibilização dos profissionais de saúde e, por fim, a efetiva integração dos rezadores às equipes, através de sua participação nas reuniões de equipe e até mesmo pela abertura, em algumas unidades, de um espaço para o atendimento do rezador.

Vejamos alguns relatos que dão conta desse desenvolvimento.

Sobre a atuação dos rezadores na administração de soro re-hidratante, a assistente social disse:

> "Nós damos condições para os rezadores trabalharem o soro de forma adequada, né? Porque a nossa idéia é que na hora que a mãezinha chegue eles iniciem preparando o soro, já inicia a re-hidratação na casa da rezadeira e já passa pra mãe a informação. (...) O rezador além de iniciar a re-hidratação já faz a reza encima do soro, entrega o pacotinho que já ta bento, fortalecido pra próxima etapa..."

Um dos médicos entrevistados testemunhou:

> "Então, aqui em Maranguape foi tentado o quê? Fazer uma união entre a saúde e os rezadores, né? Então o que aconteceu? A comunidade procurando os rezadores e estes têm o soro de re-hidratação oral para dar no caso de uma diarréia e orientar a população a procurar o posto. Isso aí fez com que tivesse uma queda bem importante na mortalidade infantil, a gente conseguiu pegar a criança no início de vários quadros, pulmonares e diarréicos."
> "A gente recebia por escrito do rezador: - Rezei essa criança mas ela continua com diarréia, então eu tô mandando. Então é um trabalho muito legal, porque a criança ficava na unidade, em observação, fazendo re-hidratação".
> "Lá na região tem muitos rezadores e lá tem a pastoral da criança da igreja católica que é muito atuante. Antes os grupos funcionavam separados. Então [Após o projeto], funcionavam essas três, a equipe de saúde, a pastoral e os rezadores, sempre funcionando os três juntos. A cada 15 dias, mensalmente, tinha reunião com os três grupos para conversar sobre o que estava acontecendo, quais eram os problemas que os rezadores tavam tendo... como é que a pastoral tava vendo essa situação..."

Tão impactante e esclarecedor é o relato de um dos ACSs entrevistados, já parcialmente exposto em item anterior:

> "A nossa equipe só tem 3 rezadores, no caso eu não disponho de rezadores, mas tem da vizinha e eu encaminho ao rezador mais próximo, levando o soro oral e o material que são os encaminhamentos pra unidade, né?"
> "A gente troca [informações] em relação à orientação do soro oral, que é a nossa arma contra a diarréia, né? E posteriormente do rezador também, o rezador faz com que a mãezinha tenha confiança no rezador, mas também faz com que ela tenha confiança na nossa orientação, nós ACSs. Então a gente conversa muito, de repente o rezador sabe que na minha micro área tem uma criança que está há vários dias com diarréia, ela chega e fala pra mim, eu vou até a minha unidade, levo até a visita domiciliar. Ela nunca deixa de passar pra população a importância da nossa orientação e também eu tenho muita fé e eu nunca deixo de passar pra minha comunidade a confiança no rezador, né? É um acompanhamento entre rezador e ACF, é um aconchego muito bom".

Complementando, o outro ACS entrevistado afirmou:

> “Depois da capacitação que os rezadores receberam no início, algumas equipes continuam reciclando os rezadores. E os nossos rezadores foram bastante acolhidos na nossa equipe, né, porque eles se sentem bem à vontade, eles fazem parte da nossa equipe. E na hora que eles têm alguma dúvida, hoje eles estão tão à vontade que qualquer coisa que nós ACSs trabalhamos eles já querem saber porque na hora que as pessoas forem na casa deles pra rezar eles já repassem as nossas informações”.

Parece evidente que o projeto tem obtido um grande sucesso tanto do ponto de vista subjetivo, expresso na aceitação e adesão da maioria dos atores envolvidos. Algumas dificuldades foram superadas neste processo, como por exemplo a resistência inicial de profissionais médicos, mas outras ainda se mantém. Elas são identificadas pela assistente social:

> “Uma das dificuldades é a rotatividade do profissional médico. Quebra um pouco, quebra um pouco, não justifica totalmente, porque tem outros profissionais que podem dar continuidade sem necessariamente o médico, mas é uma dificuldade”.
> “Outra dificuldade é a questão da sistematização das reuniões de equipe com o rezador, para avaliar seus atendimentos, ouvi-los, para sentir as dificuldades que eles estão enfrentando(...), para reforçar a valorização do rezador enquanto membro da equipe, que a gente já considera. Essas reuniões, elas não acontecem como nós queríamos, mas como nós temos apoio da gestão, da secretaria, da prefeitura, então nós estamos exigindo isso como uma política municipal”.

Segundo ela, a resistência de profissionais hoje só aparece por motivos religiosos, por parte de evangélicos.

D. Categorias de Sustentabilidade

D.1. Institucionalização/formalização

Ambos os projetos estão formalizados dentro da secretaria municipal de saúde e contam com o apoio declarado do secretário e da coordenadora da atenção básica.

A gestão dos dois projetos está concentrada na figura da assistente social da coordenação do atenção básica.

D.2. Intersetorialidade

O projeto das comissões de prevenção aos maus tratos desenvolve-se através de um compromisso entre as secretarias de saúde e educação, mas a integração das ações é mínima.

O projeto de integração dos rezadores se dá sem participação relevante de outros setores.

D.3. Participação e envolvimento da comunidade

No projeto das comissões de prevenção aos maus-tratos a comunidade estaria, em princípio envolvida diretamente nas próprias comissões. Como vimos essas comissões não têm tido um funcionamento regular, de modo que a participação comunitária é também irregular, em alguns locais está presente e em outros não.

Já no projeto de integração dos rezadores a participação e o envolvimento da comunidade se dão através dos próprios rezadores, que são ícones de cada comunidade.

D.4. Alcance e visibilidade

O projeto das comissões tem, por sua natureza, uma abrangência pontual, sobre os casos detectados, e uma visibilidade limitada

O projeto dos rezadores tem alcance e aceitação quase universal na comunidade.

Parece claro que a visão da saúde dos profissionais tem se alterado em função da interação com os rezadores.

D.5. Capacitação

A capacitação foi o primeiro passo para a implantação das comissões de prevenção dos maus-tratos. Essa foi realizada na forma de seminário e acesso a manual. Quando de minha visita diversos atores relataram que uma nova capacitaç ão geral estava programada para o mês seguinte e a identificavam como um momento de reativação das comissões.

Já o projeto dos rezadores também contou com uma capacitação inicial, mas, como vimos, incorporou mecanismos de educação continuada para os rezadores, através das reuniões de equipe. Não há relato de qualquer capacitação para os profissionais de saúde específica para o projeto.

D.6. Avaliação

Nenhum dos projetos tem instrumentos ou mecanismos de avaliação sistemática. No caso do projeto de integração dos rezadores a grande queda, a quase eliminação da mortalidade infantil por diarréia é considerada uma evidência de sucesso do projeto.

D.7. Reflexão sobre a Prática e Conteúdo Teórico

As doutrinas de respeito à diversidade cultural e de troca de saberes entre os atores científicos e populares no cuidado com a saúde parecem estar plenamente incorporadas no projeto de integração dos rezadores. É razoável supor que a especialização em saúde da família tenha sido um lócus onde a assistente social absorveu essas concepções.

Ambos os projetos têm influência real na ampliação da visão dos profissionais sobre o âmbito da atuação para a saúde.

D.8. Sustentabilidade financeira

Ambos os projetos têm custo muito baixo e são custeados exclusivamente pela prefeitura municipal, principalmente pela secretaria de saúde, que se responsabiliza completamente pelos gastos dos projetos.

D.9. Processo de comunicação

As reuniões periódicas das equipes com participação dos rezadores são o principal mecanismo de comunicação do projeto dos rezadores. Além disso, ele tem uma estratégia de comunicação e mobilização através de eventos anuais, com palestras, brindes etc.

O projeto das comissões não desenvolveu qualquer mecanismo próprio de comunicação.

D.10. Prestação de contas

Não há qualquer processo sistemático de prestação de contas.

E. Categorias de Conteúdo

E.1. Acesso a bens e serviços

Nenhum dos projetos tem atuação nessa área.

E.2. Equidade

O projeto dos rezadores tem um sentido de integração cultural e resgate da cultura local, que apontam para uma maior equidade social.

E.3. Intersetorialidade

Há, como relatado, uma intersetorialidade incipiente no projeto das comissões entre as secretarias de saúde e educação e uma parceria mais consistente com o conselho tutelar.

E.4. Cuidado Integral

Parece claro que a integração dos rezadores constitui uma ampliação do conceito de cuidado em saúde, no sentido da abordagem da integralidade dos indivíduos atendidos.

O projeto incorpora também um elemento relevante no tocante ao respeito à diversidade de concepções e comportamentos.

As demais atividades das equipes de saúde da família parecem se desenvolver dentro do espectro mais tradicional, sem um enfoque para a ampliação do auto-cuidado.

E.5. Educação em saúde

Ambos os projetos apresentaram momentos de capacitação de membros da população.

No caso do projeto de integração dos rezadores ocorre também um processo de educação continuada. Está claro que, no âmbito desse projeto, o processo educacional se dá com respeito à cultura e tradição locais, com protagonismo dos atores populares e com troca de saberes.

E.6. Participação popular deliberativa

Não existem procedimentos sistemáticos para a participação popular deliberativa nos projetos. Essa se dá, no entanto, pela atuação direta dos rezadores juntos às equipes de PSF e pela presença de membros da comunidade nas comissões de prevenção aos maus-tratos.

E.7. Atuação coletiva para o desenvolvimento de condições de vida saudáveis.

Não há relatos ou qualquer outra evidência de vínculo dos projetos com atuação da comunidade na conquista de bens e serviços que ampliem a sua qualidade de vida.

E.8. Redes sociais de proteção e cuidado recíproco

Ambos os projetos estão desenhados no sentido de ampliar as redes sociais de proteção e cuidado mútuo e, dentro de seus objetos específicos, capacitam membros da população para tal.

Contudo, nenhum dos projetos promove a implantação e desenvolvimento de mecanismos de interação entre as diversas iniciativas neste sentido no território em questão.

Conclusão:

O projeto “rezas, raízes e soros”, cujo foco é a integração de rezadores no sistema público de atenção básica à saúde, sintetiza em uma só iniciativa, várias dimensões de promoção da saúde.

Imediatamente, trata-se de uma ampliação generosa dos conceitos e atores envolvidos na atenção básica à saúde. Trata-se de uma iniciativa humanizadora, a favor da abordagem integral dos usuários.

Simultaneamente a integração dos rezadores constitui uma recuperação e revalorização de valores culturais locais, o que certamente amplia a auto-estima e a capacidade de atuação autônoma da população local.

O projeto conta ainda com um elemento central de educação popular em saúde, com protagonismo dos atores populares e troca de saberes.

O projeto das comissões de prevenção aos maus-tratos contra crianças e adolescentes, constitui-se em uma ação de promoção da saúde em especial por ampliar o escopo da atuação para a saúde, incorporando determinantes sociais e culturais que estão necessariamente envolvidos na violência doméstica.

Contudo, o projeto ainda se encontra incipiente e sem os mecanismos necessários para sua consistência.

7. Relato de uma experiência de gênero com travestis na atenção básica à saúde e resgate da cidadania - GATASS – Recife-PE

Data das visitas:

11 a 16 de julho de 2005

26 a 29 de setembro

Pessoas entrevistadas

Gerente do distrito sanitário

Coordenadora do PSF

Gerente de território da micro-região

Médico, enfermeira, auxiliar e 2 ACS da ESF

Presidente do GATASS

Membros do GATASS

Ex-presidente da associação de moradores

Atual presidente da associação de moradores

3 moradores da região

A. Impressões preliminares

Recife é uma cidade de aproximadamente 1 milhão e 700 mil habitantes; se somada a grande Recife a população atinge a marca de 2 milhões de indivíduos. A prefeitura é administrada pelo PT há dois mandatos consecutivos e a prioridade do governo é a atenção básica, utilizando o Programa de Saúde da Família (PSF) como estratégia de reorganização da assistência e ampliação da rede de cuidado.

O município se divide em seis distritos sanitários que apresentam grandes diferenças entre si, tanto sob o aspecto sócio-econômico quanto em relação à população e área. Cada distrito possui um gerente, que desempenha o papel de coordenar as ações desenvolvidas em seu território em todos os níveis de complexidade. A experiência estudada se localiza no distrito 3 – denominado Casa Amarela – o maior em número de habitantes e o segundo em área territorial. O Distrito Sanitário III, no que diz respeito às ações de saúde, funciona quase como uma Secretaria e a gerente do distrito possui grande autonomia para a tomada de

decisões. É uma área de periferia e as pessoas que lá residem, em sua maioria, moram em favelas, denominadas comunidades. No total são 303 mil habitantes e 37 equipes de PSF. O distrito se divide em 3 micro-regiões (3.1, 3.2 e 3.3) e cada uma delas possui uma Gerente de Território. A micro-região 3.1 abriga a classe média do distrito e os serviços de atenção secundária e terciária; possui poucas equipes de saúde da família (ESF). As micro-regiões 3.2 e 3.3 são bastante parecidas: a maior parte da população vive abaixo da linha da pobreza, o esgoto corre a céu aberto e é grande a quantidade de lixo na rua.

As Unidades Básicas de Saúde (UBS) comportam de uma a três ESF, que são coordenadas pela Gerente de Território – não existe a figura do gerente técnico de unidade. As equipes funcionam do modo tradicional, com médico, enfermeiro, auxiliar de enfermagem e cinco a seis Agentes Comunitários de Saúde (ACS). Algumas unidades têm consultório odontológico.

Para a realização do presente trabalho na cidade de Recife o primeiro contato foi feito com a Secretaria Municipal de Saúde, no departamento de Atenção Básica, que prontamente atendeu às solicitações e localizou a experiência selecionada. Seguiu-se então o contato com a gerência do distrito III, que se disponibilizou a cooperar no que fosse necessário ao bom andamento da pesquisa e, realmente, assim aconteceu. A experiência em questão foi apresentada na II Mostra de Saúde da Família pela gerente do distrito, que trabalha com Educação popular em Saúde desde longa data. A recepção no distrito foi bastante amigável e todos os profissionais envolvidos, tanto no nível central quanto no local, se mostraram abertos para mostrar o projeto e falar sobre ele.

B. Descrição do PSF

B.1. Antecedentes de Atenção Básica .

A história da Atenção Básica em Recife começa por volta de 1978 com o movimento de agentes comunitários chamado Comunidades Eclesiais, de base na Igreja Católica. Nessa época a igreja começou a formação dos agentes pastorais, que anos depois, com a teoria da libertação, passam a se auto-denominar agentes comunitários de saúde. Esse movimento cria, em 1980, o MOPS – Movimento Popular de Saúde. Com a sua criação os agentes de saúde do Recife passam a implantar o MOPS e seu programa de agentes comunitários pelo interior do Estado.

Eram feitos congressos periódicos, tanto na capital quanto no interior, e o movimento contava com o apoio de médicos e enfermeiros de importância no atual cenário político de Pernambuco. Eram eles os responsáveis pelos treinamentos dados aos agentes comunitários.

> “Então eles faziam treinamento mesmo com os agentes comunitários, em algumas situações a gente considera que os treinamentos da época eram melhores até do que de hoje”. (Gerente do Distrito)

Na década de noventa, mais precisamente entre 1991 e 1992, o Ministério da Saúde reconhece a institucionalização do PACS do Ceará e na mesma época este é também implantado em Pernambuco. Recife então se nega a se submeter a um processo seletivo de agentes de saúde coordenado pelo Estado. Nesse momento existia na cidade um projeto chamado Prefeitura nos Bairros, que é uma primeira tentativa de implantação do orçamento participativo e que gera uma relação estreita com as lideranças comunitárias. Recife, então, encaminha para o Ministério da Saúde o projeto do seu PACS e a grande diferença é que ele incorpora, sem processo seletivo, todos os antigos voluntários que, nesse momento eram noventa. Para preencher as demais vagas, aproximadamente seiscentas, Recife estabeleceu um processo na seleção que também foi peculiar, baseado na história dos movimentos sociais e do projeto Prefeitura nos Bairros. A inscrição para o processo seletivos de agentes comunitários não era pública; foi solicitado a cada liderança comunitária que indicasse uma pessoa para concorrer à seleção, que constituía um processo bem simples, composto de quatro ou cinco perguntas. Então formou-se um PACS em que quase todos os agentes comunitários tinham alguma influência política, porque foram indicados por lideranças locais.

Os primeiros postos de saúde construídos são o resultado de reivindicações dos movimento sociais e muitos deles eram chamados “barracões da prefeitura” dada a precariedade e a inadequação do local.

> “Então os movimentos, eles aqui em Casa Amarela eles reivindicavam muito a construção de postos, e a construção dos postos ela também tem um viés político na sua organização muito importante, você tem as comunidades com mais tradição de esquerda que algumas não ganharam postos nunca, até chegar o programa de saúde da família”. (Gerente do distrito)

Hoje a atenção básica é prioridade no governo municipal e a estratégia de saúde da família foi escolhida para orientar a reestruturação da assistência.

B.2. Ano de implantação do PSF.

O PSF foi implantado em 1999.

B.3. Orientação política-ideológica da Prefeitura Municipal.

O Partido dos Trabalhadores (PT) está à frente da administração municipal de Recife desde 2001 e assumiu como prioridade de governo a implantação do PSF, a gestão participativa e a educação popular em saúde.

B.4. Cobertura municipal de PSF

Em 2001 Recife apresentava cobertura do PACS de 50% e do PSF de 5%, com apenas 27 equipes de PSF. Hoje a cobertura de PSF é de aproximadamente 50% e a cidade conta com 213 equipes de saúde da família.

B.5. Tamanho da população adscrita à ESF em foco

A ESF tem 1.400 famílias adscritas. É um número bem maior que o recomendado e a equipe tem dificuldade para atender a todos as pessoas que buscam a USF.

B.6. Processo de trabalho da ESF

A ESF estudada tem rotinas bem estabelecidas, com dias e horários designados para cada tarefa e que são dados a conhecer pela comunidade. Segundo vários dos entrevistados, a demanda reprimida é grande, dada a quantidade de pessoas adscritas, mas busca-se atender a maioria dos casos no momento da procura. Para reduzir a demanda algumas estratégias foram implementadas. Uma delas é a consulta coletiva. Trata-se de uma consulta, com médico e/ou enfermeiro, em que vários indivíduos com o mesmo problema (e.g.: hipertensão, diabetes) são atendidos conjuntamente. Nessa consulta são dadas informações de cunho geral, que se apliquem a todos os indivíduos; a consulta dura em média 40 minutos. Após a consulta, os pacientes que julgarem necessário ou tiverem questões específicas a serem tratadas são atendidos separadamente ou agendados. Com isso economiza-se tempo nas consultas individuais e é possível desenvolver outras atividades e atender um número maior de pessoas. Outra estratégia é delegar aos ACS a responsabilidade pelos grupos operativos. Eles se desenvolvem na comunidade, fora da unidade de saúde e são conduzidos pelos

agentes comunitários. Os médicos e enfermeiros oferecem o suporte necessário, mas não são os condutores dos grupos.

> "A equipe de saúde da família apóia todo o processo do trabalho e participa dele, ela monta com os ACS o processo de reunião, até que se consiga montar sozinho, ajuda no processo de discussão, no curso de especialização de saúde da família a gente já passou a trabalhar com os médicos e enfermeiros, o mesmo modelo de oficina, para que eles fizessem com os usuários, inclusive no que a gente chama de consulta coletiva, que a gente começou a diferenciar grupo de consulta coletiva, então doente, ou quem tem alguma patologia, hipertenso, diabético, não forma grupo, tem consulta coletiva, que é justamente para diferenciar a forma básica, que para a gente é organização do grupo, que não é a doença, e sim o ciclo da vida, a gente estabeleceu grupo de criança, adolescente, adulto e idoso, e o adulto podem ser misto, só de mulheres ou só de homens. Então, na própria consulta coletiva do hipertenso, a gente começou a trabalhar com os médicos enfermeiros essa mesma metodologia, mesmo em 40 minutos, mesmo em um tempo curto, fazer levantamento do que já é conhecido, contraponto e a reconstrução." (Gerente do Distrito)

B.6.1. Composição da ESF e carga horária dos membros da ESF

A ESF é composta por um médico, um enfermeiro, um auxiliar de enfermagem e cinco a sete agentes comunitários de saúde. Algumas equipes contam com serviço odontológico e a equipe é integrada por um atendente de consultório dentário (ACD), um técnico de higiene dental (THD) e um odontólogo. A carga horária de todos os profissionais que compõem a ESF é de oito horas diárias durante cinco dias da semana.

B.6.2. Divisão de tarefas na equipe

A divisão de tarefas na equipe é feita a partir do manual de saúde da família do Ministério da Saúde, onde são definidas as atribuições de cada um dos profissionais da ESF. O manual é distribuído a cada um dos membros da equipe no momento em que fazem o curso introdutório ao PSF, na contratação.

B.6.3. Mecanismos de tomada de decisão

Dentro da equipe as decisões são tomadas em reuniões periódicas, das quais participam todos os integrantes. O distrito passa à ESF a responsabilidade de se auto-gerenciar e promove reuniões mensais com um membro de cada equipe, escolhido democraticamente, para resolver problemas que necessitem de intervenção externa.

B.6.4. Fluxo de informação dentro da ESF

O principal mecanismo de comunicação do nível central com a ESF se dá por meio de papel e também por comunicação direta (por telefone ou presencial) de um representante da equipe com a gerência de território. A comunicação apresenta falhas, principalmente porque não existe um setor responsável pelo serviço e os encarregados da entrega dos “papéis” nem sempre cumprem seu trabalho da melhor forma, conforme relato: “Deixa de chegar papel. E a gente tem clareza, temos uma grande dificuldade de comunicação, não temos um setor específico”.(Gerente de Território)

B.6.5. Agendamento das atividades

A equipe possui uma agenda pré-estabelecida, que contempla os atendimentos, visitas à comunidade, reuniões com grupos operativos e demais atividades. Com relação às consultas, existe um horário de acolhimento conhecido pela comunidade, onde é feita uma triagem e são selecionados os casos que necessitam de atendimento imediato e aqueles que podem ser agendados para o turno da tarde ou dia subseqüente.

B.6.6. Intersetorialidade

A equipe não desenvolve nenhuma atividade com a participação de outros órgãos ou entidades.

B.7. Descrição da UBS

A UBS Santa Denise comporta três equipes de saúde da família. A unidade é pequena e a quantidade de consultórios não é suficiente para atender a todos os profissionais, que precisam se revezar no atendimento. Para resolver minimamente o problema as equipes criaram agendas diferentes, de modo que as atividades não se superponham.

A UBS funciona em uma casa com pouca iluminação e ventilação. As condições de trabalho para os profissionais não são boas; as pessoas disputam espaço todo o tempo. Enfim, não é um bom ambiente nem para os profissionais nem para os pacientes que buscam atendimento na unidade.

B.8. Relação do PSF com o restante da rede municipal de saúde

B.8.1. Caráter substitutivo ou complementar

Em Recife o PSF, onde já foi implantado, tem caráter substitutivo, embora ainda não seja capaz de atender a toda a demanda do município. O PSF foi implantado começando pela periferia, onde não existia qualquer tipo de prestação de serviço de saúde à comunidade e o objetivo é avançar para as áreas centrais até que seja atingida a marca de 100% de cobertura.

> "Não, a gente não considera que ele tenha um caráter complementar, a gente considera que é o processo de substituição que ele esta vindo da periferia para o centro, e como a maioria dos postos antigos tradicionais ficam mais próximos do centro, então a gente começou a trabalhar o PSF pela periferia, então a gente tem uma área toda fechada, então tem área noroeste nossa toda fechada com 100% de cobertura, a área que vem do oeste também toda coberta, todas as áreas de baixa renda da micro região 3.1 que são as áreas norte, também toda coberta, e a gente tem o que a gente chama do centro de Casa Amarela, quer dizer, o ponto de maior aglomeração de pessoas que são esses dois bairros, Nova Descoberta e Vasco da Gama com um alto índice de descobertura ainda, quase que completamente descoberto, que nossa meta agora é chegar junto deles e conseguir estar começando a implantar as equipes." (Gerente do distrito)

O distrito ainda enfrenta a resistência da comunidade em relação ao PSF, tendo em vista que algumas experiências com equipes de saúde da família foram mal-sucedidas. Entretanto há um esforço por parte dos gestores em substituir a forma de prestação da assistência à saúde.

> "Já teve uma reunião em uma comunidade que tem uma grande resistência de transformação da unidade em PSF, exatamente porque ele tinha informações de outra comunidade próxima que tinha mil dificuldades com a unidade de saúde da família, então eles morriam de medo, porque não estavam conseguindo ter exemplos na unidade próxima a sua, eles diziam: "eu estou ganhando, não, eu estou perdendo profissionais nas unidades que eu estou com ela a muito tempo, profissionais que conheço a muito tempo" então ele está com um processo substitutivo na realidade." (Gerente de território)

B.8.2. Relações de referência e contra-referência

Nos últimos quatro anos foram designadas as clínicas de especialidades e hospitais que serviriam de referência para as ESF. Anteriormente não existia uma rede articulada, o que gerava problemas para a comunidade e para o sistema. O processo resultou na contratação de vários profissionais de diferentes especialidades e facilitou o processo de atendimento à população.

Existem protocolos de referência e contra-referência no município, entretanto, como foram implantados apenas nos últimos quatro anos e como é usual em quase todos os serviços, a utilização desses formulários ainda é pequena, apesar de haverem relatos de profissionais que indicam sua importância.

> “Essa a gente vem construindo nesses quatro anos de gestão, nesse primeiro ano de gestão acho que a gente já conseguiu avançar muito, porque no que você encontrou uma rede que não era rede, você encontrava unidades isoladas funcionando isoladamente, até se ter a compreensão da rede e você ter nas policlínicas profissionais de referência com todas as especialidades, onde você não tinha quase nada, onde você fez um concurso para você conseguir se aproximar do que é necessário de especialista. Então eu acho que a gente tem depoimentos nas nossas reuniões de referência é muito mais concreto porque a gente conseguiu implementar neurologista, várias especialidades, gastro, reumatologia, saúde da mulher, então a gente conseguiu implementar o especialista, aí você tem a referência. A contra referência a gente já consegue ver alguns profissionais elogiando, que recebeu uma contra referência.” (Gerente de território)

B.9. Descrição sucinta da comunidade atendida pela(s) ESF(s) envolvidas na experiência.

A população do Distrito III se caracteriza pelo alto nível de organização, pela participação em movimentos sociais e pela força política. A região em que se encontra a ESF sob estudo, chamada Alto José do Pinho tem uma longa história de interlocução com os governos municipal, estadual e até federal. A presidente da associação dos moradores tem 75 anos de idade e está a frente da comunidade há mais de 20 anos; trata-se de uma referência para os residentes no morro.

> “Aí em 1985 eu fiz um pedido a João Figueiredo Presidente da República, contando a situação dos moradores daqui que vivia em abandono, todo mundo sem moradia, e eu pedi que se ele pudesse desapropria as terras para o morador ser dono das terras para poder construir suas casas, aí ele cedeu. Presidente Figueiredo mandou a carta cedendo as apropriações. A gente se uniu com Maciel, Roberto Magalhães, os governos da época, e a gente desapropriou o Alto todo, nós demos o título de posse de terra a cada morador, que hoje está um Alto bonito, está desse jeito. A onde tinha terra desocupada, ocuparam, foi escrevido cada um aquele lote de terra, foi escrevido o nome de cada pessoa e cada um hoje tem sua casa hoje, está desse jeito bonito.” (Presidente da associação dos moradores)

A associação de bairro é bem estruturada e funciona como órgão de comunicação entre a comunidade e o governo. Por meio de reivindicações o Alto José do Pinho conseguiu água encanada e barreiras de contenção para os morros.

> “Aí quando desapropriou as terras eu fui a COAB, solicitei o problema de Alto José do Pinho, me juntei a COAB e governador do estado, fiz uma reunião aqui clube Bom Sucesso, veio todo morador do Alto, COAB. Ficou super lotado, tinha mais de mil pessoas, que era os donos da casa que vinham querer água. Depois desse tempo a gente sugeriu a botar em cada casa uma torneira, que as torneiras das casas foi colocada aqui olha. O Governo colocou no muro da casa, aí o morador que se vire para dentro da casa, eu consegui para cada casa dessa uma torneira dentro do muro. E as ruas não eram calçadas, a gente conseguiu calçar, muita barreira, a gente conseguiu fazer canaleta, muro de arrimo, e hoje graças a Deus meu Alto José do Pinho está muito bonito.” (Presidente da associação dos moradores)

Por ser uma das áreas mais antigas e ter grande visibilidade social, devida principalmente às festividades que acontecem em homenagem à Nossa Senhora da

Conceição, essa região é alvo de grandes investimentos por parte de ONGs, projetos sociais e outros. As casas são, em sua maioria, de alvenaria e as pessoas são, na maioria, proprietárias. Apesar disso, a comunidade é definida como de alto risco. Não existe tratamento do esgoto, que corre pela rua. É possível ver os ratos em meio às crianças, que estão sempre sujas e descalças. É grande a quantidade de jovens e adultos nas ruas, jogando baralho ou conversando; a taxa de desemprego é alta. Trata-se de uma região de morro, as pessoas são tidas como de alta vulnerabilidade e risco social; vivem abaixo da linha da pobreza.

C. Descrição do Projeto

A experiência relatada na II Mostra de Saúde da Família dizia respeito a um grupo operativo com travestis desenvolvido por uma ESF em uma comunidade carente do Recife e, complementarmente, um trabalho de prevenção de DST/AIDS desenvolvido nos pontos de prostituição das principais avenidas da cidade.

Atualmente as atividades do projeto não estão acontecendo em sua totalidade. O grupo tem dificuldade para conseguir um local fixo para as reuniões, que não aconteceram nos últimos dois meses por esse motivo. O trabalho de educação em saúde realizado nos pontos de prostituição dos travestis nas ruas de Recife não é feito há três meses, desde que a Diretoria de DST/AIDS retirou seu apoio, que consistia na disponibilização de um carro e de preservativos. Apesar disso o grupo se fortaleceu e acabou criando uma identidade – GATASS (Grupo de Apoio aos Travestis Associados do Recife). Hoje o projeto está escrito e o estatuto do grupo registrado em cartório. A idéia é formar uma ONG e conseguir recursos para a continuidade do trabalho.

C.1. Antecedentes

A região de Casa Amarela tem uma longa história de movimentos populares, datados principalmente da década de 70. Segundo relatos a população já se mobilizou por diversas vezes para conseguir benefícios para os moradores e tiveram sucesso algumas vezes. A região é alvo de várias ONGs e projetos sociais, mas nenhum deles envolve os atores envolvidos no trabalho em questão. Não foi encontrada nenhuma evidência anterior de mobilização de travestis.

O projeto começou há aproximadamente dois anos, no mesmo período de implantação do PSF na região e a necessidade ficou evidente no momento do cadastro. Apenas o distrito III e a coordenação de DST/AIDS se envolveram no projeto – o distrito, deixando que ele acontecesse, sem entretanto, apoiar de forma efetiva; a coordenação de DST/AIDS cedia um carro e fornecia preservativos, mas retirou a parceria quando definiu que os travestis não eram uma prioridade.

C.2. Motivação

A idéia de trabalhar com travestis surgiu quando a ACS da equipe 3 da UBS Irmã Denise começou a fazer o cadastro das famílias adscritas à sua área. Ela percebeu que lá residiam aproximadamente 80 travestis, número considerado grande pela equipe. Outra observação feita foi que essas pessoas não procuravam a unidade de saúde, por preconceito deles mesmos e também da comunidade.

O então enfermeiro da equipe, que morava perto da comunidade na sua infância e adolescência e que também é homossexual, conhecia os travestis e suas dificuldade; foi ele quem propôs a criação do grupo operativo. Segundo ele, os travestis representam um grupo marginal, mas que possui direitos e também deveres perante a sociedade. Seu objetivo era gerar nesses travestis o sentido de cidadania, elevar sua auto-estima e promover o seu auto-cuidado, incentivando-os a buscarem a UBS quando julgassem necessário.

> “O meu grupo, o GATASS, eu falo meu porque é assim que eu vejo mesmo. Eu me sinto responsável por elas. Elas não querem estar na rua, mas não têm outra alternativa nem perspectiva. Acham que nunca vão ser aceitas, que sempre serão discriminadas.”

Segundo o enfermeiro o fato de ele ser também homossexual foi fundamental no desenvolvimento do projeto, visto que a situação de marginalidade daquelas pessoas o incomodava profundamente. Ele também relata como uma característica pessoal sua o gosto por enfrentar situações complicadas e diz que sabia a “briga que estava comprando” quando resolveu ajudar os travestis, dentro inclusive da própria UBS.

Nesse primeiro momento se envolveram no trabalho o enfermeiro e a ACS da micro-área. Depois foram sendo incorporadas outras pessoas, como a ACS que hoje é vice-presidente do grupo, a enfermeira que substituiu o enfermeiro na equipe, a médica e a auxiliar de enfermagem.

C.3. Contexto social e político

A UBS onde funciona o projeto comporta três ESF. Apenas a equipe 3 se envolveu no trabalho com as travestis. A equipe enfrentou problemas de discriminação dentro da UBS e até hoje as profissionais das outras equipes apresentam resistência para o atendimento. Segundo a médica da equipe é comum ouvir frases do tipo “eu não quero, deixo com você”.

A ESF envolvida é composta atualmente por uma médica, uma enfermeira, uma auxiliar de enfermagem e seis ACS. O enfermeiro que idealizou o projeto trabalha agora em Brasília, mas mantém contato com o grupo, ocupando o cargo de coordenador geral. De modo geral a equipe funciona como outra qualquer, cada profissional cumprindo com o seu papel.

O GATASS começou como um grupo operativo, que foi tomando proporções cada vez maiores, até se transformar em uma ONG. À época da implantação os profissionais da equipe atuaram como suporte para o enfermeiro: a ACS fazia os convites, a médica fazia palestras e se aproximava do grupo para facilitar seu acesso à unidade, a auxiliar compreendeu, participando de algumas reuniões, que os travestis eram seres humanos e passou a respeita-los e ajuda-los, mesmo sendo evangélica. De modo geral, com exceção do enfermeiro, todos os profissionais relatam que passaram por um processo de adaptação à nova realidade, com relação ao respeito e aceitação daquelas pessoas. A enfermeira se atualizou em DST/AIDS para atender à demanda das travestis.

> “Eu faço o apoio em saúde, assim quando eles precisam, DST, ai já fiz tratamento em algum dele, porque assim DST eu tive que aprender forçadamente porque eu não fazia isso, porque assim pelo o estigma deles, pela vergonha de chegar em uma unidade onde as pessoas não tem essa sensibilização, de ser visto outra forma, ai eles não queriam de jeito nenhum, ai eu junto com o outro enfermeiro, a gente viu um médico que fazia o tratamento, ai a gente teve que aprender forçadamente para tratar eles aqui, eles vindo para uma consulta normal, o pessoal não sabia o que era aqui, e a gente fez tratamento já em alguns GATASS com relação a condiloma , DST, alguns problemas que eles aparecem corrimento e, assim, eles sempre procuram a mim porque eu estou mais junto com eles” (Enfermeira da ESF)

A equipe conta ainda com uma ACS com formação em Serviço Social e que atualmente cursa pós-graduação em Saúde Pública. Ela ocupa hoje o cargo de vice-presidente do GATASS.

O grupo se reunia inicialmente na associação dos moradores do Alto José do Pinho, depois, devido à mudança na presidência da associação, passaram a se reunir nas escolas no período de férias. O retorno às aulas inviabilizou as reuniões.

O GATASS conta hoje com o apoio do Centro de Estudos, Pesquisas e Ações em Arte-Educação e Cultura que apresentou a proposta de formação de um grupo de Teatro do Oprimido dentro do grupo. O objetivo é “estimular o protagonismo social dos integrantes do GATASS, partindo da formação de um grupo de teatro que discuta os problemas enfrentados pela população de travestis do Recife através da poética do Oprimido”.

C.4. Desenvolvimento

A implantação do grupo se deu da mesma forma como ocorre com qualquer grupo operativo. As pessoas são convidadas, o local e o horário agendados e, quem sentir vontade e achar que pode tirar proveito, comparece.

> “Na primeira reunião nós reunimos 45 travestis. É muita gente precisando de ajuda. Elas perderam tudo, a família, os amigos. Eu precisava ajuda-las a recuperar a dignidade.” (Enfermeiro, idealizador do projeto)

Não houve, no momento da implantação, a necessidade de procurar apoio político. Esta surgiu quando o projeto começou a tomar outras dimensões. A Diretoria de DST/AIDS deu suporte durante algum tempo, no entanto, os travestis não representam um grupo prioritário e hoje esse apoio não existe mais.

Metodologia

O trabalho começou em 2003, como um grupo operativo, quando foi identificada a necessidade de cuidados especiais para um número grande de travestis que dificilmente ou quase nunca procurava o serviço de saúde. As reuniões aconteciam uma vez por semana e, segundo o relato da experiência, seguiam uma metodologia específica, a de Pichon-Riviere. Entretanto nenhum dos entrevistados soube falar claramente sobre o método. As reuniões aconteciam com as pessoas assentadas em círculo, os temas eram propostos no momento ou programados, quando havia a necessidade de convidar alguém externo ao grupo.

> “Coloca em sentido de roda, onde as pessoas possam se olhar, e expõem um assunto, por exemplo, se alguém está com uma dúvida sobre a gripe, esse assunto é uma dificuldade dele, então esse assunto é exposto na roda, e ai as informações são passadas, não só pela gente que faz a parte técnica do grupo, mas assim, pela meninas, pelas experiências, e se a pessoa fez isso, se a pessoa fez aquilo e dali a gente tira

> algumas idéias, assim, sempre vendo o que há de bom daquela situação e o que há de ruim, e vê o lado que se aproveita melhor, para trabalhar essa questão do conhecimento.” (ACS, vice-presidente do grupo)

Além das reuniões semanais o grupo também promovia encontros festivos.

> “Um showzinho, umas festinhas, em ocasiões assim, alguma coisa Junina, ai todo mundo participa, e a gente aproveita por causa de espaço, tirando sempre uns 15 minutos da euforia das comemorações para falar alguma coisa assim, São João, porque é uma festa importante, de onde veio, de onde surgiu, quem fundou, sempre tendo a perspectiva de alguma coisa que fique também junto com a informação guardada.” (ACS, vice-presidente do grupo)

Em paralelo foi feito um trabalho nas principais avenidas e pontos de prostituição de travestis em Recife para conscientização da importância do uso de preservativos. Após a divulgação informal do trabalho e a boa qualidade do atendimento, a cobertura às travestis começou a extrapolar os limites de abrangência da Unidade de Saúde da Família. Foi então que surgiu a idéia de uma ONG.

O GATASS

O objetivo geral do GATASS é “estimular o exercício da cidadania, promovendo o aumento da auto-estima e a organização das travestis na luta pelos seus direitos constitucionais e humanos.”

Seguem-se ainda os objetivos específicos:

• Facilitar o acesso das travestis à atenção básica à saúde;

• Promover a inserção social;

• Garantir a prevenção das IST/AIDS e outras doenças;

• Difundir entre as travestis informações e estimulá-las na busca de soluções dos seus problemas enquanto grupo social;

• Capacitar os integrantes como agentes multiplicadores das informações sobre direitos constitucionais e humanos, além da prevenção das IST/AIDS;

• Interferir na proposta de criação de leis que defendam os seus interesses e favoreçam uma convivência pacífica e harmônica com os demais grupos sociais.

O GATASS conta hoje com uma diretoria, composta por presidente, vice-presidente, coordenador geral, secretário e tesoureiro, além de um conselho fiscal composto de duas pessoas e uma advogada. O estatuto foi assinado por todos os membros da diretoria em 18 de dezembro de 2004 e registrado em cartório em 03 de junho de 2005.

Com exceção da vice-presidente (Assistente social e ACS da equipe), de uma componente do conselho fiscal, da advogada e do coordenador geral (enfermeiro idealizador), todos os demais membros da diretoria são travestis.

Uma outra iniciativa do GATASS é oferecer cursos profissionalizantes para os travestis. A maioria deles é profissional do sexo e, segundo o presidente do grupo, é uma forma bastante perigosa e desgastante de se viver, com duração limitada, visto que os travestis mais velhos não conseguem fazer os programas.

> "Essa vida não dá não, de programa, só aproveita quando é bonitinha, novinha, depois quando está os cacos velho... Acho que não é bom a pessoa se vender, a pessoa entra dentro de um carro, vai, ela não sabe se volta, tem que pedir a Deus para voltar, não sabe qual o destino naquele momento, se o cara vai levar para um motel, se vai levar para um BR, se o cara vai levar para uma mata. E muitas já morreram, porque as vezes quando é programa, elas exigem o dinheiro delas, porque elas não estão fazendo aquilo por amor, estão precisando do dinheiro para comprar as coisas que precisa, ai muitos não reconhecem isso, e uns querem matar, outros põem para correr, eu fico passada. Porque eu não faço, porque elas chegam para mim desabafam e contam." (Travesti, presidente do grupo)

O papel do distrito no projeto foi o de dar apoio e ajudar no solicitado. Entretanto, segundo a coordenadora do PSF, os resultados e o impacto do projeto não chegaram ao nível central e não houve interesse do distrito em buscar informações a seu respeito.

> "Eu acho bastante interessante e inovador, é um perfil muito do enfermeiro, é um trabalho extremamente interessante, que ele conseguiu implantar lá no PSF e bastante inovador, até porque é uma população que ela sofre um preconceito muito grande, que eu acho que é um preconceito muito grande que existe. Então nós o apoiamos dentro desse projeto no que foi solicitado, e a gerente do distrito foi bastante importante nesse apoio, ela enquanto distrito e nós enquanto atenção básica em apoiá-lo nessa proposta inovadora que ele tinha desse grupo." (Coordenadora do PSF)

A ESF

Atualmente a ESF participa das atividades do projeto de forma pontual. A médica e a enfermeira fazem palestras sobre assuntos específicos quando são chamadas. A ACS responsável pela área avisa quando e onde vão acontecer as reuniões e a ACS, que é a vice-presidente e também assistente social dá encaminhamentos às burocracias do processo e ajuda no que é possível, dada a sua formação.

Dificuldades

A primeira dificuldade encontrada pelo projeto foi conseguir a adesão das travestis. A maioria é profissional do sexo e trabalha à noite e, consequentemente dormem durante o dia. A presença delas nas reuniões foi conseguida à custa de muita insistência por parte da ACS da área e do enfermeiro. Não foi difícil vencer essa barreira.

A segunda dificuldade foi o preconceito da comunidade e o medo de discriminação das travestis. Elas não procuravam a unidade de saúde temendo a rejeição das pessoas e da equipe e, de certa forma, provocavam a comunidade usando roupas um tanto extravagantes. Foi feito então um trabalho de conscientização da comunidade, para faze-la enxergar as travestis como seres humanos que precisam de cuidados como outros quaisquer e um trabalho com as travestis, para mostrar-lhes que afrontar as pessoas com a aparência só geraria a repulsa.

> "A gente tinha a finalidade assim, nas nossas reuniões a gente sempre convidava as pessoas da comunidade a fazerem parte das reuniões também, ai sempre tinha uma pessoas da comunidade nas reuniões, as lideranças comunitárias, a gente fazia eventos e chamava a comunidade ai a comunidade participava."

Além disso ainda foi preciso enfrentar a equipe de saúde da família

> "A unidade não aceitava bem, então era assim um pessoal bem afastado, totalmente sem comunicação com o resto da comunidade."
> "A princípio teve uma relutância aquela coisa, mas hoje os profissionais daqui aceitam eles, eles já chegam a unidade não existe, no começo quando eles vinham a unidade ate a comunidade mesmo tinha aquela coisa de ficar dizendo gracinhas, ofendendo, dizendo palavrinhas, coisas que ferem a imagem, hoje não, hoje eles vêem na unidade, senta ai, conversam com as pessoas que estão na recepção esperando e são tratados normalmente. Isso assim foi um grande passo."

Depois vieram as dificuldades de ordem material. Não tinham lugar fixo para as reuniões, não tinham dinheiro para a confecção dos materiais necessários (panfletos, folders, preservativos etc).

> "Estava no centro dos servidores, só que ai veio outra demanda. Vai muito assim, porque as pessoas ainda têm um preconceito muito grande, então assim quando a gente corre atrás de um espaço e diz que é para trabalhar com o público de travestis ainda há aquela não aceitação, então assim se aparecer outra demanda automaticamente esse espaço já não é mais nos cedido. Esse é um dos graves entraves do nosso trabalho, a grande dificuldade." (ACS, vice-presidente do GATASS)

Apesar da organização do grupo, o GATASS não tem apoio financeiro contínuo. Alguns recursos vieram do distrito 3 e a prefeitura financiou a confecção de algumas camisas. No início do projeto a Diretoria de DST/AIDS emprestava um carro

para que pudesse ser feito o trabalho de educação em saúde nos pontos de prostituição. Após algum tempo o apoio foi retirado com a justificativa que os travestis não eram prioridade. Segundo o enfermeiro, ele passou a usar o próprio carro e chegou a ser ameaçado de morte pela polícia militar.

> "Eles emprestavam o carro pra gente fazer o trabalho à noite nos pontos de prostituição, quando eles pararam de emprestar eu comecei a usar o meu próprio carro, aí fui ameaçado de morte pela polícia militar. A polícia cobra uma porcentagem do que os travestis ganham para não prenderem, em vez de proteger, batem."

D. Categorias de Sustentabilidade

D.1. Institucionalização/formalização

O projeto ainda não foi institucionalizado e, para o grupo, a criação da ONG pode ser a saída para as dificuldades que enfrentam. Segundo a ACS, vice-presidente do grupo, falta pouco para que o GATASS seja formalizado.

> "A gente tem um projeto que mandou para a UNESCO com o apoio da Universidade Federal de Pernambuco, com o pessoal do teatro do oprimido e nossa instituição esta se legalizando agora, estamos com a ata toda pronta, o estatuto todo pronto, ai esta em fase de aprovação, porque tem que passar por algumas esferas para ser aprovado, mas esta tudo andando." (ACS, vice-presidente do grupo)

No nível central a visão dos gestores é que esta é uma experiência pontual, criada pelo enfermeiro e, em momento algum foi observado o interesse em adotar o projeto como política de governo ou de estendê-lo para outras áreas ou equipes.

> "A gente encontra uma barreira, ainda existe muita homofobia entre as pessoas, não só com relação aos travestis, mas principalmente com relação ao homossexual de uma forma geral, então é difícil, então é aos poucos que a gente vai conseguir derrubar isso. Inclusive o ano passado teve a Conferencia Municipal de Saúde, como eu sou delegada aqui dos trabalhadores e sou conselheira distrital, então a gente falou muito desse tema para ver então se ocorria uma aceitação por parte do pessoal, só que eu quase apanhei nessa reunião." (médica da ESF)

D.2. Intersetorialidade

Apesar das tentativas de estabelecer parcerias com outros setores de atuação pública, além do grupo de Teatro do Oprimido o projeto não desenvolve ações conjuntas com nenhuma outra instituição.

D.3. Participação e envolvimento da comunidade

Os travestis participam da elaboração das pautas e ajudam a programar as atividades do GATASS. Apesar de não ter tido nenhum tipo de avaliação formal, a execução é feita pelos próprios integrantes do grupo.

As reuniões são abertas à comunidade e há um esforço para que as pessoas conheçam o trabalho do grupo. Com isso houve redução do preconceito e, atualmente, os travestis são respeitados e respeitam os membros da comunidade. A convivência passou a ser mais harmoniosa.

D.4. Alcance e visibilidade

As atividades desenvolvidas pelo grupo tiveram repercussão para além dos limites da comunidade. Os travestis que participavam do grupo acabaram trazendo pessoas de outras comunidades e, dessa forma, o trabalho cresceu.

> "...aos poucos começaram a participar ai foram chamando os outros, e até alguns que não são da comunidade, tem uns que são de Santa Terezinha, outros de Vasco da Gama e fazem parte do grupo hoje"

O trabalho realizado nas ruas também dava bons resultados; eram feitas dinâmicas e campanhas para o uso correto do preservativo e alguns deles também passaram a freqüentar o grupo.

A comunidade reconhece o grupo e sua importância, alguns deles até freqüentaram as reuniões. Membros da comunidade relataram a mudança de comportamento dos travestis após o início do grupo, principalmente no que diz respeito ao vestuário e à forma de se dirigir às pessoas.

No nível central, tanto a gerente do distrito quanto a coordenadora de PSF e a gerente de território reconhecem a experiência como válida e interessante, no entanto, não demonstram a intenção de expandir o projeto ou de adota-lo como política do distrito. Todas mencionam o enfermeiro como o idealizador do projeto e o responsável pelo seu desenvolvimento.

D.5. Capacitação

Não havia nenhum tipo de capacitação para os líderes do grupo, nem para os próprios travestis. Quando era necessário abordar algum tema específico era convidado alguém com conhecimento da área.

A enfermeira da equipe buscou seu próprio aprimoramento profissional e aprendeu a tratar as principais Doenças Sexualmente Transmissíveis que acometem

os travestis. Ela justifica dizendo que eles têm dificuldade em procurar o serviço de saúde, e já que conseguem ir à UBS e lá que devem ser tratados.

D.6. Avaliação

O projeto não passou por nenhum tipo de avaliação, seja ela interna ou externa.

D.7. Reflexão sobre a Prática e Conteúdo Teórico

São várias as justificativas dos atores para o projeto e sua participação no mesmo. Para alguns, a participação começou por mera curiosidade e acabou se tornando um ideal de vida, uma bandeira. Para outros era apenas uma questão profissional, a população de travestis era adscrita à sua área de abrangência, hoje é um grande diferencial em suas vidas. Para o enfermeiro idealizador do grupo era uma identificação pessoal, ele conhecia a realidade, as dificuldades e o potencial dos travestis para transformarem suas vidas, era necessário apenas mostrar o caminho, ajudar nos primeiros passos, conduzir até certo ponto.

Cada uma dessas pessoas, com justificativas diversas, mostraram em seus depoimentos a satisfação em trabalhar com o grupo. Mostraram também o desejo de fazer o grupo crescer, se estabelecer e conseguir dar respostar ainda mais satisfatórias à comunidade.

> “Porque é que eu faço isso, tem hora que nem eu sei explicar, quando eu converso com minhas amigas elas dizem: isso aí é tudo ao contrário, isso aí é totalmente diferente do que já vi. Mas eu não sei, eu acho que eu me apaixonei pelo trabalho, hoje tenho amigos que são travestis assim, que eu respeito muito como pessoa e é um publico que estou sempre aprendendo, cada vez que eu converso com algum deles estou sempre aprendendo, acho que tenho muito que oferecer, e tem muita coisa que precisa mudar, assim, trabalho na área de saúde como ACS e vejo que a atenção básica é fundamental em algumas coisas, também discordo de algumas, mas assim, é o ponto chave, se a gente não começar daqui não adianta. Quando eu entrei no grupo entrei por curiosidade mesmo, e hoje eu assim abracei a causa, e assim não tenho opção homossexual que algumas pessoas me perguntam isso “ Você faz parte de um grupo porque tem opção?” não, não tenho opção homossexual, mas gosto de trabalhar com o grupo, acho um desafio, gosto de desafio, e o grupo é um desafio, um desafio que a gente tá vendo aí e a não aceitação, e é um desafio” (ACS, vice-presidente do grupo).

Quando perguntada sobre o que é saúde, a ACS, que também é vice-presidente do grupo se expressou da seguinte forma:

> “Saúde para mim é um conjunto de tudo, é você estar bem com você mesma, estar bem com a sua saúde, estar bem com a sua vida, amanhecer sorrindo, ter um amigo, ter um teto para morar, ter dignidade, poder sair na rua, ter um trabalho, então saúde para mim é um conjunto, então saúde não é só vir na unidade de saúde pegar um remédio e ir

> embora, se eu não estou bem comigo, jamais a minha pressão arterial vai melhorar, ela vai sempre permanecer alta mesmo em cima de medicação, então é isso que a gente passa para as meninas, que elas tem que estar bem, a gente sabe que a vida das meninas é difícil porque passa por cima de preconceitos muito fortes, e o preconceito está sempre batendo na porta, mas a gente tem que se amar, é uma opção que foi escolhida por vocês, sabe que tem que passar por cima disso, e que também com isso, por essa opção, não pode deixar de se cuidar e de aparecer na comunidade e ser feliz." (ACS, vice-presidente do grupo)
>
> "É uma ação de saúde porque a gente tem que ver o ser humano como um todo, como um ser completo, então assim quando eu te estigmatizo por uma doença eu não estou te tratando eu estou te fazendo ficar pior, fazendo com que você fique doente cada vez mais, e quando eu te trato com respeito que qualquer pessoa deve Ter, eu já estou te dando saúde, então a partir do momento que você chega a algum lugar e é tratado com dignidade então já é um grande passo, para você até passar a dor de cabeça, passar os problemas. Por eles serem travestis ele também merecem ser olhados nos olhos e serem ouvidos atentamente, não chegar na unidade de saúde e não serem ouvidos e não ser prestada atenção, só por uma opção sexual, então a partir do momento que você chega e é bem atendido, e você é bem tratado, você ser olhado nos olhos, você já sai do consultório médico achando que você esta melhor, e é o que acontece com eles hoje, hoje eles vem a unidade são olhados olho no olho, não tem medo de dizer que tem alguma doença porque confia no pessoal que o atende, e já sai daqui confiantes, vão a farmácia tomam os remédios, fazem as coisas tudo direitinho e retornam trazendo resultados, se o médico pediu alguma coisa, que na grande maioria das vezes eles iam as unidades e não retornavam porque não foi bem aceito não foi olhado nos olhos e não foi tratado com dignidade." (médica da ESF)

Resultados para quem participa do projeto

Os resultados para quem participa do projeto são os mais diversos e se relacionam diretamente com as expectativas dessas pessoas quando entram no trabalho.

> "Eu respeito, trabalho com eles, é um trabalho gratificante, porque assim a medida do possível que você passa um informação e você vê que aquela informação que você esta passando e as pessoas estão recebendo, estão assimilando, em cima daquilo estão tentando mudar algumas idéias e algumas coisas da sua vida, então assim, é gratificante demais para mim como profissional, muito mesmo, muito gratificante." (ACS, vice-presidente do grupo)
>
> "Eu espero assim, é um passo e tanto porque eu acho que não é fácil você tirar o preconceito, porque o preconceito ainda existe, mas com trabalho bem feito, bonito aos poucos a gente vai ganhando a conquista, e é isso que a gente espera, que não haja mais esse preconceito, como aqui Alto José do Pinho entre aspas eu acho que não existe." (ACS da micro-área)

D.8. Sustentabilidade financeira

O grupo não tem recursos próprios. Toda a renda vem do distrito e, anteriormente, da Diretoria de DST/AIDS. A idéia da formação da ONG é angariar recursos para dar continuidade às atividades – o projeto foi enviado à UNESCO, mas ainda não tiveram respostas.

D.9. Processo de comunicação

Não existem meios de comunicação formalizados. As reuniões são previamente agendadas ou os travestis são informados pela ACS da equipe e pela vice-presidente do grupo. O nível central não recebe informações sobre o andamento do projeto e não se interessa por elas.

D.10. Prestação de contas

Como não há financiamento nem qualquer fonte renda não é necessária uma prestação de contas.

E. Categorias de Conteúdo

E.1. Acesso a bens e serviços

A implantação do grupo operativo com os travestis e posteriormente a criação do GATASS mostrou para a equipe de saúde pessoas que estavam sob sua responsabilidade e que, até então, se encontravam à margem da comunidade e, erroneamente, da UBS. A aproximação da ESF dos travestis possibilitou a mudança da visão que a equipe fazia deles, idéias pré-concebidas e, segundo eles próprios, não condizentes com a realidade.

O grupo ampliou o acesso dos travestis aos serviços de saúde e a visão da equipe sobre a saúde dos travestis. Eles observaram que os travestis, como qualquer ser humano, está exposto a uma série de doenças e precisam de cuidados.

A experiência não tem por objetivo desenvolver ações no sentido de dar respostas aos problemas sociais vividos pela comunidade local. O que ocorre é que muitas vezes os problemas da comunidade são os problemas dos travestis e, quando esses colocam suas dificuldades nas reuniões do grupo a comunidade acaba, indiretamente, tendo as respostas que procura.

E.2. Equidade

O GATASS foi desenvolvido para trabalhar especificamente com travestis, grupo tido como vulnerável pela ESF, em especial pelo enfermeiro idealizador do projeto. Entretanto o PSF de Recife não trabalha com a perspectiva de identificar condições de vulnerabilidade social. Não foi feita uma busca pelo grupo de travestis; a demanda surgiu no momento do cadastro, conforme já descrito.

E.3. Intersetorialidade

O projeto não conseguiu manter uma rede intersetorial de trabalho que o ajudasse na sua implantação e desenvolvimento. Houveram algumas tentativas, entre elas o apoio inicial dado pela diretoria de DST/AIDS, retirado em seguida, por não serem os travestis um grupo prioritário. Buscou-se estabelecer contato também com a Guarda Municipal, que resultou na participação desta em apenas uma reunião do grupo.

O trabalho desenvolvido em parceria com outros grupos se deu com a ONG Pátio da Fantasia, que forneceu aulas de Teatro do Oprimido para os travestis.

E.4. Cuidado Integral

O grupo operativo dos travestis foi criado com o objetivo de ampliar o acesso desses indivíduos aos serviços básicos de saúde. No entanto, os resultados foram além do esperado. O grupo passou a ser um espaço de convivência e interação entre seus membros e se transformou em local de discussão das situações vividas pelos profissionais do sexo e aos riscos a que estavam expostos. Houve a preocupação, por parte dos profissionais, de lidar com os aspectos sociais e psíquicos que estavam envolvidos nesse contexto e alguns deles se capacitaram para otimizar a qualidade do trabalho. Desde o início do trabalho houve o cuidado em tornar a UBS um local de acesso fácil e irrestrito, onde os travestis pudessem se sentir à vontade para a busca do serviço e resolução de seus problemas de saúde.

As reuniões acontecem na perspectiva da troca de saberes entre os integrantes do grupo e se desenvolvem visando o auto-cuidado e a auto-afirmação dos indivíduos.

Segundo os próprio travestis e os profissionais que trabalham com eles há consenso em dizer que alguns comportamentos mudaram depois da implantação do grupo, principalmente no que diz respeito ao sexo seguro e prevenção de DSTs.

Outra afirmação marcante é a de que o trabalho do grupo fez com que a comunidade começasse a ver os travestis como pessoas que merecem respeito e, em contrapartida, esses passaram também a respeitar os hábitos da comunidade.

> “A comunidade no princípio não aceitava, e como eu falei, quando eles começaram a vir a unidade eles eram chacoalhados na rua, assim, os meninos faziam assim aquela algazarra, começavam a dizer coisinhas, gracinhas, essas coisas, mas hoje não, hoje eles vem a unidade, entra e não existe mais esse tipo de comentário essas coisas maldosas, eles são bem aceitos.” (ACS, vice-presidente do grupo)
> “No inicio eles não eram bem aceitos, assim na parte da comunidade, mas a partir que fez o grupo eles melhoraram bastante, eles não elas, melhoraram bastante, porque

> assim até no modo de agir de falar, que era tudo, mas agora o comportamento, vamos dizer assim, reeducadas, depois do grupo.” (Membro da comunidade)
> “Eles tinham vergonha de vir porque eles se sentiam assim como se fosse um ator que chegou ali no lugar, porque todo mundo olhava, todo mundo queria saber “você trabalha com o que, como é que é isso, como é que é aquilo” e hoje em dia já não tem, a gente trata normal, como se fosse uma pessoa comum, como se aquela mulher fosse uma mulher, inclusive aqui a gente usa o nome fantasia deles, que eles dizem de trabalho, aqui a gente não chama a Joice de Messias, o Josias, então eles chamam a Joice, a Gleice, então a gente chama eles do nome que eles gostam de ser chamados, assim não tem mais, graças a Deus essa unidade aqui não tem, graças a Deus e ao enfermeiro porque foi um briga cerrada, ele batalhou um bocado.” (Enfermeira da ESF)
> “A gente também avisava muito para eles: Se vocês querem direitos iguais, se portem. Ao chegar numa repartição pública, qualquer lugar vocês cheguem e vão à recepção, informem-se normalmente, aguarde sua vez. Porque se ele chega aqui todo enfeitado dançando, fazendo igual aquela menina, aquela travesti que apareceu, que é uma quase mulher, Vera Verão, se você chega daquele jeito, você vai chamar atenção e atenção para o lado ruim, então você ande, tente se normalizar. Eu creio que melhorou muito aqui, nossa comunidade melhorou muito.” (Auxiliar de enfermagem da ESF)
> “Antigamente muitas não se davam o respeito, hoje em dia elas estão se dando, shortinho curto demais, sainha curta, hoje em dia não, hoje em dia eles vestem calça comprida, bermudas, saias de baixo do joelho. Hoje em dia isso melhorou muito.” (Travesti, presidente do grupo)

Segundo a médica da equipe o comportamento das travestis mudou bastante desde o começo do projeto

> “Eu vejo assim, quando nós chegamos aqui na casa delas, eu achava elas muito descuidadas com relação a própria higiene, cuidar delas, a casa, e hoje é uma mudança, a gente nota. Eu entrei na casa no início e entrei na casa recentemente e mudou bastante.”
> “Agora eles conhecem melhor o corpo, sabem o que devem fazer, como devem fazer, o que devem fazer para evitar as doenças, estão mais conscientes de poder negar se o parceiro quiser transar sem camisinha, então eles estão mais conscientes, acho assim, e também estão procurando o posto que antes eles não procuravam eles se sentiam realmente marginalizados, e agora quando elas estão doente elas vem.”

Hoje é possível observar mudanças na forma como a comunidade lida com as reuniões do grupo. Há um movimento no sentido da interação, a busca pelo novo, pelo diferente. A observação, por parte das pessoas, de que os travestis não correspondiam às suas idéias pré-concebidas fez com que está procurasse compreender e entender melhor o pensamento e a vida do grupo.

> “A comunidade vai assistir a gente, querem assistir a gente, querem abrir o portão, eu digo: Tranca o portão, tranca o portão, depois a gente abre para eles entrarem. Eles querem participar, querem saber mais da vida do homossexual, querem mais conhecer, uns criticam, outros admiram. Os que criticam, ai falam: Por que você critica, você tem que saber mais, você tem que conhecer mais eles. Ai eles vão mais para ver o lado da gente lá no trabalho.” (Travesti, presidente do grupo).
> “E assim, eu moro na comunidade, e ai algumas pessoas diziam “poxa eles estão se organizando” então a questão da comunidade, vê a questão de se organizar como um grupo, já dava outra visão, uma visão de respeito, de uma coisa certa, sem brincadeira, aquela coisa verdadeira, até o pessoal da igreja quando eu passei, a mulher disse “Eu não aceito mas admiro, eu não aceito de forma nenhuma, até minha religião não permite, mas eu admiro porque todas as terças, eles estão tudo de camisa, tudo pronto, tudo arrumado. E vocês conversam o que?” Ai foi quando eu disse para ela: as portas da

> reunião estão abertas, no dia que a senhora quiser participar pode ficar a vontade, se não achar lá à vontade, fale com a gente, que gente vai até a sua igreja mostrar o que é o grupo, então ela disse assim “jamais, jamais” então para ela que faz parte de uma religião, e já começa a ver a questão da organização dessa forma, já um grande passo.” (Travesti, membro do grupo)
> “Eu fui muitas vezes assistir aula do grupo GATAS eu assisti aula lá as vezes, e um deles falaram o seguinte: que teve um caso de relação e o cliente queria que fosse sem camisinha, ai ia explicando na aula essa coisa toda, quem estava lá passou as instruções para eles que tivessem cuidado, que não fizesse isso porque poderia pegar uma doença não só a AIDS como outras que já existem, quer dizer é uma palestra ate interessante ate mesmo p[ara quem não é travesti participar isso tanto mulher como homem, a questão é que a comunidade tem que Ter mais consciência e saber o que se precisa na comunidade, não é porque tem dois, três pessoas travesti ou gay aqui na comunidade que vai discriminar, e procurar fazer sempre o que é possível para ajudar não só a eles e viver em comunhão de bens a comunidade bem tranqüila, na época o que eu queria fazer era isso, e ainda tem um rapaz aqui que brinca com todo mundo, solta uma gracinha, eu digo rapaz deixa as meninas, para poder evitar aquele confronto entre eles, e assim vai.” (Ex-presidente da associação comunitária)
> “Seria bom também não ter só gays na reunião, nas palestras como também as mulheres da comunidade ai ficaria uma coisa muito mais integrada junto com a comunidade os dois participando dessa reunião.” (Ex-presidente da associação comunitária)

E.5. Educação em saúde

O trabalho do GATASS não pode ser considerado, de acordo com conceito adotado, como educação popular em saúde. Entretanto, a forma como o grupo se estruturou e o modo como acontecem as reuniões fazem com que o projeto tenha um forte componente de educação. As reuniões têm por característica a troca de saberes entre os envolvidos e há o cuidado em se respeitar o nível cultural e intelectual dos membros do grupo. As práticas e hábitos de cada um são respeitados e são os próprios travestis quem escolhem os temas a serem abordados nas reuniões.

A idéia do grupo é formar travestis multiplicadores de informação, visto que existe entre eles uma forma de comunicação bastante peculiar e ter um deles como referência atingiria um número maior de pessoas. Entretanto, para tal seria necessária capacitação, que implica em pessoal especializado e travestis disponíveis. Até o momento não foi possível realizar o trabalho.

> “A perspectiva da gente era ir mais além do que a questão do projeto, seria assim formar muitos educadores de opiniões, de informações, ou seja, era aquilo pessoal que faz parte do grupo, que vem acompanhando o grupo, seria selecionando alguma meninas que maior facilidade, porque assim, os travestis eles usam a linguagem própria, eu não entendo, é uma linguagem só deles, criada para eles como um mecanismo de defesa. Nada melhor do que eles próprios para passar as informações, usando essa linguagem que é conhecida por eles mesmos, e ter a identificação de fazer parte do grupo, e ter a possibilidade de ser mais aceito ainda, como formador de informação, porque faz parte do grupo e tem a mesma linguagem.” (ACS, vice-presidente do grupo)

Uma outra forma de educação em saúde que acabou acontecendo espontaneamente foi os próprios travestis vestirem a camisa do grupo e justificarem suas posturas, tanto para outros travestis quanto para os clientes, por participarem do GATASS. A importância desse fato é que ele serve como avaliação positiva do trabalho; pode-se dizer que ocorreu ampliação do conhecimento dos travestis sobre os determinantes da saúde e, de alguma foram, eles utilizaram esse aporte de conhecimentos para conscientizar outras pessoas.

> "...alguns travestis usam na avenida a nossa camisa como sendo símbolo de que eles são esclarecidos e que tem uma entidade que luta por eles e que eles sabem que tem que usar isso, alguns quando vão para a batalha como eles falam para a gente, e é ate gratificante que diz assim, diz ao cliente 'eu não posso fazer esse tipo de sexo assim não, porque eu tive essa informação lá no grupo que eu faço parte, que se eu fizer esse tipo de coisa eu posso me contaminar sexualmente' e eles vão passando essa informação." (ACS, vice-presidente do grupo)

E.6. Participação popular deliberativa

A comunidade Alto José do Pinho tem conselho local de saúde e associação de moradores do morro onde as questões relativas à comunidade são discutidas. Os presidentes do conselho e da associação são eleitos por votação. A associação de moradores funciona no centro da praça do bairros e todos têm acesso às reuniões e resoluções. Não há nenhuma relação entre o projeto e o conselho ou a associação de moradores.

E.7. Atuação coletiva para o desenvolvimento de condições de vida saudáveis.

A comunidade Alto José do Pinho tem história de atuação na conquista de bens e serviços junto a órgãos da administração pública e outras entidades. Entretanto, não é possível identificar, até o momento, atividades da comunidade em conjunção com o projeto.

E.8. Redes sociais de proteção e cuidado recíproco

Um ponto citado com freqüência, principalmente pelo enfermeiro idealizador do projeto e pela ACS vice-presidente do grupo, é a necessidade de ajudar os travestis a se reconhecerem como cidadãos, saberem quais são seus direitos e deveres, se

constituírem como um grupo forte, organizado, capaz de intervir socialmente em benefício próprio.

> “Essa coisa dos direitos que eles buscam, você acha que é pouca essa não aceitação, então eles se preocupam muito assim, “se eu for em tal lugar eu posso entrar, eu não entro em tal lugar porque eu acho que eu não posso entrar porque eu sou travesti, e eu não vou poder entrar em tal lugar eu não vou poder participar” e eles viram que na verdade eles podem entrar em qualquer lugar que eles tem o direito, é um ser humano e faz parte da construção e se pode entrar normalmente.
>
> Uma das nossas idéias no principio era que seria assim, ajuda-los a andar com as próprias pernas, com as próprias mãos, é tanto que a formação do grupo é em a grande maioria de homossexuais e travesti do grupo, porque assim é passar pra eles que eles podem ser esclarecedores de outros homossexuais e que eles podem se engajar nesta luta” (ACS, vice-presidente do grupo)

Um ponto citado como importante pela ACS vice-presidente do grupo e também pelo enfermeiro idealizador do projeto é a grande necessidade desse grupo em aumentar sua auto-estima. É notável em vários discursos essa preocupação e o trabalho que é desenvolvido nesse sentido.

> “Trabalhamos a questão de doenças, a questão da violência, a questão da prevenção, sempre trabalhando esse lado da auto-estima, principalmente a auto estima, a gente trabalhava muito a questão da auto estima porque eles se sentiam um pouco diminuídos porque a grande maioria não mora aqui em Recife, são das cidades do interior que a família não aceita a função e a opção sexual escolhida por eles, e eles são colocados para fora da casa das famílias e vem para as grandes cidades tentar fazer a vida, conseguir alguma coisa.”

Conclusão:

Na experiência estudada é possível observar a importância do PSF como impulsionador do desenvolvimento das atividades do GATASS. O cadastro dos moradores foi a base de todo o trabalho que se seguiu. É claro que, sem a motivação e identificação pessoal com a causa por parte do enfermeiro, talvez esse trabalho nunca viesse a ser realizado, principalmente pelas dificuldades que encontra, tanto do ponto de vista operacional (falta de recursos) como pela necessidade de romper barreiras de preconceitos há muito arraigadas, inclusive entre os profissionais de saúde.

Percebe-se, no entanto, a fragilidade dessa experiência pela falta de apoio político (apesar de não haver oposição, não há aporte de recursos de qualquer natureza), o que dificulta o trabalho, pois não gera legitimidade dentro da própria comunidade, que às vezes não cede sequer o espaço para as reuniões.

A idéia de formar uma ONG vem como uma forma de tentar fortalecer o grupo e desvincula-lo do PSF e do distrito III. A ONG GATASS já está registrada. Começa agora a busca por parcerias que sejam capazes de sustentar as atividades do grupo

8. Spa comunitário: uma experiência de re-educação alimentar e física no PSF - Santa Cruz – RN

Data da visita:

29 de Setembro a 01 de Outubro

Entrevistados:

Médico da equipe do PSF

Enfermeiro da equipe;

Auxiliar de saúde da equipe do PSF;

Usuários dos Spa (três usuários);

Secretária Municipal de Saúde;

Psicólogo voluntário participante de dois Spas;

Educador físico participante de um Spa;

Professora da UFRN e pesquisadora do NESC.

Observação participante:

Visita a um Spa Comunitário que estava ocorrendo em um outro município do interior (Acari), com pernoite no local.

A. Impressões preliminares

Fui recebido em Natal por um casal de pesquisadores do Núcleo de Estudos em Saúde Coletiva – NESC - da Universidade Federal do Rio Grande do Norte, com um dos quais já tinha trabalhado em Brasília, que não participaram diretamente da experiência, mas que repassaram algumas informações gerais sobre os atores e sobre a forma de inserção do NESC na mesma. O ator protagonista da experiência, médico da equipe do PSF em Santa Cruz, foi aluno de um curso de Abordagem Sistêmica da Família, promovido por aquele núcleo e, atualmente, até por conseqüência da repercussão nacional do seu projeto, está cursando o Curso de Especialização em Saúde da Família, coordenado pelo outro membro do casal. As referências sobre o trabalho do Spa Comunitário e do grande grau de motivação e seriedade desse médico foram as melhores possíveis.

Como já estava anteriormente combinado, por telefone, com o referido médico, este me conduziu, em seu próprio veículo para a cidade de Santa Cruz, onde ele não mais trabalhava há cerca de seis meses, onde foram entrevistados membros da equipe de saúde do PSF, usuários do SPA, a Secretária Municipal de Saúde e uma

educadora física, participante voluntária do último Spa. Nos dirigimos no mesmo dia para o município de Acari, no sertão do Seridó, em cujas margens do belo Açude de Gargalheiras estava sendo realizado um Spa Comunitário, promovido pelo PSF daquela cidade, onde foi possível realizar uma breve observação participante de seu funcionamento. Embora a proposta de Spa Comunitário de Acari tenha pequenas diferenças da de Santa Cruz, entendemos que a observação in loco seria muito enriquecedora para a pesquisa, o que se confirmou sobejamente. Pernoitamos no ambiente do Spa e no dia seguinte, pudemos acompanhar algumas atividades do grupo.

De volta a Natal, entrevistamos, numa noite de sábado, um dos membros do NESC que participou do acompanhamento da experiência e que foi co-autora de um artigo científico que a descreve e analisa.

A impressão inicial do município de Santa Cruz foi, de certa forma surpreendente, pois esperávamos uma típica cidade do sertão nordestino, cujo estereótipo a televisão e o cinema, bem como a literatura regionalista do século anterior, nos impinge. Observei, no entanto, ao que me foi possível, uma cidade limpa, onde as pequenas casas geminadas com platibandas geométricas, alternam-se com construções mais modernas e amplas, vias asfaltadas ou pavimentadas com blocos de pedra, habitadas por um povo alegre, receptivo, de uma pobreza digna e um estado nutricional aparentemente eutrófico, embora tenha interagido muito com pessoas obesas. Pelo que pude me informar, não existe qualquer levantamento populacional mais sistemático das condições nutricionais. Observei também, ao deixar a cidade, pessoas caminhando no acostamento da rodovia, prática que segundo o médico, era incomum antes da experiência do SPA.

Por tudo que pude observar, concluí que o município é controlado por um grupo politicamente conservador, que conseguiu se reeleger na última eleição, fato aparentemente em contradição com a carga de inovação e de mobilização social que caracterizou a experiência do Spa comunitário, aspecto que será comentado no decorrer deste relatório.

B. Descrição do PSF

B.1. Antecedentes de Atenção Básica

Não dispomos de muitas informações sobre a atenção básica em Santa Cruz anteriormente ao PSF. O PSF no município substituiu progressivamente, à medida que foi ampliando sua cobertura, o modelo anterior centrado no atendimento da demanda espontânea. O município sedia, desde a década de cinqüenta, um hospital materno infantil, administrado desde a década de sessenta pela Universidade Federal do Rio Grande do Norte, sendo área de estágio para varias especialidades, tanto de médicos residentes como de alunos do último período do curso de medicina, com atendimento ambulatorial, portanto, qualificado, o que certamente influencia e eleva o nível dos cuidados médicos oferecidos em relação aos demais municípios da região. Essa unidade presta atenção ambulatorial nas áreas de pré-natal, ginecologia, atendimento pediátrico, puericultura, prevenção do câncer ginecológico, nutrição, clínica geral e assistência odontológica, e internação hospitalar nas áreas de pediatria, ginecologia e obstetrícia (clínica e cirúrgica) e clínica médica feminina. O Hospital Universitário Ana Bezerra foi construído com recursos do estado e do município e transferido para a órbita da universidade na década de sessenta, quando passou a ser área de estágio para vários cursos da universidade, com a implantação, em 1966, do Centro Rural Universitário de Treinamento e Ação Comunitária - CRUTAC -, estratégia de extensão universitária às cidades do interior do Rio Grande do Norte . (UFRN, 2005)

B.2. Ano de implantação do PSF

O PSF em Santa Cruz foi implantado em 1999, com uma equipe, justamente aquela que viria a desenvolver o projeto do Spa comunitário, numa comunidade da periferia da cidade, Bairro Cônego Monte, inicialmente numa casa adaptada e recentemente em um prédio próprio.

B.3. Orientação política-ideológica da Prefeitura Municipal

O executivo municipal é dirigido por um partido que pertence ao pólo considerado conservador no espectro político brasileiro. Nas entrevistas, ficou evidente a orientação da administração atual (reeleita) em não estimular a participação popular, embora estejam em funcionamento as instancias formais de participação social direta na gestão, como o Conselho Municipal de Saúde. A secretária municipal de saúde da gestão anterior é médica, esposa do atual Prefeito. Na atual gestão, deixou o cargo para assumir a direção do Regional de Saúde da

SES RN, que foi ocupado por uma servidora que cumpria funções de assessoria direta à secretária da gestão anterior.

B.4. Cobertura municipal de PSF

Atualmente o município conta com dez equipes do PSF, com capacidade para ampliação para treze equipes, segundo a Secretária Municipal de Saúde.

B.5. Tamanho da população adscrita à ESF em foco

Quando da implantação da equipe do PSF do Bairro Cônego Monte, ela se responsabilizava por toda a população do bairro, de cerca de 8.000 habitantes. Posteriormente, outra equipe foi implantada, dividindo essa clientela de usuários.

B.6. Processo de trabalho da ESF

Na medida em que dois profissionais-chave da equipe que criou e executou a experiência do Spa não se encontravam mais atuando município no momento da pesquisa, não foi possível verificar diretamente o processo de trabalho. Esse aspecto não foi, portanto, valorizado nas entrevistas.

As equipes do PSF do município contam com um médico, um enfermeiro, dois auxiliares de enfermagem, um dentista e um auxiliar de consultório dentário e dois agentes comunitário.

B.7. Descrição da UBS

A Unidade Básica de Saúde em cuja sede atuava a equipe do PSF que criou e realizou a experiência do Spa Comunitário funciona em um prédio próprio, padrão no município, com espaços para duas equipes de PSF, com uma estrutura arquitetônica em forma aproximadamente de um quadrado, com um jardim interno, o que facilita muito a ventilação e a iluminação, bastante adequada ao clima regional.

B.8. Relação do PSF com o restante da rede municipal de saúde, destacando se tem caráter substitutivo ou complementar

O modelo de PSF, em Santa Cruz, substitui o modelo dos Centros de Saúde tradicional, e teve implantação progressiva até a cobertura atual.

B.9. Descrever sucintamente a comunidade atendida pela(s) ESF(s) envolvidas na experiência. - nível de organização, perfil socioeconômico.

No artigo em que descrevem a experiência, Micucci et al. (2004) tecem uma caracterização geral do Bairro Cônego Monte:

> "O bairro Cônego Monte surgiu na década de 80, após uma inundação que ocorreu na cidade provocada pelo rompimento da parede do açude de Campo Redondo, cidade vizinha, deixando várias famílias desabrigadas. A igreja fez a doação de um terreno, localizado numa área mais alta da cidade, onde o governo construiu um conjunto residencial. As residências são todas de alvenaria, 100% delas contando com água encanada e 90% com sistema de saneamento público. Os moradores deste bairro apresentam uma situação sócio-econômica diversificada, com alguns núcleos de pobreza, mas com a sua maioria trabalhando no comércio local, como pequenos comerciantes ou como servidores públicos municipais nas áreas de educação e saúde, predominando os trabalhadores assalariados. Com 10% de idosos em sua população, os aposentados têm uma contribuição na renda de algumas destas famílias". (MICUCCI et al., 2004,)

A população adstrita à equipe do PSF compõe-se, portanto, majoritariamente de uma classe média baixa, com níveis de vida relativamente altos para os padrões do interior nordestino.

C. Descrição da Experiência

C.1. Antecedentes

O que poderia ser apontado como antecedente do programa foram várias atividades de mobilização social já realizadas pela equipe do PSF, ligadas ao incentivo ao aleitamento materno, ao pré-natal, à vacinação das crianças e mães. Além das atividades que tradicionalmente acompanham essas ações de saúde pública, a equipe utilizou uma série de estratégias e meios de comunicação de massa, como a organização de shows e concursos, introduzindo conteúdos educativos e estimulando determinados comportamentos saudáveis.

A equipe organizou um "concurso", elegendo os "Bebês Nota 10" (que tinham todo o calendário vacinal em dia, registro civil, matrícula no CD e amamentação exclusiva até os seis meses de idade) e a "Mamãe Nota 1000", para aquelas mães que se destacaram nos cuidados na gravidez e com o filho, completando todo o controle pré-natal, participado do curso de gestantes e amamentado seu filho por um ano ou mais e que respondiam às questões formuladas no "Show da Amamentaçao". Esses concursos foram coroados com cerimônias de premiação,

onde eram brindados os vencedores com prêmios (triciclos para os bebês) e presentes melhores para as mães, como aparelhos eletrodomésticos, patrocinados pelos comerciantes locais por solicitação da equipe. Havia, portanto, um contexto bem claro de uma equipe com alta motivação e espírito criativo, imbuída de um estilo de atuação pautado pela mobilização social para atingir os objetivos sanitários que se colocava.

A articulação do projeto do Spa com as demais iniciativas de mobilização e estímulo a mudanças comportamentais pode ser apreciada nesta fala do criador do projeto, onde ele compara o Spa à ponta de um iceberg, por ter este obtido uma repercussão maior que as outras atividades da equipe, de resultados tão relevantes quanto o primeiro.

> "Até, a gente, nas apresentações que nós fazíamos, até a gente colocava isso como se fosse um iceberg e nele a gente colocava o Spa comunitário, quer dizer, é o que todo mundo estava vendo, mas a gente tinha uma base, outros trabalhos que pra gente também eram muito significativos, eram não, são significativos. Por exemplo, trabalhar, eu na condição de pediatra, trabalhar o incentivo ao aleitamento materno e a gente viu um impacto muito grande... e isso a gente conseguiu mensurar dentro da comunidade. Houve realmente uma mudança de comportamento nas mães, então a gente tinha um índice de aleitamento materno satisfatório, acho que dentro daquilo, dentro da realidade nacional, creio que a gente tinha um índice que não ficava a desejar em nenhum serviço de maior experiência dentro do aleitamento materno". (Depoimento do médico da equipe)

Mais diretamente, poderia ser registrada a preocupação do médico e do enfermeiro da equipe com as questões do controle da obesidade, através da reeducação alimentar, que já vinham resultando em palestras educativas e aconselhamento individual.

> "No início, na realidade, até começou de uma forma bem informal, até brincando, né?... tava eu e o enfermeiro, participando de um almoço depois da atividade de trabalho, e eu comecei a colocar para ele a preocupação de que o controle de alguns usuários, principalmente os hipertensos e diabéticos, e que aquelas orientações que nós estávamos dando, tanto em formas de palestras, quanto orientações individuais nas consultas não vinham surtindo efeito. Isto é, as pessoas estavam sempre com o IMC (índice de massa corporal) acima de 25, então classificadas entre sobrepeso e obeso e, ... (o enfermeiro da equipe), de uma forma, assim, de brincadeira, disse: - 'só se a gente for fazer um spa com esse pessoal'. Depois dessa brincadeira, realmente, a gente começou a ver a possibilidade, a viabilidade da gente fazer o spa comunitário, tendo como base a reeducação alimentar e o incentivo à prática de atividade física. Então a gente montou o projeto, levamos à Secretaria Municipal de Saúde lá de Santa Cruz. A princípio, teve-se um pouco de resistência, pois eles acharam o projeto um pouco absurdo, né? Mas, dada a nossa insistência, eles acabaram cedendo e a gente realmente conseguiu realizar, em janeiro de 2001, o primeiro spa comunitário de Santa Cruz." (Depoimento do médico do PSF)

O PSF em Santa Cruz tinha implantação relativamente recente, iniciando-se em 1999, com duas equipes no Bairro Paraíso. A equipe que formulou a proposta do Spa Comunitário foi implantada em janeiro de 2000 e a idéia do Spa surgiu por volta de setembro daquele ano, segundo seu formulador.

Anteriormente ao funcionamento do Spa eram organizadas ações programáticas voltadas para hipertensos e diabéticos, abordados através de grupos operativos e a organização de caminhadas com os pacientes.

> "A gente tinha os grupos de atendimento de hipertensos e diabéticos, já tinha instituído as caminhadas com a comunidade, isso assim, era uma coisa que a gente via mais a participação do idoso mesmo. E aí, assim, a gente sentiu a necessidade de estar trabalhando de uma forma mais, como se diz, de uma forma, como é que se diz, de uma forma mais direta com essas pessoas que estavam realmente acima de peso. Não necessariamente hipertensos e diabéticos. Eram pessoas que estavam acima do peso e, independente de ser ou não hipertenso e diabético. Priorizamos trabalhar com as pessoas com idade acima de 13 anos". (Depoimento do médico da equipe)

Não foram identificadas outras iniciativas significativas anteriores ou concomitantes com o projeto que abordassem a mesma questão no âmbito do município, tanto por entidades civis ou do setor público. Registre-se apenas a ocorrência de "caminhadas festivas", organizadas por clubes de idosos no município e algumas caminhadas promovidas por equipes do PSF, mas sem um projeto sistemático, com objetivos definidos:

> "existiam algumas atividades puntuais, tipo caminhada com idosos, em datas festivas, programadas por aqueles clubes de idosos que geralmente tinha no município; aqui e acolá alguma equipe de saúde de PSF fazia uma ou outra caminhada, mas não de forma assim sistemática como nós fizemos" (Depoimento do médico do PSF)

O papel da Universidade foi secundário nos antecedentes do programa, como reconhece a pesquisadora do NESC que acompanhou a experiência:

> "Na época, os alunos todos, quando vinham, porque eles vinham todo final de semana, na sexta feira de tarde apresentar o seminário sobre como foi a semana, o que eles desenvolveram lá, uma temática por semana: na primeira semana era sobre a questão sobre o que era o programa de saúde da família, qual a proposta, como se trabalhava na prática e a comunidade de cada equipe daquela, ou seja a micro-área, a equipe tinha que fazer um diagnóstico daquela área. Principais dificuldades, problemas sócio sanitários, aspectos também positivos ou negativos, por exemplo, alguma associação de bairro, alguma coisa assim, alguma iniciativa para reivindicar aspectos sanitários, queria que eles apresentassem. Então na primeira semana, na outra era outra temática. Todos que ficavam com a equipe de .... (médico da equipe do PSF onde se deu a experiência) e mais uma outra equipe que tinha outra enfermeira, que já foi até secretária de saúde, e um médico lá que não me lembro exatamente quem era, mas ela se destacava como enfermeira na outra equipe, falavam muito bem, diziam que era realmente a proposta que eles tinham ouvido falar de saúde da família, eles estavam vendo acontecer ali. As outras, não, era uma prática tradicional que as pessoas ficavam no centro de saúde, faziam ambulatório, que não tinham preocupação de inovar nada. E a gente ia lá todo

> mês, cada quinze dias, para fazer visitas e conversar com as equipes. E a gente, ao conversar com as equipes, claro, trocava informações. A gente fazia questão de frisar que esse estágio tinha como objetivo principal fazer com que os estudantes de medicina conhecessem alguma coisa na área de promoção da saúde, especialmente, mas não somente, quer dizer, cuidado integral". Aquelas equipes que pudessem, a gente não podia de dentro da universidade induzir uma mudança, mas aquelas que pudessem começar a estimular os estudantes, um pouco puxando por essa coisa. E como o ..... (médico da equipe do PSF onde se deu a experiência), ele não precisou nem disso. Ele já tinha essa coisa individual dele, uma coisa positivíssima, porque ele era uma pessoa sempre preocupada em estar, justamente, querendo inovar. E não é nenhum teórico, mas uma pessoa hiper-engajada, hiper-comprometida com o programa saúde da família ou qualquer outro programa que vier querer implantar melhorias na qualidade da assistência, dos cuidados" (Depoimento da professora da UFRN, pesquisadora do NESC)

C.2. Motivação

A proposição da experiência partiu claramente do médico e do enfermeiro da equipe do PSF, frente à constatação da ineficácia das intervenções usuais de transmissão de conhecimentos via palestras e aconselhamento individual durante as consultas. Não se observou, nas falas de nenhum dos entrevistados, nenhuma motivação de natureza política ou de acumulação de capital político com propósitos eleitorais ou outros, mas uma legítima intenção de melhorar e alcançar maior eficácia nas ações da equipe do PSF.

> "No início, na realidade, até começou de uma forma bem informal, até brincando, né?... tava eu e o enfermeiro, participando de um almoço depois da atividade de trabalho, e eu comecei colocar pra ele a preocupação de que o controle de alguns usuários, principalmente os hipertensos e diabéticos, e que aquelas orientações que nós estávamos dando, tanto orientações em palestras, quanto orientações individuais nas consultas não vinham surtindo efeito. Isto é, as pessoas estavam sempre com o IMC (índice de massa corporal) acima de 25, então classificadas entre sobrepeso e obeso e ... (o enfermeiro da equipe), de uma forma, assim, de brincadeira, disse: - só se a gente for fazer um spa com esse pessoal. Depois dessa brincadeira, realmente, a gente começou a ver a possibilidade, a viabilidade da gente fazer o spa comunitário, tendo como base a reeducação alimentar e o incentivo à prática de atividade física. Então a gente montou o projeto, levamos à Secretaria Municipal de Saúde de Santa Cruz. A princípio, teve-se um pouco de resistência, pois eles acharam o projeto um pouco absurdo, né? Mas, dada a nossa insistência, acabaram cedendo e a gente realmente conseguiu realizar, em janeiro de 2001, o primeiro spa comunitário de Santa Cruz." (Depoimento do médico do PSF)

Inicialmente, a única instância institucional que participou da experiência foi a Secretaria Municipal de Saúde, que relutou a princípio em assumi-la, mas que encampou-a já no primeiro Spa, financiando os custos envolvidos. A Universidade Federal do Rio Grande do Norte, através dos professores do NESC e dos estagiários do último ano do curso de Medicina (lá denominados de "doutorandos") se envolveu num momento posterior, não participando na proposição ou na modelagem do projeto, mas participando decisivamente na elaboração teórica e no registro da

experiência, através da organização dos dados existentes e da redação de um artigo científico submetido à II Mostra de Saúde da Família, promovida pelo Ministério da Saúde.

A participação dos alunos do sexto ano do curso de medicina, iniciado em 2001, colaborou com o desenvolvimento da experiência, mas não com sua formulação.

> "Nós temos uma experiência do estágio de saúde coletiva no sexto ano. Os alunos de graduação, no final do sexto ano, vão passar quarenta e cinco dias em Santa Cruz, ligados a unidades onde funcionam o programa de saúde da família. Tem um acordo com o Hospital Ana Bezerra e com a equipe de lá, institucionalizamos isso, é uma coisa oficializada. Os alunos, quando vão, várias turmas, uma atrás da outra, vão fazer esse estágio lá, por quarenta e cinco dias. Então, cada equipe, fica com um número 'x' de alunos, digamos, três, quatro alunos. Isso começou há uns quatro anos, mais ou menos" (Depoimento da professora da UFRN, pesquisadora do NESC)

C.3. Contexto social e político

A mobilização social em torno do projeto do Spa e das demais iniciativas de atuação coletiva gerou reações da elite política local, preocupada com as eventuais conseqüências eleitorais, se os protagonistas decidissem se candidatar a algum cargo eletivo. O apoio institucional ao projeto vai se consolidar apenas quando não havia mais como inibir a implementação da experiência, devido à sua repercussão favorável interna ao município e externa, nos demais municípios vizinhos. O programa passa, então, a representar também um fator de projeção do governo municipal no espaço regional.

> "Mas o que nos chamou atenção, quando a gente foi seguindo um pouco essa coisa, é que não ficou restrito, o impacto desse trabalho, não ficou restrito à clientela da sua micro-área, ele começou, em conversa com essa outra enfermeira, com os outros colegas, a mandar que eles encaminhassem pacientes de outras micro-áreas para fazer parte dos Spas, adolescentes que estavam precisando, digamos assim, de se socializar, que estavam com dificuldades, começaram também a participar do grupo deles, então houve essa coisa, rompeu um pouco aquela coisa meio estanque de micro-área toda certinha. Se você começar a querer inovar, de repente, você pode entrar em choque com algumas coisas do próprio Ministério. Outra coisa também é que, no nível institucional, da secretaria, no início, foi visto com um pouco de receio. Porque, no interior, médico quanto começa a fazer alguma coisa que aparece para a população e porque está querendo se candidatar, ou a vereador, ou a prefeito. E aí, o Prefeito na época, ficou assim: esse cara quer se candidatar, ele vai ter muito voto, porque ele está fazendo um trabalho que todo mundo está gostando, não é? E, assim, na época do Natal ele saiu de Papai Noel em cima de um carro, entendeu?.... Ele manifestava em conversa com outras pessoas, e um dia, parece, ele chegou a perguntar mesmo para ele: - você não quer mesmo se candidatar? Não, rapaz, eu não tenho interesse em política. Ele não deu muito apoio, o secretário, nem o prefeito, no início, porque eles ficaram com medo. Só depois que a experiência começou a fazer sucesso, outras pessoas começaram a ouvir falar, então secretários de outros municípios vizinhos começaram a procurar .... (o médico da equipe) para que ele fosse lá para poder a equipe deles fazer a mesma coisa, que ele começou a apresentar o trabalho, que a gente começou a dar força para que ele

> apresentasse o trabalho em alguns encontros. E aí, ele teve visibilidade, e o município teve visibilidade. E foi, então, quando ele começou a ter apoio institucional e também da prefeitura, do governo local". (Depoimento da professora da UFRN, pesquisadora do NESC)

C.4. Desenvolvimento

A partir do surgimento da proposta, a equipe passou a selecionar os potenciais usuários, classificando os obesos a partir do Índice de Massa Corporal – IMC, dando prioridade àqueles com maior índice. No primeiro Spa, reuniram-se trinta pessoas.

O primeiro Spa foi realizado exclusivamente para os usuários do próprio bairro, sendo estendida à clientela para usuários das demais equipes do PSF do município a partir daí.

A seleção dos usuários foi assim descrita pelo seu criador:

> "A gente tem dois momentos pra isso. O do primeiro, onde a gente ia selecionando as pessoas à medida em que iam sendo atendidas na unidade e quando a gente, na nossa área de abrangência, e que a gente detectava que essa pessoa estava com IMC acima do normal, a gente foi selecionando e, obviamente, obedeceu aquele critério de que quanto maior o IMC, maior a prioridade de participar. Primeiro nós selecionamos trinta pessoas, foi o Spa com o menor número de pessoas. Tivemos uma desistência por desentendimento entre dois participantes, não foi por outro motivo. E, a partir do segundo, criou-se aquela coisa: as pessoas que participaram do primeiro não queriam deixar de participar do segundo e a gente viu a necessidade de receber novas pessoas para dar um processo de continuidade, para não ficar trabalhando somente com aquelas trinta primeiras pessoas". (Depoimento do médico da equipe)

O envolvimento das demais equipes se deu a partir do segundo Spa, com encaminhamento de pacientes selecionados pelas demais equipes do PSF do município:

> "a partir do terceiro Spa já houve uma nova demanda, que aí foi a demanda do próprio município. A gente recebeu a proposta de coordenar o programa desde que a gente assumisse as pessoas com sobrepeso e obesas de outras equipes. Apenas a gente fazia questão de que viessem participar das reuniões que nos fazíamos sistematicamente para que não fosse cometida nenhuma injustiça nos critérios de seleção que a gente havia adotado" (Depoimento do médico da equipe)

O resgate das informações sobre o desenvolvimento da experiência e os mecanismos de seu funcionamento foi sobejamente facilitado pela existência do artigo científico que a descreve. Nesse trabalho, a seleção dos usuários do Spa foi assim descrita:

> "Como critério de inclusão no primeiro SPA comunitário foram selecionadas pessoas inscritas no PSF do bairro de Cônego Monte com sobrepeso e obesidade, sem problemas clínicos graves, com idades acima de 12 anos, de ambos os sexos. Mesmo que nossa prioridade fosse a população de Cônego Monte, a demanda crescente de

> outros bairros nos obrigou a ampliar o universo da população a partir do segundo SPA." (MICUSSI et ali., inédito)

Não se detectou qualquer resistência significativa inicial ao projeto, tanto por parte do executivo municipal, como por parte das demais equipes do PSF ou da própria comunidade, o que pode ser aferido na fala da Secretaria Municipal de Saúde atual:

> "Todo início, a gente considera, que todo início, assim, as pessoas ficam temendo. Há uma resistência comum do ser humano. Quando sabe que vai dar certo, agora assim, a gente considera que não houve uma resistência muito grande, tendo em vista a estabilização, o empenho da própria equipe. Eu considero assim, que cada Spa que foi acontecendo, foi uma adesão grande, tanto dos outros profissionais, que foi também para toda comunidade, depois foi feito para toda comunidade. Cada unidade recebia seu número de vagas". (Depoimento da Secretária de Saúde atual)

Foram realizados seis eventos de Spa, com duração de cinco dias, aproveitando os períodos de férias escolares, na medida em que foram aproveitados prédios de escolas municipais para alojamento dos "spasianos", como passaram a ser tratados os usuários. O primeiro Spa foi organizado em janeiro de 2001, o segundo em setembro de 2001, o terceiro em janeiro de 2003, o quarto aconteceu em meados de 2003, o quinto em janeiro de 2004. O sexto e ultimo aconteceu em janeiro de 2005.

> "... e assim foi. Nunca, em nenhum ano deixou de haver um Spa, nem que seja um, foi realizado, inclusive já nesse ano" (Depoimento do medico da equipe)

A Secretaria de Educação organizou o último Spa, com apoio financeiro da Caixa Econômica Federal.

> "Por sinal, a Secretaria de Educação também, paralelamente, montou seu spa e a equipe de saúde esteve lá presente. A equipe de saúde esteve lá presente... Foi assim que nós realizamos esse trabalho parceiro. (...) A educação participou também da execução. Participou também com funcionários. Essencialmente pessoal de apoio, mas também assim, com educador físico, pessoal técnico". (Depoimento da Secretária de Saúde)
> "A própria equipe técnica da educação participou, até como usuário. Foi uma forma de chamamento para os profissionais, também, do município. Este foi um pouquinho diferenciado por não teve só pessoas que são cadastradas... foi com pessoas da própria administração também, esse que a Educação fez".
> "Nós tivemos essa pausa, mas nosso intuito é de resgatar. Vocês sabem que os municípios estão passando por dificuldade, por um ajuste fiscal. Isso aí, às vezes, causa o impedimento de que se realize o que se tem vontade..." (Depoimento da Secretária Municipal de Saúde atual)

A passagem da coordenação do último Spa realizado para a Secretaria de Educação, apesar da participação ativa da equipe do PSF, talvez tenha significado uma estratégia de deslocar o eixo da coordenação para outro pólo mais próximo ao

poder executivo, numa tentativa de esvaziar o capital político que a equipe eventualmente viesse acumulando no processo.

As dificuldades enfrentadas pela equipe no desenvolvimento da experiência podem ser imputadas às resistências iniciais, rapidamente superadas, e às crescentes desconfianças políticas do poder local quando aos efeitos políticos ou eleitorais de iniciativas com forte cunho de mobilização social como essa do Spa comunitário.

Curiosamente, as dificuldades financeiras que seriam esperadas, visto tratar-se de um pequeno município do interior, com uma receita muito baixa, embora relatadas pelos atores, não foram impeditivas do funcionamento do projeto.

> "A principal dificuldade, na realidade, sempre vem a questão, infelizmente, financeira. Sempre que você procura o gestor tem aquela preocupação de que não se pode gastar muito. Teve um período lá que se colocou muito a questão da queda do fundo de participação dos municípios.... essa foi uma dificuldade. (Depoimento do medico da equipe)

O criador da iniciativa se ressente da falta de um espaço físico, numa área pública, com perfil adequado e sempre disponível para sediar os Spas. Essa ausência obrigou a equipe a improvisar alojamentos nas escolas municipais, restringindo os eventos ao período de férias escolares, uma importante restrição para a realização de um maior número de eventos e a expansão dos participantes.

> "Uma outra dificuldade, infelizmente a gente não ter uma infraestrutura, um espaço, que a gente possa dizer assim: não, agora a gente vai poder realizar quando e quantos eventos a gente possa fazer. A gente vai ficar sempre dependendo do espaço público, principalmente de escolas, às vezes ainda com condições ainda não muito satisfatórias, com quantidade de banheiros insuficiente, então assim não dá pra gente trabalhar com um número de pessoas que a gente desejaria trabalhar". (Depoimento do medico da equipe)

Ao ser questionado sobre o possível impacto político do projeto, o médico da equipe avalia que

> "... a partir do terceiro Spa a gente sentiu que, realmente, o impacto político ele foi grande, até pela adesão da própria Secretária Municipal de Educação que é uma pessoa que tinha interesse de passar por esse processo de reeducação alimentar. Então, assim, ela ficou encantada com a proposta e, assim, de certa forma contribui para mostrar ao chefe do Executivo o quanto era importante estar investindo naquelas ações, uma vez que isso poderia ter uma implicação futura, e como a gente sempre trabalhou nessa perspectiva de trabalhar a qualidade de vida, de você ter hábitos de vida saudáveis, então isso estava, de certa forma contaminando a cidade. Assim, a gente já ouviu alguns depoimentos de pessoas que passam pela cidade e chama a atenção a quantidade de pessoas que caminham na cidade. Então, de certa forma, o gestor percebeu que a própria comunidade estava reagindo positivamente à iniciativa, então realmente veio somar e, depois do terceiro Spa, a gente não teve nenhuma dificuldade em realizá-los. Sempre tivemos total apoio". (Depoimento do medico da equipe)

D. Categorias de Sustentabilidade

D.1. Institucionalização/formalização

As atividades do Spa comunitário foram formalizadas em um projeto apresentado e à Secretaria Municipal de Saúde e por ela aprovado, assumindo os ônus financeiros do seu funcionamento.

O projeto foi também apresentado ao Conselho Municipal de Saúde que foi informado do seu andamento, na medida em que o médico da equipe participava do mesmo como membro, como um dos representantes dos profissionais do PSF. Não houve, porém, qualquer instrumento normativo, no nível administrativo ou legal, que referendasse o projeto. O envolvimento da comunidade e das demais equipes do PSF no projeto resultou num elevado grau de legitimação, que viabilizou politicamente a proposta.

A preocupação com a institucionalização do programa pela equipe esteve presente no decorrer do projeto, estando presente no discurso dos atores protagônicos:

> "A gente teve a oportunidade de levar o programa para o Conselho Municipal e a gente, de certa forma, colocou na mesa da secretária dizendo que o programa era do município, que aquilo não era mais uma coisa de propriedade minha nem de ..... (enfermeiro da equipe), porque o interesse nosso era que a coisa realmente fosse institucionalizada até para, como aconteceu, na possibilidade dos dois saírem do município, desse programa não morrer. Que ele pudesse dar continuidade, e a gente sempre colocou isso para o grupo: - Olhe, eu moro em Natal, tenho família em Natal. Vai chegar um momento em que a gente vai ter que sair, ... (o enfermeiro da equipe) também, eu acho que vocês tem que estar cobrando para que isso não morra... Inclusive a gente colocou isso muito claramente para a gestora municipal, no caso a secretária, que a gente não tinha interesse de ter aquilo como posse nossa, mas que aquilo fosse um programa que estivesse no calendário de eventos da Secretaria Municipal de Saúde, independente da gente estar presente ou não". (Depoimento do médico da equipe)

O envolvimento da Secretaria Estadual foi tentado pela equipe, mas sem sucesso, não participando em nenhum momento da experiência, apesar da existência de uma regional de saúde da SES RN no município.

D.2. Intersetorialidade

Se, num primeiro momento, a iniciativa de criação do projeto partiu da própria equipe do PSF, num segundo momento a Universidade passou a ter um papel relevante no apoio e no acompanhamento. A participação de pesquisadores do Núcleo de Saúde Coletiva – NESC-, da Universidade Federal do Rio Grande do

Norte, iniciou-se a partir do segundo Spa, em setembro de 2001, segundo o relato do médico da equipe,

> "o ... (professor da UFRN, pesquisador do NESC), na época, coordenava os estágios de saúde coletiva dos estudantes de medicina em Santa Cruz. A partir do segundo, a gente inseriu o doutorando dentro do Spa, que estava passando na época em Santa Cruz, isso despertou a curiosidade dele"

O quarto Spa foi realizado com profissionais da educação como usuários, envolvendo os professores da rede municipal de ensino, o que garantiu um apoio do setor da educação. Mas não houve um envolvimento institucional permanente da Secretaria de Educação na execução dos Spas.

D.3. Participação e envolvimento da comunidade

A participação da comunidade no projeto se deu na resposta ativa à mobilização promovida pela equipe do PSF. O projeto não nasceu das organizações comunitárias, muito menos foi por elas gerido. A interrupção da experiência no início de 2005 e a inexistência de nenhum movimento organizado pelo seu retorno, talvez deponha a favor dessa posição. No entanto, há um clima geral no município quanto ao reconhecimento da oportunidade do retorno dos Spas, tanto no discurso do executivo quanto no dos usuários entrevistados, havendo uma certa expectativa de que haja seu rápido retorno. A dependência da experiência dos seus atores protagônicos, agora ausentes do município, vai ser agora possível de ser aferida.

Embora a participação comunitária tenha sido frágil no processo, os usuários dos primeiros Spas, no entanto, passaram a ter um papel muito importante na organização do processo, atuando como voluntários nos eventos, colaborando na sua divulgação, etc.

A Igreja Católica também mostrou uma participação significativa. O atual pároco aderiu ao movimento pelo estímulo às atividades físicas, reinstaurando procissões e peregrinações ao ponto mais elevado da cidade, onde se situa um cruzeiro, e em cujo trajeto existem pequenas capelas com símbolos da via cruxis, tradição que se encontrava há muito tempo abandonada.

> "Engraçado que certa vez eu ouvi um comentário que quando o padre ... chegou no município e começou com essa coisa de caminhada e de não sei o quê, disseram: - Pronto, chegou o .... (nome do médico da equipe) da Igreja! Houve até esse apelido do padre. De certa forma, a gente ficou até gratificado com isso. O padre ... tem essa peculiaridade de motivar a comunidade e fazer essa provocação, realmente, tanto é que já fez várias subidas ao cruzeiro, e é interessante o quanto a gente viu que uma coisa

> que está dentro da cidade e muitas pessoas nunca tinham subido. É belíssimo, você vê não só o município, mas você vê uma parte da região, e é uma caminhada agradável, apesar de que ser puxada. Você saber que chegou até lá em cima é muito gratificante" (Depoimento do médico da equipe)

D.4. Visibilidade

Entre uma atividade e outra, os "spasianos" se deslocavam de um local a outro (da escola para a academia de ginástica, ou daí para a praça de esportes). Esses deslocamentos que, à primeira vista, poderiam ser interpretados como uma desvantagem e um incômodo a ser superado em caso da existência de uma estrutura física adequada à realização de todas as atividades, como é comum num Spa privado, são vistos pela equipe como um dado positivo. A movimentação dos grupos de usuários pela cidade teria facilitado a divulgação do projeto, apesar do estranhamento e das chacotas aos participantes, durante o primeiro Spa, comportamento que logo mudaria a partir dos seguintes, conforme o depoimento do criador do projeto:

> "Da maneira que a gente tem feito é interessante, porque o deslocamento provoca a comunidade. Essa forma de trabalhar serviu como divulgação, o pessoal passava na rua e olhava: - Ei, o que é isso? Isso é uma passeata? Vai ter comício? É onde? Então, assim, gerava curiosidade e as pessoas procuravam saber o que era, eu acho interessante porque no início, logo no primeiro Spa, elas ficaram muito angustiadas porque a comunidade ficavam pilhando, fazendo gozações: - Eita, baleia! Eita, não sei o quê! Là vai isso, lá vai aquilo! Vá trabalhar, vai pegar numa enxada! E a gente viu que a partir do segundo e dos outros Spas a própria sociedade foi respeitando o Spa e a gente já não ouvia esses comentários, e sim, aquela preocupação de querer saber como é que se entra, o que fazer para participar, como é que coloca um filho, como é que podia colocar uma irmã. Então a gente passou a ter essa preocupação. Eu me lembro que uma vez, umas duas ou três vezes, eu encontrei com pessoas da cidade que eu nem conhecia, nem sabia onde moravam e chegavam: - olha doutor, eu não participei do Spa não mas já perdi dez quilos, viu? Então, assim, são coisas que, realmente, é muito gratificante, a gente estar sendo abordado. Então a gente teve essas colocações". (Depoimento do médico da equipe)

Outra estratégia adotada foi a da realização de eventos de ginástica aeróbica numa das praças da cidade durante os Spas, acompanhados de músicas amplificadas por equipamentos de áudio bastante potentes. Esses eventos atraíram grande número de populares para a praça, curiosos com a novidade, inclusive registrando-se a presença do Prefeito Municipal durante um desses "shows", durante o segundo Spa, fator considerado, segundo alguns atores, como decisivo para o seu apoio aos Spas que se seguiram.

D.5. Capacitação

Os eventos do Spa, na verdade, se inserem numa proposta mais ampla da equipe do PSF de reeducação alimentar e estimulo a atividades físicas, como um momento de maior concentração dos usuários sobre essas questões. Todo o período é aproveitado para atividades educativas, com aplicação de dinâmicas de grupo, jogos etc. que procuram transmitir conhecimentos sobre os temas. Reuniões periódicas foram realizadas com os usuários para reforçar os conteúdos, reforçar os comportamentos considerados adequados e apoiar as dificuldades encontradas pelo grupo para seguir as recomendações:

> "o Spa, a gente coloca na abertura, que é o primeiro degrau de uma grande escada. Então, os degraus subseqüentes são exatamente as reuniões e atividades que a gente vai estar desenvolvendo durante todo o ano. O Spa é um momento dentro desse programa. O programa não é só o Spa! O programa é exatamente essa monitorização, esse acompanhamento que é feito com o grupo. Então a gente fazia reuniões às quintas feiras, no finalzinho do expediente nosso, na unidade onde a gente fazia a aferição de peso e pressão. A gente se reunia com o grupo para sentir as dificuldades, para aproveitar para, como é que se diz, para elogiar, enaltecer aquelas pessoas que estavam tendo maior sucesso e tirar dúvidas, e sempre estar retomando essa coisa de estar transmitindo conhecimento de como se alimentar de forma mais saudável, de forma mais adequada, e sempre cobrando alguma atividade física". (Depoimento do médico da equipe)

Outras atividades coletivas além das reuniões foram realizadas, como caminhadas, para manter o ânimo e reforçar os conceitos e conteúdos transmitidos.

> "De vez em quando a gente realizava atividades de que a .... (educadora física do município, que participou voluntariamente dos últimos Spas) falou: uma caminhada, a gente marcava uma caminhada, uma trilha, uma aeróbica na praça. Inclusive a gente levou essa proposta para a Secretaria Municipal de Educação já a gente tinha dificuldade de fazer isso pela Secretaria Municipal de Saúde por falta de profissionais para fazer isso, para a gente uma vez por mês fazer, na praça essa aeróbica, com o grupo todo. Mas aí foi a época em que a secretária deixou o governo, convidada a trabalhar em Natal, prestar consultoria à Secretaria Municipal de Educação de lá, e essa proposta, esse projeto, acabou sendo adormecido. Ela tinha tanto topado a idéia que ela tinha mandado confeccionar os estepes de madeira para ajudar nas atividades de aeróbica, já com essa finalidade, da gente trabalhar na praça". (Depoimento do médico da equipe)

Com o desenvolvimento do processo, vários profissionais foram sendo incorporados, como educador físico, no último Spa incorporou-se ao grupo mais uma educadora física, além da equipe inicial composta de médico, enfermeiro, fisioterapeuta, nutricionista e psicólogo. Os profissionais participam ativamente em todas os momentos e atividades do Spa, internando-se com os usuários no mesmo espaço e desenvolvendo as mesmas atividades físicas.

> "À medida em que o programa foi crescendo, a gente foi sentido a necessidade de ter uma monitorização maior, e de ter uma qualidade maior do programa, de prestar a maior quantidade de serviços e poder contar com a maior quantidade de profissionais, cada um

> trazendo dentro do conhecimento de sua área algum benefício para o grupo. E aí, foi fundamental a ação da fisioterapia.... “
> “A gente prioriza que todos os profissionais participem integralmente das atividades. A gente teve depoimentos de avaliação com o grupo onde eles colocam o quanto isso é importante. O fato do médico estar caminhando, o enfermeiro estar caminhando, eles estarem dormindo no mesmo local que eles estão, que eles estão comendo a mesma coisa que eles estão comendo, isso servia de motivação para que eles continuassem, como é que se diz, cumprindo com aquilo que a gente estava propondo. Então essa forma horizontalizada de atuar, na avaliação da gente, ela foi muito positiva”. (Depoimento do médico da equipe)

Interessante registrar que a participação ativa dos próprios formuladores da proposta do Spa em todas as atividades, levou-os a incorporar hábitos alimentares mais saudáveis, chegando mesmo a se beneficiar também com perda de peso:

> “a fisioterapeuta da equipe, e que se adequou muito bem à proposta do programa, inclusive é uma pessoa que estava com sobrepeso, hoje está no seu peso normal e, assim, está super empolgada e assim, de certa forma, eu, particularmente, fui uma pessoa beneficiada pelo próprio programa que a gente criou. Eu estava com IMC de 29,9, quase obeso; no primeiro Spa a gente perdeu uma média de quatro quilos e meio e com o processo de perda de peso, a gente chegou a perder dezesseis quilos. Obviamente que a gente recuperou alguma coisa, por essa atividade profissional nossa que impede a gente de estar fazendo alguma atividade física, mas sempre eu tenho colocado para eles: - Olha, por mais que você diga: ah, o doutor andou engordando... algumas coisas que a gente não tinha habito de fazer e que, após o Spa, a gente passou a utilizar. Por exemplo, eu jamais me via na condição de estar usando adoçante em sucos e café, e hoje é uma realidade, hoje praticamente eu não sei o que é açúcar, a não ser quando eu vou num canto onde o café é adoçado e você não tem como tirar o açúcar daquele café. O hábito de comer verduras, de comer frutas, foi uma coisa que a gente passou a ter durante o Spa e assim, a gente passou a ter essa preocupação, inclusive trazendo isso pra família, para o dia a dia. Evitamos determinados alimentos, a gente procura evitar frituras, coisas que, de repente, se a gente for pensar, realmente, é uma coisa que dá pra gente viver perfeitamente sem alguns tipos de alimentos”. (Depoimento do médico da equipe)

Na cultura da região, o consumo de frutas e verduras frescas não é muito comum, e, prevendo-se alguma resistência dos usuários, um trabalho anterior foi realizado com os participantes, valorizando a oportunidade que eles teriam de experimentar a sua introdução na dieta.

> “Não era valorizada lá na experiência, acho engraçado que está sendo colocado aqui (no Spa de Acari, onde foi realizada a entrevista) uma coisa que a gente não observou muito lá que foi a questão de resistência a determinados alimentos. A gente teve muito pouco isso, porque a gente oferecia aquilo e a gente colocava: é importante que você que nunca comeu alface, nunca comeu tomate, nunca comeu cebola... era comum demais. A gente passou a trabalhar com essas pessoas previamente no sentido de que não apresentasse resistência a esse tipo de alimentação que era oferecida porque senão, que tipo de reeducação alimentar a gente estaria oferecendo? Quer dizer, se eles não comessem lá, jamais viriam a comer em casa. Então, a gente, de certa forma, fez uma preparação prévia em relação a isso...” (Depoimento do médico da equipe)

O impacto dessas mudanças comportamentais induzidas pelo programa de reeducação alimentar transpôs o conjunto dos seus usuários diretos, com reflexos

nos hábitos alimentares do município, com maior oferta de frutas e verduras no comércio local.

> "... a gente fica muito feliz hoje de saber que em Santa Cruz hoje tem dois mercados especializados em frutas e verduras.... coisa que era difícil, verdura e fruta você só encontrava aos sábados na feira da cidade. Determinadas verduras você não conseguia. Para você achar uma rúcula, essas verduras que não são próprias da região a gente tinha dificuldade de conseguir, a não ser que viesse a Natal, adquirir em Natal, e hoje a gente já consegue: uma rúcula, um brócolis. Parece até coisa de outro mundo, mas é uma realidade". (Depoimento do médico da equipe)

D.6. Avaliação

Na concepção do projeto do Spa seus formuladores não tiveram uma preocupação inicial com a sua avaliação, principalmente quanto às dimensões de resultado e impacto epidemiológico (efetividade das intervenções). Não houve, portanto, um levantamento populacional (screening), na área de abrangência da unidade, que informasse a prevalência do sobrepeso e da obesidade, sua distribuição etária etc. Porém, para os usuários do Spa houve uma preocupação do registro sistemático do peso, pulso e tensão arterial, bem como de alguns exames laboratoriais, tanto antecedendo ao evento, como no seu decorrer e durante as reuniões semanais a que eram estimulados a participar.

A partir dos dados coletados, foi possível aos autores do artigo científico que descreve a experiência a apresentação de alguns resultados alcançados com os 180 usuários que mantiveram o controle de peso por mais de um ano após a sua participação no Spa. Observam-se expressivas taxas de sucesso na redução de peso e da tensão arterial dos participantes do programa de reeducação alimentar:

1. "Dos 180 participantes, 86% eram do sexo feminino e 14 % do sexo masculino. Apesar de não termos realizado nenhum estudo de prevalência na cidade de Santa Cruz sobre a obesidade e o sobrepeso, é evidente que se trata de uma problemática que atinge ambos os sexos.
2. Levando em conta o IMC dos participantes, 70% foram classificados como Obesos e 30 % como portadores de Sobrepeso.
3. Do total dos participantes apenas 4% desistiram; destes constam um caso por motivo de mudança da cidade, uma mastectomia e uma fratura de membro inferior.
4. Considerando o total de participantes obesos ou com sobrepeso, 93 % destes conseguiram perder peso com o tratamento.

5. Entre aqueles com sobrepeso, 47 % conseguiram alcançar o peso normal, ap?s o acompanhamento do IMC durante um ano.

6. Entre os obesos, 35% alcançaram a classificaçao de sobrepeso, ap?s um SPA e no mínimo seis meses de tratamento.

7. Do total de obesos, 6% alcançaram a classificação de peso normal ap?s um ou dois SPAs e adesão ao tratamento de no mínimo um ano.

8. Do total de participantes, 3% não conseguiu manter a perda de peso obtida no SPA ou manteve valores de emagrecimento pouco significativos durante o período de um ano de monitoramento.

9. Do total de participantes, 99% conseguiu normalizar seus níveis de TA, taxas de glicemia, colesterol e triglicérides". (MICUSSI et alli, inédito)

Uma avaliação subjetiva dos participantes também foi realizada ao final dos eventos, com impressões e depoimentos expressos frente a todo o grupo, em geral marcados por forte tom emocional:

> "A avaliação que a gente fazia, sempre de uma forma muito simplificada, depois do evento a gente reunia o grande grupo e facultava-se a palavra e as pessoas manifestavam-se espontaneamente. Teve depoimentos muito emocionantes em alguns Spas, termina num verdadeiro 'chororô'... aqueles depoimentos de que a pessoa terem colocado que passou os dias mais felizes da vida dela durante o período que passou, que conheceu pessoas novas, aquela coisa de estar se preocupando só com a roupa, lavar a roupa, fazer a comida, de cuidar de casa, nunca tomaram conta que, de repente, elas existiam, que elas tinham aquela necessidade de se cuidar, de se olhar. Teve depoimento muito interessante, de dona ... uma senhora que veio de...., com 69 anos, que fez com que todo mundo de emocionasse, colocando exatamente como ela se sentiu acolhida, como ela se sentiu amada pelo grupo, apesar de ser uma pessoa que tinha limitações de movimento, que tinha limitações de estar acompanhando, mas sempre tinha alguém pra estar acompanhando ela, deixando de estar andando na frente, mas ficava com ela...". (Depoimento do médico da equipe)

D.7. Reflexão sobre a Prática e Conteúdo Teórico

O referencial teórico adotado pelos criadores do programa, apesar de não explícito, adveio da clínica, principalmente da endocrinologia com seus modelos de balanço calórico etc, e do campo da psicologia, com enfoques marcadamente comportamentalistas. O discurso da promoção da saúde não está presente nas falas dos atores, restringindo-se muitas vezes a vagas referencias a "qualidade de vida", "hábitos saudáveis" etc. Depreende-se, portanto, o predomínio de uma visão de saúde e de sua conquista através da mudança dos estilos de vida. No entanto, uma característica própria da equipe onde se deu a experiência é sua crença e prática efetiva de constantes iniciativas de mobilização social, através de estratégias

inovadoras de comunicação social, o que transforma, em amplo sentido, a experiência em uma potente tecnologia de promoção da saúde, pelos ganhos de autonomia a que tanto os usuários dos Spas, quanto seus familiares e vizinhos passam a dispor, tanto pela introdução de conhecimentos e hábitos culturais novos, quanto pela responsabilização que assumem sobre seu próprio corpo.

Embora a Universidade estivesse presente no município desde a década de sessenta com o seu hospital materno-infantil, onde, aliás, o médico e o enfermeiro que formularam a proposta do Spa davam plantões na época, não parece que houve qualquer interferência ou indução na gênese do projeto. A participação da Universidade, através da interação com os professores do NESC vai se dar em um estágio posterior, quando desempenharão um papel relevante no processo de implementação do projeto. Isto se dará através do acompanhamento pelos estagiários do sexto ano de medicina e sua supervisão, bem como através do registro da experiência, com a elaboração de um trabalho científico onde se procurou sistematizar os dados colhidos pela equipe e a coleta das percepções dos "spasianos" através da sua escuta em grupos focais.

> "Acho que foi fundamental esse contato (com os professores do NESC) porque talvez se não tivesse acontecido essa aproximação com o NESC você não tivesse aqui hoje, talvez a gente não tivesse conseguido difundir essa experiência da maneira como ela hoje está difundida. A experiência que o pessoal do NESC pode nos fornecer, do ponto de vista de estar dando subsídios teóricos e de como organizar, esta parte de estar colocando no papel, de estar sistematizando isso, foi de uma colaboração muito grande. Além do incentivo, assim, como eles viram no projeto, no programa, uma coisa inovadora e, assim, eles sempre colocavam: você não pode desistir porque isso realmente é..... eu fui apresentar esse projeto no congresso brasileiro de clinica médica, teve o congresso de clínica médica junto com o primeiro congresso internacional de saúde da família, e eu colocando quanto foi frustrante fazer essa apresentação porque na realidade não tinha nem cinco pessoas na sala. Então como é que você vai para um congresso fazer uma apresentação de um trabalho e eles colocaram: - não, não vamos desanimar porque essa é a realidade desses congressos que acontecem, o momento de vocês vai chegar. E, assim, eles sempre foram grandes motivadores, não só desse trabalho que a gente faz mas dos outros trabalhos que a gente desenvolvia no PSF de Santa Cruz". (Depoimento do médico da equipe)

D.8. Sustentabilidade financeira

O projeto foi financiado com recursos da Secretaria Municipal de Saúde, com exceção do segundo Spa, cujo custeio foi bancado pelo médico e pelo enfermeiro da equipe. Os custos são baixos, por contar com o trabalho voluntário de diversos profissionais, inclusive da própria equipe do PSF, que trabalham além dos seus turnos regulares.

Algumas formas de captação de recursos por parte dos usuários foram observadas, através da venda de rifas, mas por própria iniciativa dos participantes.

> "Isso foi uma coisa totalmente colateral. Partia da iniciativa delas, inclusive a gente sempre teve a preocupação de não se envolver nisso, porque a gente enquanto profissional participante da estratégia de saúde da família, achou melhor não participar disso diretamente para que, de repente, não esteja se criando aquela coisa de que o município ou a equipe está sendo.. cobrando... de que de repente aquilo não seja um serviço do SUS, um serviço talvez, sei lá, terceirizado ou com sentido privatista. Então, a gente deixou elas muito à vontade e pedimos para que não fosse colocado a questão da obrigatoriedade, por senão poderia ter alguma participante sem condições financeiras nenhuma ou sem aptidão para estar vendendo uma rifa ou uma coisa desse tipo e ser penalizada, ou não iria participar porque não vendeu uma rifa ou porque não comprou uma rifa". (Depoimento do médico da equipe)

Para o custeio de outras atividades, que não o Spa, foram organizadas formas de arrecadação de recursos, com boa resposta por parte da comunidade, segundo o médico da equipe:

> "A gente teve alguns dissabores, no sentido da gente pedir determinadas coisas e a secretaria colocar que não havia recursos financeiros para estar nos ajudando. Mas, aí, a gente sempre foi atrás, por exemplo, tinha um bazar dentro da comunidade que ajudou muito, a subsidiar muito dessas iniciativas que fizemos dentro da unidade. A gente tinha um 'balaio junino' e um 'cestão natalino' que a gente vendia a preços bem populares dentro da comunidade e é interessante o quanto eles colaboraram, o quanto eles atendiam, e que a gente, por exemplo, a festa de natal a gente bancava com esse 'cestão natalino', sem precisar de um centavo do município" (Depoimento do médico da equipe)

D.9. Processo de comunicação

A equipe adotou, não somente no caso dos Spas, mas em todas suas atividades coletivas, estratégias de comunicação social de massa para divulgar suas atividades, como desfiles em trio elétrico nas comemorações natalinas, os concursos das "Mamães Nota 1000", a realização de ginástica aeróbica na praça etc. Não utilizou, no entanto, veículos oficiais, tipo jornais, boletins ou outras mídias impressas.

Externamente, houve divulgação da experiência no jornal do Conselho Nacional de Secretários Municipais de Saúde – CONASEMS, com conteúdo disponível na Internet, após a iniciativa receber o I° Prêmio de Relato de Experiência na II Mostra Nacional de Saúde da Família, promovida pelo Ministério da Saúde. Há o compromisso do Ministério da Saúde, através do seu Departamento de Atenção Básica – DAB-, da Secretaria de Atenção à Saúde – SAS-, de publicar o trabalho científico apresentado naquela amostra, o que foi por nós certificado em recente visita àquele órgão.

D.10. Prestação de contas

A instância a que a equipe prestava contas de seu trabalho era, logicamente, a Secretaria Municipal de Saúde, porém não havia uma rotina ou mecanismos estruturados para essa prestação de contas. Relatos do desenvolvimento da experiência foram apresentados ao Conselho Municipal de Saúde por iniciativa do médico da equipe, que dele participava na condição de representante dos trabalhadores da saúde. Não havia uma demanda formal daquele conselho quanto a fluxos de dados e informações sobre o funcionamento do programa, e as apresentações eram mais uma estratégia da equipe para divulgar e legitimar o programa.

> "Enquanto a gente esteve representando o PSF no conselho, a gente sempre.... eu sempre gostei de participar e, mesmo não sendo participante, às vezes ia à reunião do conselho. A gente sempre aproveitava para toda vez, não era só o Spa, toda e qualquer atividade que nós estávamos desenvolvendo dentro da nossa unidade a gente aproveitava o espaço do conselho para estar divulgando. A gente entendia que era uma forma de estar permitindo que as pessoas tomassem conhecimento e, de repente até, levando como sugestão para seus respectivos bairros, para suas respectivas comunidades, e poderem estar por dentro de iniciativas dessa natureza, como aleitamento materno, festa do dia das crianças, atividades que a gente ia fazer com o idoso, alguma trilha que a gente programasse com os adolescentes, sempre nós divulgávamos nas reuniões do conselho". (Depoimento do médico da equipe)

E. Categorias de Conteúdo

E.1. Acesso a bens e serviços

O projeto do Spa comunitário permitiu o acesso a um determinado tipo de serviço que a maioria das pessoas que foram por ele beneficiadas dificilmente teriam oportunidade de usufruir. Os Spas são em sua totalidade privados e cobram diárias elevadas que restringem a sua clientela a uma parcela muito reduzida da população brasileira. A inovação representada pelo Spa comunitário sinaliza, justamente, para a viabilidade da extensão de serviços como esse para o grande contingente da população que é usuária do sistema público de saúde.

Ao permitir o acesso a esse tipo de serviço, com grande carga de informações e vivências condensadas num curto período de tempo, amplia-se a autonomia dos indivíduos, ao elevar as suas capacidades de um aproveitamento mais saudável dos alimentos e do cuidado com o próprio corpo.

A preocupação de não se discriminar pessoas com dificuldades especiais esteve presente, como fica patente nesse relato da inclusão de uma paciente com

sofrimento mental no grupo do Spa, e a interessante observação do médico quanto ao comportamento do grupo em relação a ela:

> "Eu acho interessante, que dentro do que a gente conseguiu observar lá, a gente tinha pessoas, ... a gente tinha professores, a gente tinha vereadores, a gente teve a participação da própria secretária, tivemos a experiência de termos tido uma vez, até o .... (enfermeiro da equipe) não concordou um pouco, uma portadora de transtorno mental que era obesa, e que a mãe veio me pedir para colocar ela no programa e, assim, a gente acabou acatando, e o .... (enfermeiro da equipe) ficou com medo de ter alguma reação negativa do grupo, mas foi interessante porque, no terceiro dia, ela desistiu. O quanto ela foi abordada pelas pessoas no sentido de não querer que ela desistisse, quer dizer, então... E depois que ela saiu ficou como se tivesse perdido alguma coisa, então, de repente, uma coisa que a gente achou que pudesse ser negativa, foi uma coisa muito positiva".

E.2. Equidade

Embora não seja a tônica do projeto, o Spa comunitário buscou desenvolver ações para uma clientela de usuários do SUS que necessitava de uma atenção especial. Cumpre, portanto o princípio rawlsiano da diferença, que embasaria a equidade, ao diferenciar o tratamento ou alocar mais recursos para aqueles em condições mais desfavoráveis.

E.3. Intersetorialidade

Apesar de algum nível de participação do setor de educação nos Spas, sendo que em um deles a clientela foi exclusivamente de professores da rede municipal, não se pode falar em intersetorialidade na experiência em pauta. Assim, a cessão das escolas municipais para a realização dos eventos não pode ser considerada como uma ação intersetorial.

O ultimo Spa, apesar de contar com o apoio e a participação ativa da equipe do PSF, foi coordenado pela Secretaria Municipal de Educação, com recursos da Caixa Econômica Federal. Do que se pôde averiguar, aquele órgão federal, ao financiar um projeto de infraestrutura (pavimentação de ruas), teria destinado uma parte dos recursos para alguma ação no campo social. A escolha do Spa como o evento a ser financiado e a transferência de sua coordenação política para a Secretaria de Educação foi, talvez, uma estratégia, como já comentado anteriormente, de esvaziar politicamente a equipe do PSF, erodindo o capital político que ela vinha acumulando.

E.4. Cuidado Integral

A experiência do projeto de reeducação alimentar, e do Spa comunitário propriamente dito, supera em muito o enfoque individual da clínica, substituindo-o por uma abordagem onde o grupo tem um papel preponderante e onde a intervenção se estende simultaneamente por varias dimensões da vida dos clientes. Nesse sentido, integra estratégias em geral segmentadas nos serviços de saúde, das chamadas ações programáticas voltadas para obesos, hipertensos, diabéticos e idosos em um mesmo conjunto de intervenções.

Ao incorporar saberes e abordagens de varias profissões como a nutrição, psicologia, a fisioterapia, a educação física, busca uma abordagem multidisciplinar que traga o maior benefício possível e maior segurança aos usuários.

Embora trata-se de um típico programa de incentivo a mudanças nos estilos de vida de desenvolvimento de comportamentos saudáveis, a intensa mobilização social que acompanha o projeto, a preocupação e prática efetiva de ações educativas que garantem a persistência dos cuidados pelos próprios usuários, aponta no sentido do autocuidado e do incremento da autonomia individual e dos grupos.

E.5. Educação em saúde

A experiência do Spa possibilita uma forma diferenciada, tanto da transmissão de informações, quanto de sua assimilação pelos participantes. O momento do Spa, pelo seu caráter muito especial, com o isolamento da família e das atividades rotineiras do dia a dia, facilita em muito a introdução dos conteúdos e mudanças comportamentais pretendidas.

Porém, o nível de aprofundamento sobre os determinantes da saúde envolvidos no sobrepeso e obesidade, hipertensão arterial e demais condições nosológicas típicas do grupo é relativamente baixo, não passando do horizonte dos aspectos técnicos ligados a uma dieta equilibrada e da a importância da prática de exercícios físicos. A conjuntura política talvez seja impeditiva de um enfoque mais crítico e um aprofundamento dos determinantes sociais dessas condições nosológicas, taticamente “esquecidas” durante as discussões nos Spas.

Ao ser questionado sobre a abordagem dos determinantes de saúde, o médico da equipe argumentou que

> “Sempre a gente dá uma pincelada, a questão do lixo, a questão do meio ambiente, a questão da água, a gente sempre dá uma pincelada. A gente faz isso até de uma forma mais aprofundada com os adolescentes, até porque geralmente, por mais cuidado que a gente tem, algumas pessoas que participam, que são analfabetas. Então a gente tem que ter uma linguagem bem mais popular” (Depoimento do medido da equipe)

As informações transmitidas pela equipe são veiculadas de forma adequada aos traços culturais locais, embora busquem introduzir modificações nesses próprios padrões culturais, como o incentivo à introdução de verduras e frutas nas dietas, num contexto onde seu consumo não é comum. A utilização de alimentos comuns na região também foi uma preocupação do programa, facilitando a continuidade do seguimento das orientações de reeducação alimentar. Uma pequena diferença foi observada no Spa de Acari, onde presenciamos a presença de presunto em algumas refeições, como no café da manhã, o que foi motivo de censura velada do médico da equipe original de Santa Cruz, que preferia a adoção de um cardápio mais acessível ao nível sócio econômico médio do grupo.

Os temas e dinâmicas educativas adotadas são escolhidas pela equipe de profissionais do PSF e voluntários, com cuidado de transmitir conteúdos técnicos como valores calóricos, papel dos alimentos, etc., não se observando participação dos educandos na escolha dos temas.

A difusão das informações sobre reeducação alimentar no círculo próximo de relações, assumindo o papel de multiplicadores dos conteúdos apreendidos no decorrer do Spa ou das reuniões posteriores, foi observada e relatada pelo médico da equipe:

> “De repente eu estava andando no meio da rua e, de repente, uma pessoa me parar e eu achar que era até outra coisa: - E aí, Doutor! Olha, eu não participei do Spa mais já perdi dez quilos, estou caminhando, estou fazendo isso, estou fazendo aquilo.... Então, assim, realmente, algumas pessoas até não participaram pela questão do trabalho, não conseguiram, então, mesmo não podendo participar, acompanharam o processo de uma colega, de alguém que tinha participado, e realmente entraram nesse processo. Então, a gente escuta até... que tiveram mais sucesso que propriamente algumas pessoas de dentro do Spa”. (Depoimento do médico da equipe)

E.6. Participação popular deliberativa

A participação popular no programa foi frágil, a comunidade vista mais como uma receptora passiva de propostas e programas estruturados pela equipe de saúde. Não houve nenhum canal de decisão onde a sociedade civil organizada do bairro pudesse participar, através de formas colegiadas de gestão, como conselhos de unidade, etc., restringindo-se essa participação apenas aos pacientes.

E.7. Atuação coletiva para o desenvolvimento de condições de vida saudáveis.

O projeto, como foi relatado, envolveu membros específicos da comunidade, que serviram de divulgadores de estilos de vida saudáveis. Tanto o Spa comunitário, quanto às demais iniciativas de atuação não convencional da equipe do PSF onde se deu a experiência, foram marcadas por mobilizações sociais. Não foi possível detectar reivindicações formais, junto ao poder publico, explicitadas por populares ou suas organizações, no sentido de melhorias de infraestrutura no bairro ou na cidade,relacionadas com a questão da reeducação alimentar, prática de atividades físicas, etc. No entanto, fica evidente, a reação, aparentemente antecipada do executivo municipal, no sentido de ampliar a praça de esportes mantida pela Prefeitura, que por algumas informações superficiais é mantida por uma associação dos funcionários municipais. Foi construído um amplo espaço adequado às práticas esportivas, com varias piscinas, quadras cobertas, um verdadeiro “complexo esportivo”. Fica assim manifesto um viés populista na atuação do bloco hegemônico, antecipando-se às reivindicações populares para manter sua dominação.

O tempo irá dizer qual o grau de mobilização social o projeto realmente conseguiu acumular, que condicionaria o retorno de seu funcionamento com outros profissionais e com um determinado padrão de funcionamento e relação com os usuários e população geral.

E.8. Redes sociais de proteção e cuidado recíproco

O programa, pela sua própria dinâmica de funcionamento, induziu a constituição de laços sociais e afetivos entre os “spasianos” pela sua convivência prolongada durante os eventos, em condições que fomentavam a solidariedade e a coesão do grupo. Não foi possível nessa investigação aferir como essas relações se conformam, sua periodicidade, e mesmo a sua extensão para outras dimensões da dinâmica social que não apenas aquelas relacionadas aos hábitos alimentares ou de atividade física.

CONCLUSÃO:

A experiência do Spa Comunitário de Santa Cruz, embora centrada na mudança de estilos de vida, foi acompanhada de intensa mobilização da comunidade, com forte conteúdo de educação em saúde, com presumíveis reflexos

na ampliação das capacidades e do autocuidado dos indivíduos e da comunidade em geral. Inseriu-se também num contexto marcado por diversas iniciativas de intervenções coletivas com fortes características de promoção da saúde.

As estratégias adotadas de mobilização e comunicação social, de certa forma, substituíram outras modalidades de participação popular deliberativa, sendo que todas as dimensões da gestão do projeto foram assumidas pela equipe do PSF e pela Secretaria Municipal. A atual pressão social pela retomada do projeto, após a sua interrupção, resultante da saída dos atores protagonistas para outros municípios, reflete esse novo grau de organização adquirido pela comunidade e a alta legitimidade alcançada.

A viabilidade e sustentabilidade financeira, durante a vigência da experiência, foi demonstrada, ainda mais em se tratando de um município com baixos níveis de receita, bem como as condições para sua replicabilidade, haja vista a sua adoção por outros municípios do interior do Rio Grande do Norte. A tecnologia desenvolvida para a organização dos Spas, embora não sistematizada definitivamente, apesar o esforço do seu registro em artigo científico, possibilita a sua replicação ampliada pelas demais equipes do PSF no país.

9. Projeto de desenvolvimento infantil de Santana do Aurá – comunidade de catadores de lixo próxima ao aterro sanitário – Belém-PA

Data da visita:

06 a 13 de Junho de 2005.

Pessoas entrevistadas:

Pediatra

Incorporada ao projeto desde sua implantação. Indicada por vínculo com área de desenvolvimento neuropsicomotor.

Técnico de enfermagem

Membro do PACS Águas Lindas. Originalmente ACS. Participou desde o Início do Projeto de Desenvolvimento Infantil (PDI).

Gerente de UBS de Águas Lindas, onde funciona o PACS

Enfermeira, 4 anos em gestão, inclusive de PSF. Desde Fevereiro em Águas Lindas

A Unidade tem 2 clínicos, duas enfermeiras e 1 ginecologista, 1 médico de PSF, pediatra e 1 técnico de enfermagem.

Líder Comunitária

Em cuja residência se desenvolveram várias atividades do projeto. Esposa de ACS do PACS local na vigência do projeto.

Agente comunitária de saúde de Santana do Aurá

Participou desde antes do início do Projeto.

Coordenadora Distrital na época da implantação e desenvolvimento do Projeto.

Coordenadora do Projeto desde o seu início até o fim de 2003.

Enfermeira do PACS Águas Lindas

Envolvida no Projeto desde o início

Líder Comunitária

Presidente de Associação Comunitária

3 Moradoras de Santana do Aurá

A. Caracterização da experiência

Belém tem 17% de sua população coberta por PSF. A maioria das equipes tem uma população vinculada de 5 a 6 mil habitantes. As equipes de PACS têm algumas dezenas de Agentes Comunitários e coberturas populacionais em geral também muito altas.

No momento da pesquisa toda a estrutura de PSF-PACS de Belém estava em cheque, tendo sofrido um processo de desgaste na transição administrativa após a eleição de outubro de 2004, com saída de profissionais, interrupção das atividades de equipes e paralisação de trabalhadores por salários atrasados. As Coordenações Distritais foram extintas. E, apenas então, 6 meses após a posse, começava a ser definida a condição institucional dos funcionários destes Programas

Santana do Aurá é comunidade afastada, localizada na região de Águas Lindas, que fica na divisa entre os municípios de Belém e Ananindeua. É uma comunidade afastada, de difícil acesso, mesmo a partir de Águas Lindas, que, já por si, é desprovida de quase todo equipamento urbano ou instituição pública. Encontramos aí, pelo que pude apurar, uma escola, dois centros de saúde, um de cada cidade e algumas igrejas. Santana do Aurá dista algo em torno de 5 Km dessa localidade e situa-se junto do aterro sanitário da cidade de Belém. Lá encontramos algumas dezenas de casebres, quase todos de madeira, quase todos com as mesmas características, apenas um ou dois cômodos exíguos, de quatro por quatro metros, onde moram algo entre 5 e 10 pessoas, pais, filhos, avós e irmãos.

Junto às casas encontramos lixo, mas não em abundância, a não ser quando se trata de algum depósito, como garrafas e outros materiais com algum valor. Dentro das casas quase sempre se vê uma cama de casal e uma ou duas de solteiro, brinquedos, fogareiro de lata, algum equipamento eletrodoméstico, apesar de não ter visto luzes ou fiação elétrica. Crianças, lactentes e pré-escolares, abundam no entorno das casas, semi-nuas, sujas, algumas com visíveis sinais de desnutrição.

Na entrada da comunidade encontramos o anexo da escola de Águas Lindas, que atende crianças pré-escolares e logo adiante um centro comunitário, construção aberta, com uma pequena cozinha anexada, onde ocorrem as atividades do PETI, que pude presenciar em minha segunda visita ao local. Além destes, dentro do próprio aterro municipal encontra-se uma construção utilizada para a gerência do mesmo, assim como para outras atividades. Esses sendo os únicos equipamentos públicos da comunidade.

O Projeto de Desenvolvimento Infantil (PDI) atuou focalizado no desenvolvimento infantil, através de múltiplas parcerias com Instituições de Ensino Superior, Unicef e outros projetos sociais desenvolvidos naquele território. O projeto iniciou-se em 2001 e está sem atividades desde fins de 2004. Ao longo dos quase 4 anos de funcionamento foram desenvolvidas atividades de educação em saúde, atividades culturais, mobilizações sociais reivindicatórias e de geração de renda. Nesse período foi fornecida àquela comunidade a atenção de pediatra, nutricionista, assistente social, psicólogo, terapeuta ocupacional, fisioterapeuta, fonoaudiólogo, clínico e estudantes estagiários em várias dessas áreas.

O projeto tinha um objetivo específico, assim descrito pela pediatra:.

> "O objetivo era justamente contribuir na diminuição dos agravos à saúde dessa comunidade, fazer uma verificação das variáveis que poderiam estar contribuindo para aumentar o índice de desnutrição dessa clientela. Para fazer uma intervenção junto com a comunidade, né, na tentativa de melhorar a condição nutricional das crianças, especificamente de 0 a 6 anos que são filhos de catadores de lixo reciclável daquela região".

Mas ele ampliou-se em termos de visão e de práticas.

> "A gente foi ampliando o leque de acordo com as necessidades que a gente viu que estavam fugindo da nossa atuação".

É o que afirmou a enfermeira.

Essa ampliação e o escopo real do projeto são descritos por uma das líderes comunitárias:

> "E assim teve muitas atividades no projeto, principalmente na área de saúde, era pediatra, assistente social, nutricionista, psicólogo, odontólogo, clínicos, enfermeiros. E assim no decorrer do projeto as coisas mudaram aqui. Aqui no Santana do Aurá tinha um alto índice de desnutrição infantil, e no percurso do projeto esse índice diminuiu 80%".
> "Eu sei que a questão na área da prevenção, saúde da mulher, o idoso, teve, foi muito importante pra nós".
> "Até as famílias tiveram uma noção diferente, sabe? Assim procuraram zelar mais por seus filhos porque tinha aquela orientação dos ACSs que tinham na época, né, que acompanhavam de perto, diariamente, várias famílias, agora as coisas mudaram muito porque não tem ninguém".
> "Pra mim foi muito importante, principalmente a enfermeira e o clínico geral vinha consultar na casa da gente. Se passasse mal bastava ligar, a ambulância vinha imediatamente. E aí a mamãe tava pra ter bebê, assim ela vinha atender, não tinha problema algum. Porque aqui é muito complicado porque o transporte era de hora em hora e pára 7 hs. da noite"
> "Logo da minha casa funcionou um consultório. O clínico consultava aqui, o pediatra consultava aqui, a nutricionista atendia aqui, distribuía o leite, porque logo no início tinha distribuição de leite e a enfermeira vacinava... Depois mudou pra Bio-remediação , e lá foi feito um consultório com todos os aparelhos".
> "Aí nasceu a idéia de uma biblioteca, que aqui, quando a criança precisava de pesquisar, tinha que ir ao centro, mas muitas das vezes não tinha dinheiro da passagem, aí ele trouxe um pouco de cada coisa, ensino médio, vestibular, aí foi que nasceu a biblioteca.

> Ainda tem uma 'bibliotecária' que foi uma moça aqui da comunidade capacitada pela universidade pra atender"
> "Eu queria falar um pouco dos adolescentes. Quando o Projeto atuava aqui dentro tinha muita palestra sobre prevenção, né? A equipe vinha na área, dava palestra e distribuía camisinha. Hoje em dia eles parecem que não têm noção de que têm que se prevenir. Eles se preveniam só porque a equipe tava na área. Parece que a equipe era assim como um muro posto pra eles, que eles tavam se escorando até e assim depois eles nem se preveniam. Muitos estão se drogando, perdi o controle mesmo, acho que cresceram e fugiu, não tive o apoio da equipe e ficou difícil, muito difícil pra gente".

Esse foi o Projeto de Desenvolvimento Infantil na comunidade de Santana do Aurá, em Belém. Vamos analisar essas experiências retrospectivamente, em conformidade com as categorias analíticas propostas para a pesquisa.

B. Categorias Operacionais

B.1. História

B.1.1. Antecedentes

O Projeto de Desenvolvimento Infantil de Santana do Aurá teve início em 2001, alguns meses após a implantação do PACS na região, a partir da identificação de um altíssimo percentual de crianças desnutridas e grande número delas com atraso no desenvolvimento. Esse diagnóstico foi inicialmente realizado através da observação e dos dados coletados pelos Agentes do PACS.

A coordenação distrital de PSF-PACS realizava reuniões periódicas de problematização com as equipes. Desde as primeiras reuniões a situação das crianças em Santana do Aurá foi considerada prioritária por toda a equipe do PACS Águas Lindas. Essa posição da equipe de PACS e da coordenação distrital foi o primeiro impulso para a elaboração do Projeto de Desenvolvimento Infantil.

B.1.2. Motivação

Os mais diversos atores identificam o diagnóstico e a definição de prioridades de atuação dentro do PACS como uma motivação inicial para o projeto.

Veja-se o testemunho de alguns destes atores.

Enfermeira:

> "O projeto nós iniciamos através da Estratégia de Saúde da Família em Águas Lindas que é uma de nossas áreas de abrangência do Programa e Santana do Aurá é uma de nossas micro-áreas e ai nós coletamos com as visitas de auxiliares em cada casa um acompanhamento com agente comunitário e começamos a perceber que dentro das crianças quase 100% eram desnutridas, inclusive com comprometimento neuropsicomotor e risco de morte. De principio a idéia era assim um impacto sobre a saúde daquelas crianças, pensava em corrigir e tratar a desnutrição com médico, com consulta, com remédio, juntamente com a coordenação aí começamos a montar uma

> estratégia. Depois nós começamos a perceber que Santana do Aurá é uma área muito complexa, em torno do aterro sanitário, basicamente todas as famílias sobrevivem da catação do lixo. Então eu ia dar o remédio pra verme, ia dar o remédio pra desnutrição mas as crianças e os pais continuavam trazendo lixo lá do aterro pra guardar em casa, as crianças continuavam comendo restos de lixo, continuavam sem ter o que comer. E aí isso foi aumentando, foi crescendo e nós fizemos um planejamento maior, entrou a Unicef, a parceria com a Unicef já gerou recursos".

Perguntada se na ausência do PSF teriam a oportunidade de se defrontar com isso, respondeu:

> "Com certeza absoluta não, não teria, não teríamos porque o trabalho da unidade básica de saúde é muito diferente, né?".

A mesma opinião é manifesta pela pediatra:

> "Porque as pessoas que tiveram a sensibilidade e a idéia da criação do projeto estavam no PSF. Se o PSF não tivesse sido implantado naquela região eles não teriam percebido peculiaridades daquela comunidade em si".

Houve, de fato, um razoável consenso quanto à origem do PDI vincular-se à Estratégia de Saúde da Família.

Há consenso entre os diversos atores também ao identificar a coordenadora distrital como a formuladora e condutora do Projeto.

Assim se refere a ela uma líder comunitária da região:

> "A primeira coordenadora do projeto, ela sempre foi um esteio, uma árvore que foi plantada pra segurar muitos filhotes, muitas mudas. Ela foi fundamental mesmo. Puxou mesmo, sabe? Brigou pelo Projeto".

O papel da coordenadora distrital também está destacado nessa descrição do início do projeto, por ACS,

> "Várias dificuldades a gente tinha, mas o que mais chamou a atenção foi sobre as crianças, então a nossa coordenadora, ela é psicóloga, então ela atentou para esse lado, chamou a atenção dela. E daí ela foi conversando, foi repassando o problema daqui da comunidade, inclusive houve os parceiros, né, e foram comunicando entre si e veio a idéia de vir para cá o projeto".

Já a coordenadora identifica uma base ideológica para sua atuação. Veja-se esses trechos de sua entrevista:

> "Porque não bastaria só colocar médicos e medicamentos, tinha que trabalhar intersetorialmente mesmo".
> "Digamos assim, sem extrapolar o serviço de saúde, não daríamos conta da adversidade social que estava presente na vida daquelas pessoas. As pessoas viviam do lixo, as famílias não tinham outra alternativa, as crianças não freqüentavam a escola. Então pensei no futuro dessas crianças, que futuro teriam essas crianças se nossas políticas

> públicas não tivessem uma atuação mais efetiva, realmente de transformação da realidade local".
> "A saúde não tá restrita aos serviços de saúde. O gestor tem que pensar interdisciplinar, intersetorialmente. Não pode pensar que dá conta sozinho da dinâmica social, é muito complexo".
> "A proposta do Família Saudável não é fazer assistência simplesmente, mas é promover a saúde, e pra promover a saúde você não pode pensar que só os serviços de saúde dão conta de fazer isso".
> "Também como coordenadora tinha um pouco a função de estar provocando essa discussão. Também de ter a participação da comunidade, de envolver a comunidade na construção da cidadania".

Perguntada sobre o referencial teórico subjacente, ela afirmou:

> "O referencial da reforma sanitária, a metodologia do Gastão Wagner, da roda".
> "Vem dessa construção e da experiência que fui acumulando de participação popular na gestão do PT. Trabalhei 4 anos na educação ambiental, eu trabalhava direto com o Orçamento Participativo".

Parece, portanto, que a Estratégia de Saúde da Família cumpriu um papel na identificação acurada de problemas sócio-sanitários. Parece, também, que uma convicção ideológica e uma prática específicas presidiram a formulação e implantação do projeto.

B.1.3. Estratégias de implantação

A estratégia básica de implantação foi a costura de múltiplas parcerias descrita no tópico anterior e nos seguintes.

Ambiente

No local há uma associação comunitária, de baixa adesão e limitada em suas atividades. Havia também a atuação local da Pastoral da Criança, que foi incorporada como um dos suportes do projeto.

O programa foi organizado a partir do PACS e de parcerias com Instituições de Ensino Superior. Os atores se envolveram na concepção, prática e planejamento do projeto.

O PACS local era constituído por duas enfermeiras e trinta a cinqüenta ACS. Em Santana do Aurá havia dois ACS, eles se agregaram à pediatra e um clínico e todos os demais profissionais envolvidos no projeto.

Desenvolvimento

Após a avaliação inicial, feita pelo PACS, o passo seguinte foi conduzido pela coordenação distrital e consistiu em estabelecer parceria com uma Instituição de

Ensino Superior (IES) para realizar um diagnóstico da situação nutricional e de desenvolvimento das crianças de Santana do Aurá.

Nas palavras da pediatra do projeto,

> "Uma médica especializada na área neuropsicomotora, foi solicitada pela prefeitura, devido ao trabalho que já vinha realizando em uma Universidade na capacitação de pessoas para identificação de risco ao desenvolvimento, para fazer um assessoramento no início desse trabalho de diagnóstico na comunidade específica de Santana".

Veja-se também a descrição da coordenadora:

> "Esse levantamento foi feito primeiro pelo SIAB, depois fizemos outro em parceria com a Universidade do Pará, pra confirmar. Nós fizemos todo o levantamento, né? Peso, exame, anemia, né? Aí deu que mais de 70% tavam desnutridas, algumas em grau muito grave, com comprometimento psicomotor".
> "Aí comecei a reunir com a equipe, a gente fez o planejamento, e a partir desse planejamento nós começamos a identificar algumas parcerias que poderiam também estar participando da mudança dos indicadores de lá. Aí fizemos parcerias com a Secretaria de Economia, com a Funpac. Funpac é a Fundação de Assistência e Amparo à Criança e ao Adolescente, né, ela já tinha um trabalho lá junto com o Semente do Amanhã, que era pra retirar as crianças do lixão. Na Bio-remediação tinha a associação dos catadores. Nós articulamos uma parceria também com as Universidades, a UEPA, a UFPA, a UNAMA. Algumas foram surgindo no decorrer do processo, mas acho que a parceria inicial foi a da Economia, as Universidades Estadual e Federal e a Funpac".

Essa articulação de parcerias foi fundamental para a realização do projeto. O Unicef surge como órgão financiador e suporte técnico, como se vê em trechos reproduzidos neste relatório.

Nas diversas categorias seguintes o conteúdo do projeto vai ser detalhado, por isso passo agora, nessa descrição sintética do seu desenvolvimento, ao fim do projeto.

Os relatos dão conta que o projeto começou a ser desmobilizado com a mudança de coordenação e foi finalizado após a derrota do partido governista nas eleições municipais.

Pediatra:

> "Houve uma quebra, em quase um ano. Eu acho que foi a visão de quem assumiu a coordenação em 2004, eu acho que foi uma postura de coordenadora que ficou a nível burocrático, ficou distante da equipe. Enquanto conversa, a reunião, mesmo estar presente na comunidade, essa integração não houve".
> "Nós não nos reunimos mais. No meu ponto de vista é uma questão de visão do que é realmente um trabalho de equipe, e que tinha outros interesses, eu acho que políticos envolvidos, porque foi lema de campanha e que a atenção da coordenadora se desdobrou vinculada à campanha. Houve uma quebra de integração com os acontecimentos da eleição, principalmente".

Técnico de enfermagem

> “Eu acho que foi por causa da transição de governo”
> “É, justamente, durante a transição de coordenação, né?”
> “O projeto tá desmobilizado desde setembro”.
> “Começou com a troca de coordenação, aí começaram as carências de carro. Não tinha muito carro, aí acabaram uns contratos de prestadores que faziam parte do projeto. Aí acabou, não teve”.

Líder comunitária, sobre a mudança de coordenação: “Isso eu nunca entendi”.

E sobre o fim do projeto:

> “Eu acho que a nova coordenadora não deu a devida importância ao projeto. Para ela era um projeto qualquer, que acabou e pronto. E ela nem deu nenhuma explicação do fim do projeto. Isso ela ficou devendo pra gente”.

A coordenadora quando perguntada se conseguiram dar uma dimensão extra-política (partidária) ao projeto, respondeu que sim. Na seqüência, ao se questionada por que o projeto acabou, respondeu:

> “Boa pergunta, eu fiquei 3 anos no Projeto. O convênio com o Unicef acabou e o Projeto continuou. Aí eu saí, mudou a coordenação... Se manter por mais de 3 anos já foi uma vitória”.

Veja-se outras declarações da mesma entrevistada.

> “Eu não saí por vontade, me tiraram por decisão política. Porque ia ter eleição no ano seguinte, então mudaram muitas coisas, mudou o Secretário de Saúde, aí é claro tinha pessoas que eram mais de confiança da Secretaria, que eu não sou filiada ao partido, só sou simpatizante”.
> “Mas, enfim, interesse político, né? Eu não era da banda deles. Como eu não era vinculada a ninguém, então eu era vista com uma certa desconfiança”.
> “Nada foi pactuado com a comunidade”.
> “Hoje avaliando as coisas à distância, vejo que minha saída era inevitável em algum momento, né? Porque a tendência era de estar preparando as pessoas mesmo para ficar. Então a idéia, não fosse a coordenadora que entrou, digamos, teria que ser outra pessoa e a tendência era colocar três pessoas ou a própria comunidade decidiria, porque o processo era dinâmico”.

Outra líder comunitária, perguntada se o Projeto tinha um caráter político, se estava vinculado a algum partido, respondeu:“Tem isso não, não”.

Perguntada porque o Projeto teria acabado, disse:

> “Eu acho que foi por causa da mudança de governo, de prefeito. Porque eu acho que esse aí fica com um pouco de descaso porque os outros se preocuparam de mais, né, com saúde, tudo. Esse agora, esse semestre, ele vai dar uma olhada pra cá, porque lá aonde era a família saudável mudou de diretor de tudo, lá, né?”.

Está claro que o projeto começou a descaracterizar-se e tender para o fim, com a mudança de coordenação. Parte disso é atribuído diretamente à metodologia de gestão, parte ao comprometimento com o projeto da nova coordenação e parte ao comprometimento eleitoral da própria coordenadora. A derrota do partido governista nas eleições municipais sepultou o projeto.

B.2. Institucionalização/formalização

O projeto foi formalizado logo de início através do convênio com o Unicef. O projeto se inseriu na estrutura do setor saúde e em outras instâncias da administração municipal. As instâncias de gestão do projeto estavam bem inseridas na estrutura do PACS-PSF, mesmo porque a coordenadora distrital era a mesma coordenadora do projeto. Algumas parcerias com IES também foram formalizadas. Nada disso impediu, contudo, o fim do projeto.

B.3. Participação e envolvimento da sociedade na gestão do projeto

O projeto buscou o envolvimento do conjunto da comunidade. Essa participação foi, no entanto, limitada. Parece que ela ficou restrita às funções informativa e consultiva. A participação popular na gestão colegiada do projeto ficou limitada às lideranças e aos ACSs.

Vejamos algumas falas a este respeito:

Nas palavras de uma líder comunitária:

> "Logo de princípio foi marcada uma reunião com a coordenação do Programa Família Saudável, né? E fizeram uma reunião e colocaram a questão do projeto. Como líder comunitária nós apoiamos, né?"
> "A comunidade foi chamada para saber se aceitava o projeto, porque ia mexer com as famílias, abordar certos temas da desnutrição, do álcool, né? Aí todo mundo apoiou e aconteceu".

Sobre o início do projeto, a enfermeira comentou:

> "Aí começamos a articular com a comunidade, mostrar os indicadores que a gente tinha levantado em uma assembléia da comunidade... Então, até convencê-los que a gente precisava do apoio dela também pra ver se de alguma forma teria aceitabilidade o projeto".

A ACS expôs assim a participação comunitária:

> "A gente participou, ia a várias reuniões, a gente era chamado para expor os problemas da comunidade".
> "O que a gente podia contribuir era com a nossa informação".
> "Algumas mães também, que eles chamavam, que aí elas podiam também contar o que tava acontecendo, o que foi que aconteceu também de melhoria pra elas, pros filhos delas, contar as dificuldades que elas passavam, porque o projeto melhorou foi muito meio de vida delas".

Perguntada se a comunidade participou na elaboração, na avaliação e na tomada de decisões sobre o que fazer no projeto, respondeu:"Não, quem mais participou fomos nós ACSs e equipes, pra elaborar o que fosse melhor pra comunidade, pras mães".

Apenas a visão da coordenadora do projeto destoa um pouco, afirmando uma participação maior:

> "Nós começamos a trabalhar com uma liderança e achamos que ia dar conta de toda comunidade, mas aí percebemos que quem era do lado dessa liderança ia nas atividades, mas quem era do lado da outra não ia. Então começamos a fazer uma atividade no território de uma liderança e outra no território da outra. Depois as duas começaram a fazer parte do colegiado do projeto e isso possibilitou superar problemas. Depois a gente viu que só o colegiado com as lideranças não era suficiente e procuramos fazer reuniões também com as mães, porque os pais estavam no lixão. Fizemos isso que a gente chamou de escuta mútua, né? Chamamos as mães pra discutir toda a vida delas, a gente envolvia elas".

B.4. Alcance

Por um período de 4 anos o projeto atuou efetivamente na alteração de padrões culturais, condições objetivas e hábitos de vida agravantes à saúde da população local, com foco na infância. É bastante frágil, no entanto, a manutenção do resultado dessa atuação após o seu término.

O projeto atingiu 100% da sua população alvo. O que se pode questionar era se a população alvo do projeto estava definida corretamente em uma perspectiva ética de efetividade sócio-sanitária das energias ali empregadas. Disso trataremos no tópico sobre equidade.

B.5. Capacitação

Até por sua natureza trans-setorial e interdisciplinar, com o envolvimento de IES e sua transformação em campo de estágio, o projeto teve um forte componente de capacitação. Os profissionais, os estudantes e a população estiveram envolvidos nessas atividades.

Perguntada se havia um processo de capacitação dentro do projeto, a enfermeira respondeu:

> "Com certeza, a capacitação ela fez parte durante todo o projeto, todas as palestras, as reuniões de avaliação, nós discutíamos, nós conversávamos, nós avaliávamos, nós tratávamos, nós dávamos curso do quintal vivo que era um dos projetos e era tudo dentro de um curso, de oficinas ...".

B.6. Avaliação

O projeto, com a primeira coordenadora, tinha uma metodologia regular de avaliação participativa, problematizadora, de forma colegiada.

Essa avaliação baseava-se em aspectos quantitativos, obtidos principalmente a partir do SIAB e em aspectos qualitativos, baseados na vivência dos diversos atores.

No curso do projeto foi tentada a constituição de um banco de dados próprio, que incorporasse dados ausentes do SIAB e desse maior sistematização aos aspectos qualitativos da avaliação.

Alguns dos atores se manifestaram quanto aos critérios e indicadores para a avaliação de aspectos 'subjetivos'.

Questionada sobre a metodologia para avaliação de mudanças classificadas como qualitativas ou subjetivas, como, por exemplo, as competências familiares ou integração social, a coordenadora respondeu:

> "Era um pouco baseado naquele material da Unicef, que tá sendo aplicado agora sobre competências familiares. A gente vai avaliar as práticas e o comportamento das mães no cuidado com as crianças, se diminui encaminhamento por violência doméstica, se o pai tá mais presente na consulta...".

Já a enfermeira, ao ser perguntada se conseguiram avaliar a ampliação da auto-estima e a ampliação da solidariedade na comunidade, se conseguiram medir ou usar indicadores para isso, respondeu:

> "Não, eu acho que a gente não chegou a utilizar esses indicadores, nós medimos através mesmo da nossa percepção, das nossas avaliações".

A pediatra se expressou em termos similares:

> "Para isso aí a gente utilizou a metodologia de anamnese, de questionários, de participação de representantes em seminários".

Pode-se concluir que, até o final de 2003, havia avaliação regular, dentro do colegiado do projeto, e que essa avaliação era chave para a dinâmica do projeto. Foi

tentado um protocolo próprio de sistematização das informações, mas esse não chegou a ser implantado efetivamente.

B.7. Sustentabilidade financeira

O projeto conseguiu uma razoável segurança financeira através das múltiplas parcerias. Primeiramente o financiamento do Unicef permitiu o pagamento de bolsas para estágio e isto foi de interesse das IES, posteriormente o financiamento pelo Unicef terminou e as próprias IES deram continuidade ao programa de estágios, enquanto diversas secretarias da prefeitura também se comprometiam com o projeto.

Essa era uma preocupação presente na condução do projeto. Veja-se o que sobre isto diz a enfermeira:

> "A coordenadora tinha uma preocupação muito grande que quando acabasse a parceria com o Unicef o projeto continuasse, nós tivemos um seminário e conseguimos fechar com a Secretaria de Saúde e a Secretaria de Educação que entrou depois na segunda etapa do projeto, com Secretaria de Abastecimento, com Águas e Esgoto, isso ai também depois passou a fazer parte do projeto".

B.8. Processo de comunicação

O processo de comunicação do projeto estava inteiramente vinculado às reuniões de avaliação e planejamento e às atividades individuais e coletivas do projeto.

B.9.Prestação de contas

Do mesmo modo que o processo de comunicação, a prestação de contas do projeto se dava no interior da metodologia de avaliação e planejamento. Ela teve influências nas decisões de financiamento do projeto.

Veja-se esse exemplo, relatado pela enfermeira:

> "A partir dessa avaliação a Unicef tirou o apoio de algumas coisas, porque ela também financiava o Quintais Vivos, ele teve uma avaliação meio negativa. Também o Plantas Medicinais, não cresceu".

Não há, contudo, relato de prestação de contas diretamente para a comunidade.

C. Categorias de Conteúdo

C.1. Integralidade e humanização no cuidado

Creio estar claro, já pela descrição do projeto, que a integralidade do cuidado e a sua humanização foram desenvolvidos em seu curso. Mais do que isto, no tocante ao cuidado com as crianças, pode-se mesmo dizer que a integralidade e a humanização estiveram no centro da atuação.

Veja-se o relato da pediatra:

> "As nossas consultas na área da pediatria tinham um objetivo muito mais amplo do que verificar o desenvolvimento das crianças, não apenas para a parte orgânica dos sinais e sintomas e do exame laboratorial, mas a gente tava preocupada em ver o que tava acontecendo com o desenvolvimento desta criança, qual seria o lugar desta criança nessa família. A gente conseguiu fazer essa articulação através de reuniões semanais, com a nutricionista, enfermeira, psicólogo, fonoaudiólogo e os outros profissionais. A gente discutia e o que a gente não conseguia contornar a gente solicitava parceria. A odontologia no início não tinha, depois a gente conseguiu parceria com uma universidade particular. À medida que as necessidades iam surgindo a gente ia buscando parceiros".

Pode-se questionar se estas práticas se estenderam a outras áreas da atenção, se abrangeram outras necessidades. A resposta é, no princípio e no desenvolvimento do projeto, positiva. Positiva porque o projeto proveu acesso a clínico na própria comunidade e porque integrou-se com atividades para os adolescentes e desenvolveu atividades culturais e de educação em saúde específicas para eles. Mas é claro que havia uma limitação neste sentido. O maior volume de energias estava dirigido para a atenção à criança.

C.2. Educação Popular em Saúde, Mudança de Estilo de Vida e Incentivo às Ações e Comportamentos Saudáveis

Um dos focos do projeto era certamente o de mudança de estilo de vida. Aqui não dirigida ao que geralmente se considera sob esse título, não ao risco cardiovascular e ao risco de neoplasias, mas sim ao risco nutricional e infeccioso. Foram buscadas e conseguidas, entre outras, mudanças na amamentação, alimentação, higiene, vacinação e outros cuidados com os filhos, nas relações sexuais, na prevenção de câncer de colo uterino, na limpeza ambiental. A estratégia central para isto foi a educação popular em saúde.

Duas questões se põem aqui, uma é aquela dos limites sociais a estas mudanças e outra aquela do respeito à diversidade cultural nesse processo.

As duas questões se apresentam nas falas colhidas. Vejamos:

Pediatra:

> “O objetivo não foi a gente chegar e impor o nosso modo de vida àquelas pessoas, mas o que a gente poderia contribuir considerando a própria realidade de vida daquela comunidade.
> “A gente dava orientação sobre hábitos de higiene numa comunidade que não tinha rede de esgoto, água tratada que trabalhava o dia todo catando lixo, quer dizer, a gente falava pra eles que deviam andar calçados, tomar banho, cortar as unhas, escovar os dentes, para uma comunidade que não tinha uma mínima renda fixa, que era acostumado a sair para catar lixo e deixar o filho maior cuidando dos menores e que não tinha ninguém que direcionasse isso”.
> “A gente teve muito trabalho de orientação, de escuta, para fazer estas pessoas compreenderem a importância da mudança de alguns hábitos, para contribuir para a melhoria da saúde”.

Quando interrogada se ainda assim obtiveram resultados, ela afirmou:

> “Foi muito gratificante, sabe por que? Apesar de toda a dificuldade a gente viu que houve muita mudança de atitude. Muitas crianças iam para a consulta sujas, sem tomar banho, depois elas pararam de ir, com aquelas roupinhas simples, mas limpinhos. As mães começaram a participar das atividades, das consultas dos atendimentos, das oficinas, nas palestras informativas, na escola, nas reuniões. A gente viu que eles começaram a perceber a importância da presença dessa equipe.”
> “E nas visitas a gente percebia a mudança de atitude, de hábitos em relação ao que eles tinham antes, o que eles tinham é pouco, mas aquele pouco eles podiam melhorar, a limpeza, a higiene, melhorar o aproveitamento dos alimentos. Então tudo isto a gente viu acontecer”.
> “A gente constatou essa melhora, tinha muitas mães que não amamentavam seus filhos naquela época. Nos relatórios a gente constatou essa melhora. A mãe não tinha muito, mas o pouco que tinha ela, quando ela foi orientada, ela melhorou a forma de preparar alimentos, hábito, atitude, essa criança começou a ganhar peso”.

Agente comunitária de saúde:

> “Olha, aqui a gente enfrenta dificuldade pra passar orientação, porque assim como a maioria aqui trabalha no aterro, né, tem dificuldade pra organizar a sua casinha, a gente tenta assim orientar de uma forma que não vai ofender, sabe? Como eles têm que deixar a casinha deles, o quintal deles, o lixo que eles acumulam muito no quintal e dentro da casa. Eu te digo que de 2000 pra cá algumas casas melhoraram, mas tem outras que dizem – ‘né tu que vai me dá’ – Aí eu digo, não digo pra deixarem o trabalho, mas que melhorassem na casinha deles, né? Mas deixa a desejar, né? E eu digo, meu deus, como é que eu vou fazer pra que essa pessoa mude, porque o ser humano é difícil de trabalhar com ele, né?”

Coordenadora:

> “Os indicadores foram todos reduzindo. Nós começamos a fazer um trabalho muito intenso, indo de casa em casa, fazendo vigilância do desenvolvimento da criança, em cada casa vendo a situação de pobreza ou mesmo de impossibilidade que a família tinha. No começo foi muito difícil para a equipe porque – pensa na realidade dessa família vivendo no lixo, né? O cotidiano dela é totalmente diferente do que se estava acostumado a vivenciar, as casas, o ambiente das casas... Então a equipe tinha dificuldade de fazer uma intervenção que não entrasse em choque com o saber e as práticas das famílias. Então a primeira coisa que começamos a fazer foi avaliar e discutir isso com a equipe e respeitar os saberes e práticas das famílias”

Perguntada sobre como lidar com os saberes e práticas que justamente se quer modificar, respondeu:

> "A equipe começou a se apresentar no ambiente das famílias pra tentar introduzir algumas outras práticas diferentes daquelas que elas estavam habituadas. Em vez de ir lá dar palestra sobre higiene, foi pra dentro das casas, mostrar como é que pode ser o cuidado com a alimentação das crianças, aproveitamento de alimentos, frutas etc.".

Sabe-se das limitações que as atividades de educação em saúde para as mudanças de comportamento com relação à saúde têm em quaisquer circunstâncias e ainda mais naquelas da comunidade em questão. Apesar disso, pode-se concluir que a atuação do projeto conseguiu desenvolver, a um tempo, o respeito para com a comunidade – fundamental na perspectiva de sua autonomização - e alguma eficácia na modificação de comportamentos de risco que estivessem ao alcance daquelas pessoas modificar.

Veja-se essa fala de uma das líderes comunitárias:

> "O que o projeto trouxe de bom é assim, levantou a auto-estima de muita gente aqui. É assim, a gente conversa com muita gente aqui, eles dizem que o lixão é o ponto de parada pra eles porque quem vai pro aterro é o ponto final, eles acham que não tem mais solução, porque não tem mais como conseguir outro emprego... Mas, levantou a auto-estima dessas pessoas porque elas começaram a se vestir melhor, a cuidar mais de seus filhos, dar banho até 3 vezes ao dia... Só que agora voltou tudo pro buraco, né? Agora ninguém consegue se mexer".

A última frase expressa com veemência a fragilidade da intervenção nesta área, dada a persistência das condições culturais e materiais que implicam nos comportamentos de risco.

C.3. Atuação Social

Uma das formas de desenvolvimento do projeto foi atuar fomentando, incentivando e liderando as forças da comunidade na superação das condições de adversidade em que se encontravam.

Dentro do projeto foram desenvolvidas atividades visando a geração de renda e alimentação alternativas.

A atuação do projeto é diretamente relacionada à implantação de anexo escolar para atendimento de pré-escolares na comunidade.

Além disso, no curso do projeto foram realizadas mobilizações sociais para a manutenção do horário de ônibus e para a coleta de lixo na comunidade.

Por fim, de dentro do projeto surgiu e se elaborou a proposta de criação de uma creche.

Aqui a questão dos limites sociais deste tipo de intervenção fica mais aguda. A eficácia de atividades geradoras de renda do tipo artesanato e similares, por exemplo, é certamente muito baixa, diante das determinações sistêmicas como a taxa de desemprego, a distribuição da renda social, a renda social mínima etc..

A abordagem dessa questão mais ampla junto a essa população agredida é muito difícil, tanto prática como emocionalmente.

Questionada sobre como abordavam a questão social mais ampla que envolvia toda a vida daquelas pessoas e limitava as ações do projeto, a coordenadora disse:

> "Nós chegamos a fazer alguns encontros sobre isso. Foi muito difícil trabalhar isso porque mexe com as dores, né? Mexe com a auto-estima, né, a impossibilidade de alteração da realidade, né? Incomodava muito mexer nessas coisas sem um suporte pra mudar a realidade. Não sei nem se a gente conseguiu dar conta disso, as pessoas choravam, né, todo mundo fica muito sensibilizado, né? Mas de qualquer forma tinha o Projeto de Bio-remediação que de alguma forma nos dava essa possibilidade".

C.4. Participação Popular

A participação popular esteve no horizonte prático do projeto, de fato as diversas formas de atuação e as 'conquistas' sociais acima relatadas foram feitas por participação conjunta da comunidade e dos profissionais do projeto, ou só da comunidade, mas sempre com o incentivo dos profissionais do projeto. Contudo, o que se realizou nesta área é ambíguo na visão de vários dos atores entrevistados.

Vejamos o que diz o relato de alguns deles a este respeito:

Líder comunitária:

> "O projeto ajudou muito porque antes a gente não tinha aquele incentivo, porque vou bater na porta de um vereador, na porta de um deputado, porque ele prometeu fazer isso aqui, a gente tinha aquele medo, hoje em dia não, vamos na porta do vereador porque ele se elegeu aqui na nossa comunidade, pediu voto. Então as pessoas perderam o medo, acho que perderam a vergonha também, de lutar por seus direitos. Olha a questão do transporte, vou dar o exemplo. O ônibus parava às 9 hs. da manhã e entrava às 3 da tarde, mas as crianças que estudam no horário intermediário têm que pegar ônibus à 1 da tarde. Aí fomos a mulherada pra frente do colégio e botamos uns pneus e galhos e tocamos fogo, prendemos o ônibus. Eu sei que não é a melhor maneira de fazer, mas foi um meio que nós conseguimos de chamar a atenção do empresário. Aí ele nos chamou pra uma reunião. Hoje o ônibus tá funcionando normal. A enfermeira, ela sempre dizia pra mim: 'você não tenha medo de lutar, de abrir a boca e dizer o que você tem pra dizer, porque tenho certeza que ninguém vai mandar você calar, porque nós vivemos num país livre, você tem o direito de lutar pelos seus ideais e principalmente pela melhoria da qualidade de vida dos seus filhos, das crianças'. Isso ela sempre me incentivou e isso eu sempre agradeço a ela".
> "Nós criamos ânimo, fomos à luta e conseguimos muitas coisas. A rua, o carro não entrava. Aí nos reunimos e colocamos a questão e olha, já tão ajeitando lá. O colégio,

> conseguimos através da luta e com o apoio da equipe do projeto, conseguimos uma escolinha de educação infantil, porque nossas crianças de 4 a 6 anos não têm condições de andarem 3 Km para ir à escola. Então ficou a escolinha aí, minha filha que tem 6 anos vai e não acontece nada, porque todo mundo se conhece. Já está se preparando pra ir pro ensino fundamental mais tarde, né?"

Perguntada se a população não se mobilizou contra o fim do projeto, respondeu:

> "Nós tentamos fazer isso, inclusive eu e uma equipe de 12 mães que se interessaram em procurar a coordenadora do Projeto, mas nunca conseguimos encontrar ela no escritório dela, ligava pro celular dela e não conseguia falar com ela. E o escritório onde funcionou o projeto está fechado desde dezembro e nós não tivemos notícia nenhuma".

Por fim, sobre a situação após o término do projeto, relatou:

> "Hoje desmobilizou muito, desmobilizou mesmo. Muita gente que tinha garra tá sem saber o que fazer, inclusive eu, to me sentindo acuada".

Coordenadora:

> "Acho que a comunidade se tornou mais ativa. Eles começaram a demandar também junto ao orçamento participativo. A escola que hoje tá funcionando, uma demanda exatamente deles".
> "Mas a comunidade ainda estava muito tutelada pelo projeto. Uma pena que parou, porque estava em caminho para superar isso, precisava de mais tempo, precisava ser mais amadurecido. Um exemplo é o novo projeto da creche. Eles participaram ativamente do projeto. Isso foi muito legal, eu até me surpreendi".
> "Teve também a mobilização por causa do horário de ônibus e para a coleta de lixo. Isso foi inteiramente uma demanda deles. Então eles começaram a demandar coisas".

Perguntada se o projeto tinha uma metodologia para capacitação da comunidade pra participação, afirmou:

> "Não trabalhávamos assim. O que a gente fazia era, por exemplo, a gente achava que era uma falha o Projeto não ter a adesão das mães, elas faltavam às atividades. Aí fomos buscar a causa e vimos que o horário era ruim pra elas, então fomos procurar um horário que elas pudessem".

Enfermeira:

> "Na verdade, eu vou te ser sincera, eu acho que a comunidade, ao fim do Projeto, ainda não tinha percebido como um todo assim o nível que era esse Projeto. Eles conseguiram uma grande participação eu diria que assim 50% mas eles ainda não deram um salto que a gente gostaria... Tanto que a participação popular foi uma das maiores dificuldades para a gente".

Quando interrogada se a participação popular era vista como uma necessidade da própria existência do projeto como elemento conceitual dele, ou como uma condição para a sustentação do projeto, respondeu:

> “Quando nós começamos com a participação popular era um dado real para que a gente pudesse deslanchar mais ainda no projeto, alcançar mais ainda os indicadores, porque no início as mães não participavam, faltavam às consultas, não iam às oficinas”.

Perguntada sobre a reação da comunidade ao fim do projeto, ela disse:

> “Eu acho que eles não tiveram pra quem procurar mais, entendeu, foi desmobilizando aos poucos, foi desmobilizando a coordenação, depois a mudança de governo, né, eu acho que eles ficaram desnorteados sem saber naquele momento a quem procurar”.

Outra líder comunitária:

Perguntada se como líder comunitária foi chamada a participar das decisões no projeto, se a consultaram sobre o que seria mais importante a ser feito, respondeu:

> “Não, assim, não me perguntavam o que era mais importante”.
> Perguntada sobre como foi a participação da comunidade no projeto, afirmou:
> “A comunidade ficou um pouco alheia, né? Depois eles começaram a se chegar com eles, eu o que eu pude... o que eu participei eu gostei”.

Nota-se nessas falas, em primeiro lugar, uma ambiguidade de definição conceitual. Alguns atores entendem participação popular apenas como a presença da população nas atividades do projeto. Mas, à parte essa questão menor, devemos considerar que a mobilização social, a participação popular para a promoção da saúde, o seu envolvimento ativo no próprio direcionamente do projeto e a sua mobilização para a intervenção sobre os condicionantes sociais de sua saúde, não foi concebida com a dimensão estratégica que tem para a promoção da saúde.

C.5. Autonomia

O projeto teve um claro foco na perspectiva de autonomia daquelas pessoas e da comunidade como um todo. O projeto, seja por seus fins, como por seus métodos, contribuiu para aumentar as capacidades de atuação daquelas pessoas sobre alguns dos determinantes de sua própria existência, ampliando-lhes as possibilidades de auto-realização. Fica claro também que um mecanismo central para tanto, nas condições da comunidade de Santana do Aurá, foi o resgate da auto-estima daquelas pessoas. Tudo isto, contudo, sempre muito circunscrito e ameaçado pelas já referidas adversidades contra aquela população.

Em primeiro lugar, o projeto, seguramente contribuiu para a melhoria do cuidado das famílias para com suas crianças, assim como para o auto-cuidado.

Vejamos alguns relatos:

Enfermeira:

> “Eles viram que mesmo sendo moradores de uma área desfavorecida, eles têm valor, eles são capazes, mesmo com as dificuldades, de melhorar sua qualidade de vida”
> “Porque o projeto não era só voltado para a área de saúde, ele tinha participação em relação a lazer, cultura. Mesmo o projeto tendo sido encerrado em 2004, ficou um fruto aí. Adolescentes que achavam que a vida deles não tinha rumo, eles começaram a ver que eles podiam estudar e desenvolver atividades dentro da comunidade”.
> “Eu ouvi de algumas pessoas que passaram a acreditar mais na vida, melhoraram o auto-conceito e a auto-estima, passaram a cuidar mais dos filhos”.

Agente comunitária de saúde:

Perguntada se as mães que melhoraram os cuidados com os seus filhos mantiveram isto depois que o projeto acabou, respondeu:

> “Olha, te digo que tem mães aqui que têm a capacidade e as pessoas, as mulheres, que não eram mães, hoje elas tão tendo. Elas viam como acontecia, acompanhavam as vizinhas até lá na sala de atendimento, e elas viam como a Dra. explicava tudinho as coisas... Então elas tão tendo os filhinhos delas agora, mas eu quero que tu vejas as coisas lindas que elas cuidam direitinho”.

Afirma que ela própria aumentou muito seus conhecimentos e capacidades de cuidado durante o projeto.

Líder comunitária: perguntada se acredita que daqui para frente, mesmo com o fim do projeto as mães estão mais capacitadas a cuidarem de seus filhos, se vai haver menos desnutrição e morte, afirmou:

> “Isso vai melhorar, né, porque ela já teve bastante estudo, né? Elas conversaram, explicaram tudo... Mas tem mãe que é jovem, você sabe como é, então tem que tá sempre em cima daquelas mães, né?”

Moradora: perguntada sobre como foi sua experiência com o PDI, respondeu: “Bom, né, porque quando eu tive um filho eu era muito nova aí eles ensinaram a cuidar do filho”.

Relata orientações quanto à vacinação e alimentação (horários etc), amamentação: “aprendi tudo com eles”.

Perguntada se se sente mais segura agora com relação a esses cuidados, ela disse: “Me sinto”.

Por outro lado, quanto à autonomia ou empowerment social, como vimos no tópico anterior, mudanças são reconhecidas, mas com maior contradição e fragilidade.

Vejamos algumas falas a esse respeito:

Quando perguntada se a capacidade da comunidade, em geral, de atuar em prol de seus interesses aumentou, a agente comunitária de saúde, afirmou: “Ah, com certeza”. “Olha, contanto que tenha uma pessoa de fé mesmo e que força o povo a lutar, ir pra frente, eles vão”

Pergunta: Mas ainda precisa de liderança externa?: “Precisa”

Pergunta: De dentro nunca se consegue uma força não? “Não, aqui dentro não”.

Perguntada se do ponto de vista dessa capacidade de lutar e de agir em conjunto o projeto não tinha deixado um resultado duradouro, se não tinha criado uma raiz nesse sentido, respondeu:

> “Olha, pra te dizer a verdade, acho meio muito difícil, assim, a gente tentar mudar o pensamento do povo aqui, apesar de que veio muita ajuda pra eles, muita mesmo”.
> “Porque elas pra mim, acho que o meio de vida que elas têm, porque não é possível que vem pra cá com vários cursos, projetos, e a pessoa não queira lutar pelo que aprendeu, e depois a desunião aqui é muito grande, pra te dizer a verdade”.

Perguntada sobre a participação da comunidade na conquista de alguns serviços, como a manutenção do ônibus, o anexo escolar e a coleta de lixo, que ocorreu no período do projeto, respondeu:

> “Olha, eu te digo que a maioria das coisas aqui para conseguir assim é meio difícil que a comunidade participe, não sei, não consigo entender até hoje porque a comunidade não participa de uma coisa que é pra eles”.

Enfermeira:

> “Assim que essa comunidade se viu percebida, vista, ela também começou a querer ajudar a melhorar a sua vida”
> “No começo do Projeto a gente cuidava muito da comunidade, cuidava, cuidava, né? Depois nós começamos a perceber que a comunidade tava melhorando, tava participando, então a gente queria ir tirando aos poucos. Nós já começamos a fazer o preventivo na Unidade, que antes a gente fazia lá na comunidade, mas teve uma preparação antes”.

Líder comunitária:

Perguntada se em termos de organização e de capacidade para buscar seus interesses o projeto trouxe alguma contribuição para a comunidade, respondeu: “Eu acho que sim, né? Com certeza, porque o pessoal não se unia direito, aí que teve aquelas palestras, aí que fomos, aí que as pessoas se desinibiram”.

Refere a escola infantil como uma conquista vinculada ao projeto e à Bio-remediação, com mobilização da comunidade.

Refere também a mobilização para barrar a redução dos horários de ônibus, que teve sucesso parcial, em que novamente o projeto teve importância.

Moradora:

Perguntada se sente que o Projeto melhorou a vontade de viver, de lutar, respondeu: “Sinto, né, melhorar, levantar a cabeça e seguir para frente”.

Pode-se concluir que o projeto trouxe resultados significativos em termos de empoderamento e apoderamento por parte de indivíduos e da comunidade em geral. Contudo, as próprias falas dos diversos atores testemunham os limites e as fragilidades desses resultados, em função das adversidades já apontadas, mas também em função do projeto tutelar e prover recursos para a comunidade ao mesmo tempo que incentivava a participação popular ativa e procurava atuar com a comunidade ativamente participante. Creio que essa seja uma dificuldade comum nos projetos do setor saúde para a promoção da saúde.

C.6. Equidade

O PDI tinha como população alvo toda uma comunidade em risco, ou antes, e muito mais, sob constante agressão social, na forma do isolamento (físico e cultural), da baixa renda e da dificuldade ou impossibilidade de acesso aos bens e serviços mais básicos para a reprodução da vida humana num padrão mínimo de dignidade.

Então, é claro que ele atendia, à primeira vista, ao critério da equidade que o conceito de promoção da saúde porta. Mas, se olhamos um pouco mais amplamente, talvez a perspectiva da equidade deva ser aqui problematizada. Ora, outras comunidades ali tinham carências próximas ou iguais àquelas de Santana do Aurá. A não extensão do projeto a estas áreas, dentro do próprio território da equipe de Águas Lindas, pode ser considerada uma iniqüidade. A resposta a esta questão, queiramos ou não, só pode ser dada pela equação de custo-efetividade. No caso, deve-se perguntar se as energias investidas exclusivamente sobre a comunidade de Santana do Aurá, estariam justificadas eticamente, diante das necessidades das outras comunidades e do possível benefício que a distribuição de parcelas destes recursos entre estas comunidades poderia representar.

Acompanhemos alguns depoimentos para considerar esta questão:

Pediatra:

> “Esse projeto deveria se tornar num programa permanente para a assistência não só em Santana”

> “Foi inclusive criada a expectativa na comunidade de que esse projeto se tornasse um programa geral da assistência na prefeitura”.

Questionada sobre a limitação do projeto a Santana do Aurá, quando outras comunidades da área do PACS eram tão carentes quanto ela, afirmou:

> “Acho que isso aí é uma questão de priorização política, uma questão de uma decisão política e administrativa, né? Acho que isso aí foge até à minha dimensão de atuação, eu percebo que vai muito além”.

Técnico de enfermagem:

Perguntado se as outras comunidades carentes da área do PACS não se mobilizaram para ter os mesmos recursos disponibilizados para Santana do Aurá, respondeu:

> “Houve, mas a gente ainda tava vendo algumas coisas no Aurá, para gente deixar o Aurá, mesmo para centralizar o Aurá para depois jogar para outras áreas”.

E atribui às mudanças de coordenação a não realização dessa extensão, ainda que fosse anseio da comunidade e da equipe. Em seu juízo, havia até mesmo uma sensação de injustiça da população de outras áreas.

Por fim, quanto ao fato do projeto não ser estendido para outras áreas, conclui:

> “Eu acho que é falta de recurso porque tinha que ter parcerias com as universidades, aí tinha pessoas que ainda tavam fazendo faculdade e ganhavam bolsas ... Mas acho que foi falta de recurso mesmo, porque se tivesse recurso ia acontecer nas outras áreas”.

Líder comunitária:

Questionada se não achava injusto que outras comunidades da mesma área do PACS não tivessem a mesma atenção que Santana do Aurá recebia, afirmou: “Eu sempre achei injusto, né?”

E citava como exemplo a comunidade da área da Várzea que era tão ou mais desassistida que aquela de Santana.

Ao ser perguntada porque o projeto não foi estendido para estas outras comunidades, respondeu:

> “Acho que foi por falta de consciência da coordenação porque sempre a gente colocava a questão de estender um pouco mais porque tinha condição de fazer isso, já que era em parceria com a UNICEF, prefeitura e várias secretarias”.

Agente comunitária de saúde:

> “No início muita gente (da equipe de ACSs do PACS) ficou com ciúmes: ‘porque o projeto vai só pra lá, porque não vem pra cá também’, eles pensaram que era uma coisa fácil, né, mas depois: ‘ainda bem que ficou lá esse projeto, porque dá muito trabalho’”.

Coordenadora:

> “Agora, lá tiveram algumas oportunidades, porque recebemos financiamento do Unicef, com os parceiros conseguimos bolsas, conseguimos estudantes, então isso deu personalidade para o projeto. Agora também junto com o Unicef a gente tava discutindo a expansão, tanto que fizemos um curso para os agentes de todas as áreas”.
> “Essa idéia de parcerias com as Universidades já foi acontecendo em outros locais; em outros distritos, até”.
> “Essa experiência fomentou o desenvolvimento de outras, através das reuniões de coordenações distritais”.
> “Inicialmente não pensamos em ampliar o projeto pras outras áreas. Eram muitas atividades e o Projeto demandava um esforço muito grande. Mas isso era uma reivindicação geral e tinham conflitos na equipe, era colocado na reunião e a gente tava sempre discutindo no sentido de que isto ia ser disponibilizado. Na verdade algumas áreas já tinham começado as atividades, não com a intensidade do projeto. E algumas parcerias já estavam sendo feitas pra lá, pra hipertensos e planejamento familiar, problemas que outras áreas traziam”.

Enfermeira:

Perguntada se não havia um incômodo pelo projeto se concentrar apenas na área de Santana do Aurá, respondeu:

> “Ah, com certeza, nós éramos cobrados com relação a isso pelos próprios agentes comunitários das outras áreas. Inclusive houve momentos que nos dedicávamos tanto, vou dizer assim, eu me dedicava tanto ao Aurá que muitas das vezes eles tinham que me puxar um pouquinho assim, agora vem cá, você tem adolescente envolvido com drogas, eu tenho muitas mães adolescentes... Nós tínhamos uma comunidade ribeirinha que faz parte de Águas Lindas, lá a gente só ia uma vez no mês, que a gente ia de barco ...”.
> “No mínimo lá Águas Lindas tinha que ter umas 3 equipes de Saúde da Família, 3 equipes completas”.
> “O projeto do Aurá abriu um leque para outros projetos ele foi um espelho, um modelo para que outros projetos depois pudessem vir. Isso foi até cobrado pelos agentes comunitários, que o Aurá seria um modelo para que outros projetos viessem em outras áreas”.

Vê-se que o envolvimento inclusive emocional, ou existencial, dos diversos profissionais com o projeto o justificava plenamente ante seus olhos. A questão da equidade para com outras comunidades surgiu frequentemente, mas não foi abordada diretamente. Esperava-se, ao que tudo indica, a extensão do projeto por sua adoção como uma estratégia da Secretaria Municipal de Saúde. Já a questão mais dura e abstrata do custo-efetividade destas atividades, que deve ser um componente ineliminável do juízo ético da equidade, não foi considerada pela equipe do projeto.

C.7. Intersetorialidade

O projeto, em sua essência mesma implicou em alguma intersetorialidade. Mas se o vemos um pouco mais criticamente, podemos dizer que a estratégia intersetorial foi marginal e que o projeto consistiu, muito mais, em atuações interdisciplinares dentro do setor saúde, voltadas para o desenvolvimento infantil.

C.8. Reflexão sobre a Prática e Conteúdo Teórico

Visão de atuação em saúde dos profissionais

Está patente que o projeto alterou a visão de mundo e de atuação para a saúde dos profissionais envolvidos. Essa modificação sem dúvida foi no sentido do reconhecimento dos determinantes psico-sociais sobre a saúde das pessoas, assim como na qualificação dos profissionais para atuarem nesse sentido.

É o que se vê claramente nas seguintes falas de alguns dos profissionais envolvidos:

Técnico de enfermagem:

> "Mudou bastante, no sentido assim de a pessoa ser até mais humana, porque é muita carência ali. Tinha gente que dizia 'Égua, aqui parece outro mundo'. É como se fosse uma área isolada que ninguém sabia nada. Todo mundo viu naquela área uma carência muito grande e começaram a ser solidário e humilde àquela comunidade, todo mundo começou a se dedicar ao máximo".

Coordenadora:

Perguntada se houve modificação na visão da equipe do PACS em relação à atuação em saúde, respondeu:

> "Ah, sim. Eles não ficaram mais preocupados apenas em ir lá saber se a vacina tava em dia, né, se a criança tava com peso normal, se a criança foi para a consulta. Não era mais essa a dimensão. Era pensar como a família tava vivendo ali dentro, né, o que ela precisava como é que ela poderia se organizar para participar dos encontros do Orçamento Participativo, dos Congressos".
> "Os próprios agentes participavam mais destas atividades, do Congresso da Juventude, viajavam com a gente, representando o PACS. Mas acho que isto não foi só o Projeto, foi, na verdade o modelo de gestão, do espaço de debate, de discussão".

Enfermeira:

Perguntada se sua visão sobre a atuação em saúde mudou, ela disse:

> "Mudou tanto que a própria estratégia de saúde da família se abriu pra mim. Uma das coisas que achei fundamental foi a participação da comunidade"

> “Hoje se eu vejo que a minha equipe de saúde da família só se preocupa em marcar consulta, eu fico desesperada”
> “A gente acabou percebendo que a saúde, ela vai muito além, ela vai pra lazer, e vai pra auto-estima, né? O nosso olhar naquela comunidade, eu acho que já modificou muito a saúde daquelas pessoas. Só o olhar. Só a nossa chegada, só alguém chegar e dizer, Santana do Aurá existe, né? Então eu vejo assim realmente que a gente percebeu o ser humano como um todo e envolveu esse ser humano no nosso trabalho, no nosso dia a dia. Trazer, né ... as pessoas pra perto... só ouvir, só conversar”.
> “Hoje a gente não pode ser só assistencialista. A gente tem que ser especialista, mas a gente tem que ser política, não política partidária, mas política em termos de tá com a comunidade, eu acho que isso também é saúde. Eu vejo assim completamente diferente do que antes do projeto”.
> “Porque você adoece também de auto-estima, você adoece de abandono, eu acho que a maior doença de Santana do Aurá, além da desnutrição era o abandono”.
> “Mudou a visão de vida de toda a equipe”.

Como já dito anteriormente, a coordenadora tinha uma visão geral de saúde pública que esteve presente em todo o projeto. Essa concepção se conjuga com a própria concepção da Estratégia de Saúde da Família. Ao que parece essa concepção foi muito relevante para a mudança de conceitos da equipe envolvida:

Vejamos como ela se manifestou em sua entrevista

Perguntada se acredita na expansão ou mesmo na continuidade da Estratégia de Saúde da Família caso ela não adote linhas como as esboçadas no PDI, afirmou:

> “Sabe o que vai acontecer se não tomar um rumo desses. Vai virar Posto de Saúde.
> Tem que ter 3 ações. Primeiro, Nas Universidades, na formação desses profissionais. Como no projeto, levar as pessoas pra aprender fazendo, entendeu? Senão fica com uma visão estanque e tecnicista da saúde. Segundo é criar um processo de trabalho que permita esse processo de discussão e avaliação, planejamento.Terceiro, trabalhando direto com a comunidade, sabe, nessa perspectiva de promoção, da participação popular. Se cria dispositivos dentro da comunidade que ela pode se apoderar disso mesmo, de saber como cuidar de sua saúde. A comunidade tem que ser co-partícipe da construção desse processo de saúde”.

Perguntada sobre como desenvolver essa estratégia de saúde da família quando em Belém as equipes de PSF trabalhavam com uma população de 5 a 6 mil habitantes, respondeu: “Não dá, não dá, é impossível”.

Interrogada porque o PSF não foi massivamente implantado em Belém, mas apenas atingindo a cobertura de menos que 25%, respondeu:

> “Tinha um modelo infelizmente, né, de que a assistência de urgência e emergência acabava sendo priorizada. Belém atende todo o estado do Pará, então isso era uma coisa que estrangulava totalmente a rede. Isso criava uma demanda imensa, então acabavam sendo priorizados os recursos para urgência e emergência. Então a atenção básica, que é uma coisa que dá pouca visibilidade, digamos assim, nossos investimentos eram ainda insuficientes e continua assim a lógica perversa da saúde”.

Visão da atuação em saúde por parte da população

Quanto à população, no entanto, estas mudanças aparecem menos e menores em seu relato. Efetivamente, as demandas ao setor parecem sempre concentradas na questão do acesso ao serviço, especialmente ao serviço médico. O próprio projeto é muito identificado com a oferta desses serviços. Veja-se as declarações seguintes.

Moradora, falando sobre o PACS:

> "Eu acho que é importante, visitar as casas, né? Agora o agente de saúde que tinha, eles pararam um pouco, né? Não sei porque, o que aconteceu, eles deixaram de passar, né, mas esse daí era muito importante, eles pegavam já marcavam a ficha até mesmo para mim que já tenho 65 anos, né, e também pras crianças eles marcavam"

Perguntada se além de marcar consulta os agentes faziam mais alguma coisa, respondeu: "Não, depois disso daí de marcar consulta, eles não eram pessoa para andar assim mesmo, visitar constante, era bom mesmo só pra marcar consulta".

Líder comunitária:

Questionada sobre a importância do PACS, afirmou:

> "Acho que é bom porque acho que dá aquele apoio para o pessoal todo né? Porque aqui a gente vivia como se houvesse distância de tudo. Tudo aqui é dificultoso, qualquer socorro é difícil, as Unidades ficam a Km e Km daqui, a gente vai se arriscando nossa vida".

Sobre o projeto:

> "Olha, o que o pessoal fez aqui era consulta aqui na área mesma, né? Além disso era curso profissionalizante que também teve. Fazia consulta de preventivo, media a pressão. Faziam palestras pros jovens, faziam gincanas pro jovem tudo, vendo sobre o risco de saúde das doenças, sobre o risco sexual, né? Eles davam muito em cima das moças pra elas terem cuidado com os filhos, com a higiene, com a mamadeira, dava aquelas aulas de higiene pras moças, pras mães, dava palestra no dia de sábado, no PET".

Agente comunitária de saúde:

Perguntada sobre o que seria mais importante pra melhoria da saúde daquela população, respondeu: "Saneamento básico e uma Unidade de Saúde, porque muita gente se acidenta no aterro".

Em seu testemunho sobre a continuidade do trabalho após o projeto, afirmou:

> "E, agora que ele acabou, ficou uma lacuna, pois não tem mais as consultas e medicamentos pra comunidade, que questiona: 'Olha, cadê a médica pro meu filho? Não ta vindo, o que aconteceu? Cadê a minha agente que marcava pra mim?' Ao que responde: "Eu ainda tento facilitar, pra marcar lá na Unidade, mas aí é longe, eu tento

> facilitar, vamo lá que eu converso, `bora lá que eu tô esperando pra marcar pra vocês. Assim que tô fazendo".

Moradora:

> "
> Ah, eu achava que era muito bom, muito importante, porque minha bebezinha ela nasceu com deficiência. Nesse tempo o pessoal da terapia vinha aqui em casa. Eu achava muito bom nesse tempo porque me ajudou bastante. Depois acabou e eu senti muita falta".
> "Tinha também a Dra. que consultava, eu achava muito importante. Tinha a pediatra que ela consultava as crianças, sempre eu levava as crianças, todo mês consultava, dava a medicação, eu achava muito bom nesse tempo"
> "Tinha o pessoal odontológico, era sim, fazia visita odontológica".

Perguntada se se lembrava de alguma orientação, de algo que tivesse aprendido durante o projeto, respondeu:

> "Não lembro, não, foi há muito tempo, foi no ano passado, não me lembro direito não, mas tinha uma moça que passava aqui. A gente conversava muito, era muita gente, não dá pra eu lembrar direito".

Líder comunitária perguntada sobre prioridade pra saúde da população, afirmou: "Que o projeto voltasse, do jeitinho que era".

CONCLUSÃO:

O projeto foi capaz de melhorar as capacidades de auto-cuidado e cuidado com seus filhos pelas mães do local. O projeto foi capaz de aumentar a capacidade de mobilização e o auto-conceito daquelas pessoas em tudo excluídas socialmente. Contudo, parece que estas conquistas foram muito tópicas e limitadas em face das adversidades que eles enfrentam e rapidamente se perdem na reprodução da realidade. Para os membros daquela comunidade parece que fica a lacuna, realmente importante, do acesso, agora quase impossível, a serviços de saúde para si e suas crianças, que por um espaço de tempo eles tiveram com relativa facilidade e constância.

Sobre a questão do papel da Estratégia de Saúde da Família na implantação do projeto, foi identificado um vínculo causal estreito. Mas foi identificado também o aporte de uma ideologia e uma prática específicas, na figura da coordenadora, como necessários para a implantação e o desenvolvimento do projeto.

Sobre uma possível replicabilidade desse projeto, creio que o aporte os recursos para aquela comunidade correspondiam a necessidades reais e tiveram impacto considerável e sensível sobre algumas delas. Mas tenho dúvidas se a

estratégia de ampliação de serviços básicos a um nível universal, se a simples estratégia de PSF, com um atendimento compatível sob os aspectos demográficos e de transporte locais, não atingiria os mesmos resultados com maior sustentabilidade. Em parte os resultados alcançados só seriam atingidos se se pudesse dotar a própria estratégia do PSF com elementos ideológicos da promoção da saúde, vários deles aplicados no PDI de Santana do Aurá.

Mas, para finalizar com a palavra de um ator, vejamos o que disse a coordenadora ao ser perguntada se acha que esse tipo de estratégia é viável em termos nacionais:

> “Completamente, tenho absoluta certeza que é viável, porque você não tem custos altos com isso. E é completamente do interesse das universidades. Primeiro os alunos se envolvem muito pela experiência, eles estão aprendendo a fazer dentro do espaço deles, conhecendo a realidade e se acham responsáveis, né, em tá criando uma nova metodologia e pensar a saúde de uma forma muito mais ampla”

10. Projeto Alfabetizando com Amor - Itambé – PE

Data da visita:

13 a 15 de junho de 2005.

A. Impressões preliminares

Itambé é uma pequena cidade do Pernambuco, na divisa com a Paraíba, com 33 mil habitantes distribuídos em uma área proporcionalmente grande para o tamanho da população, de forma que a cidade é composta por várias comunidades quase isoladas.

Todas as secretarias funcionam no prédio da prefeitura, que no momento passa por reformas prediais.

Nas últimas eleições para a prefeitura houve mudança na gestão municipal (a anterior era do PT), o que provocou grandes mudanças em toda a prefeitura, inclusive na Secretaria Municipal de Saúde (SMS). Vários profissionais foram substituídos por questões ideológicas e políticas, e vários projetos que estavam em andamento foram interrompidos. Um outro motivo para a interrupção dos projetos existentes foi o fato de a gestão anterior não ter disponibilizado os arquivos para os seus sucessores. Segundo o atual Secretário de Saúde, não foi encontrado um registro sequer e, ainda que ele quisesse mantê-los, não seria possível.

A SMS tem um quadro de funcionários de nível central relativamente pequeno, mas com funções bem definidas. No momento atual, o sistema de saúde tem como prioridade a atenção básica. O PSF cobre 100% da população do município, que também conta com uma maternidade e uma policlínica, onde médicos especialistas fazem atendimentos diários, referenciados pelas equipes de PSF. A grande maioria dos profissionais que trabalham na SMS não reside no município; quase todos são de João Pessoa, a capital mais próxima.

A atual coordenadora do PSF está no cargo há apenas um mês e, no pouco tempo, estabeleceu rotinas interessantes. Criou, por exemplo, uma sala de situação, onde são expostos em um painel os principais indicadores de saúde do município, utilizando os dados do SIAB. São feitas reuniões mensais com os médicos e

enfermeiros das onze equipes de saúde da família para discutir a situação de saúde do município, traçar metas e propor intervenções.

A chegada da pesquisadora ao município causou agitação entre os funcionários da Secretaria. A impressão é a de que se sentiam avaliados e não queriam errar. No primeiro dia, todos os setores da secretarias foram devidamente apresentados, com grande formalidade. Entretanto, quando ficavam sabendo o motivo real da visita, era visível a decepção em cada indivíduo, porque a experiência escolhida para o estudo não existia há mais de um ano e poucas pessoas da secretaria tiveram contato com a enfermeira que a implementou, ainda que não soubessem os detalhes.

O Secretário de Saúde lamentou não conhecer nada sobre o objeto do presente estudo. Disse que não conhecia a enfermeira que o idealizou, nem ao menos tinha notícias dos seus possíveis resultados. Fez questão de mostrar todos os projetos em andamento na SMS e todas as Unidades Básicas de Saúde, acompanhado pela coordenadora do PSF, que também não sabia da existência do trabalho.

Em uma ocasião informal, algumas médicas e enfermeiras remanescentes da gestão anterior disseram onde a enfermeira poderia ser localizada, em João Pessoa, e que as ACS da UBS onde ela trabalha saberiam dar maiores informações a respeito do trabalho desenvolvido.

B. Caracterização da experiência

A experiência “Alfabetizando com Amor” existiu no período de novembro de 2002 a maio de 2004 e foi idealizada pela enfermeira que, à época, trabalhava na equipe de PSF do distrito Ibiranga I, em Itambé – PE.

O trabalho consistia na alfabetização de adultos por adolescentes, todos da mesma comunidade, e na construção de uma biblioteca, que dava suporte às aulas, tanto para os alunos quanto para os professores. A biblioteca também era acessível a todos os membros da comunidade. Entretanto, nos dias atuais, as aulas não estão sendo lecionadas, ninguém utiliza a biblioteca, muitos livros foram levados e não devolvidos e poucas pessoas sabem relatar detalhes do projeto. A enfermeira citada deixou Itambé em maio de 2004, quando foi aprovada em concurso para o PSF de João Pessoa e sua presença era tão fundamental para os adolescentes que, após sua saída, eles se recusaram a manter o trabalho.

C. Categorias Operacionais

C.1. História

C.1.1. Antecedentes

A Experiência em questão não tem antecedentes claros. Segundo relato da enfermeira que idealizou o projeto, o trabalho em Itambé foi a sua primeira experiência em PSF e sua única interação com adolescentes aconteceu quando ela própria era também adolescente e fazia trabalho de catequização para a igreja católica que freqüentava na época.

> "Eu fiz a escolinha pela necessidade, pela carência dos idosos, pelo amor que eu ainda tenho aquela comunidade, porque ali foi a minha primeira escola de PSF, então eu visto a camisa."
> "Foi a minha primeira experiência com adolescentes, na verdade assim, quando eu era adolescente, eu ensinava, eu dava aula de religião."

À época da implantação do projeto, Itambé era administrada pelo PT e não há relato de que isso tenha influenciado o sucesso ou não do projeto em questão. O fato é que a ameaça da troca de governo, juntamente com a oportunidade de trabalho em João Pessoa, ainda que com salário menor, fez com que a enfermeira se mudasse de lá.

Observa-se que nenhum dos entrevistados relatou história de movimento popular, nem no distrito de Ibiranga, onde o projeto foi realizado, nem no restante do município.

C.1.2. Motivação

A principal motivação para o trabalho foi a observação, feita pela enfermeira durante seus atendimentos, de que grande parte dos idosos eram analfabetos.

> "Então, durante as minhas visitas eu sentia muito assim aquela necessidade dos idosos, quando eles iam assinar o nome, eles ficavam com vergonha, dai eles diziam que não estavam enxergando, que estavam sem óculos. Só que ai eu vi que o índice de analfabetos era grande"
> "Pelas receitas, porque a gente passava, orientava e não tinha o respaldo, você via que falta algo a desejar, e também para valorizar, acho que você só é cidadão quando você conhece os seus direitos, e alfabetizar é um direito que tem o cidadão, e saber ler e escrever. Se o País da gente, todos soubessem ler e escrever, você iria ver como as coisas seriam diferentes, não teria tanta marginalidade. Então, eu não sei se é porque eu carrego no sangue um pouco de professora, como eu já falei, minha mãe foi professora, e isso a gente sente, uma pessoa aqui conversando com você, você pedisse para assinar uma coisa e ela não soubesse, você não ficaria com um pouco de pena não?

> Então, primeiro vem aquele lado assim, de você ter compaixão, e depois vem o interesse, em unir o útil, que seriam os adolescentes, ao agradável, os idosos."

Do início do projeto participaram a enfermeira que idealizou o projeto, uma ACS, os adolescentes e os adultos e idosos.

C.1.3. Estratégias de implantação

O início das aulas aconteceu quando os adolescentes aceitaram fazer o trabalho e os adultos e idosos se interessaram e cederam o local. No princípio, as aulas eram ministradas na casa dos alfabetizandos, primeiro porque não existia ainda uma sede própria, segundo porque vários deles têm dificuldade de locomoção e o fato de as aulas acontecerem em suas casas os motivava ainda mais.

O projeto não teve nenhuma inserção política. Foi uma experiência pontual, pouco difundida e altamente dependente da enfermeira que o idealizou. Apesar do relato de apoio da prefeitura e da secretaria municipal de saúde, não foi possível encontrar no projeto um caráter político.

Ambiente

Para implantar o projeto, a enfermeira contou com a ajuda de uma das ACS da ESF. Segundo a enfermeira, ela não pôde contar com a ajuda de nenhum outro membro da equipe. "Sinceramente foi uma coisa só minha, eu tive muito apoio dos ACS"

A UBS tem apenas uma ESF, que é formada por uma médica, uma enfermeira, uma auxiliar de enfermagem e seis ACS. As atividades desenvolvidas, à época do projeto, partiam, na maioria das vezes, da enfermeira. A médica não se envolvia muito nas atividades da unidade.

Desenvolvimento

A constatação da enfermeira da necessidade dos idosos e dos adultos de alfabetização levou-a a buscar meios para resolver o problema.

> "Aí durante as visitas eu ficava pensando, vou abrir a escolinha do idoso mais forte que tem, aí eu resolvi pensar assim por micro áreas. Aí eu disse, mas quem dá aula? Os adolescentes. Aí comecei, primeiro falei com os ACS se tinha condição de por micro área escolher uma casa, onde naquela casa pode funcionar a escolinha já que eu não tinha em mente nenhuma casa que recebesse como sede já escola. Aí escrevi, fiz o projeto todinho e saí atrás de patrocinador, e não achava ninguém, falei sabe de uma coisa? Vou começar a pedir."

Antes de começar as aulas, a enfermeira julgou que seria necessária uma biblioteca, que subsidiasse o trabalho dos adolescentes.

> “Então, justamente, eu antes de iniciar com a escolinha, primeiro eu inaugurei a biblioteca, para depois vir a escola. Para a biblioteca eu tive todo o apoio aqui do colégio Marista, que me deu 150 livros, eu inaugurei a biblioteca com 150 livros, e saí de lá com 1000 livros, coleções minha, eu tenho um tio aqui que é escritor, levei toda a coleção dele, toda autografada, está lá, deu vontade de trazer tudo de volta, da pena de ver os livros tudo se acabando.”

No início do trabalho eram três adolescentes que davam aulas para seis idosos. Quando a escolinha fechou eram nove adolescentes, de treze a dezenove anos, para dez idosos.

> “Então, três adolescentes dando aula a seis idosos, ai no outro mês mais outra micro área, noutro mês mais outra micro área, então, a gente passou um ano e pouco desse jeito, no final de 2003, que eu fui para Brasília em 2004, dezembro de 2003 já estava com sede própria, já tinha conseguido uma sede própria da prefeitura, num galpão, assim então, eu consegui as carteiras, ai eu fui na secretaria da educação, peguei os livros ‘Ah mais não pode mandar, não é escola’ então eu, mais lá é escolinha só não é registrada, mais é escolinha também, ‘Ah então está certo, você conhece o secretário?’ não conheço não, estou conhecendo agora. Já entrei, já pedi os livros de alfabetização, caderno, lápis, borracha o básico.”
> “Os adolescentes, esses que davam aula, tinham 2º grau completo, pessoas aplicadas. Eles faziam, eu ficava impressionada porque eles faziam plano de aula, pareciam que já tinham experiência em dar aula.”

As aulas aconteciam duas vezes por semana, no período em que os adolescentes estavam ociosos, a princípio na casa dos idosos, depois na sede própria, cedida pela prefeitura. Era um galpão desocupado que à noite era utilizado para festas de forró

> “Assim, duas horas por semana, nas terças e nas quintas, então, pegavam de duas às quatro horas e de preferência a gente iniciou na casa dos idosos, porque eles tinha dificuldade em andar, então, a escolinha ficou no local da área.”

A metodologia escolhida para a alfabetização dos adultos foi a mesma utilizada nas escolas primárias da região. A escolha não foi ao acaso. Os livros disponibilizados pela Secretaria de Educação utilizavam esse método e os adolescentes professores também aprenderam por ele, o que facilitava a preparação das aulas.

> “Tinha metodologia, alfabetização, aquela ainda do tempo antigo, B com A, BA, B com E, BE, assim conhecendo primeiro as vogais, depois as consoantes. Aquela de escola primária, sabe por que? Por conta do livro, assim até para aprender a cobrir as letras onde está pontilhado.”
> “Consegui os livros pedindo à Secretaria de Educação, tinha todo o apoio do prefeito e da esposa, a secretária de saúde também deu todo apoio”

Era a enfermeira quem escolhia os adolescentes que iriam participar das aulas. Não existiam critérios bem estabelecidos

> “Pela capacidade de cada um que eu analisava durante as reuniões, então eu via quem tinha mais interesse, quem eu sabia que iria se comprometer. só que eu não dizia quem iria ser, eu convidava, porque na minha mente já estava determinado, eu selecionava sem dizer, teve uns que eu não tinha pensado, mas que eu aceitaram naquele momento, mas depois eles caíram fora, porque eles viram que tinha que ter responsabilidade.”

Dificuldades

A enfermeira relata que uma das maiores dificuldades que enfrentou foi a falta de apoio dos membros da equipe. A médica não se envolveu, nem a auxiliar de enfermagem. Os ACS foram fundamentais na implantação do projeto.

> “Eu não ganhava nada, pelo contrário eu recebi muitas críticas, da equipe eu não tive apoio, tive dos ACS, porque eles viam que eu estava ajudando eles são de lá, como eu não era, então eles viram aquele interesse em ajudar. Alfabetizar um idoso é a coisa mais linda, o meu objetivo foi esse. Dava pena chegar um idoso e ele não assinava o nome com vergonha porque não sabia ler, não assinava, colocava o dedo, as vezes eles diziam que estavam sem os óculos, mas eu sei assinar meu nome, depois a senhora vem eu assino”

As outras equipes davam uma espécie de apoio moral, incentivavam de longe. Uma forma de conseguir a adesão dos adolescentes foi dispensar um cuidado diferencial, fazer com que eles se sentissem importantes, valorizados.

> “O apoio veio das outras equipes também, que ficavam achando que no início quando eu comecei, acreditavam que não iria dar certo, primeiro mês, segundo mês, e eu vinha empolgada contando, está dando certo, porque os adolescentes podem, “E você dá o que em troca”, eu disse nada, só a confiança, eu combinava alguma coisa com eles: o dia que eles precisassem não existia cronograma para eles, se eles precisassem de uma consulta, então eles tinha a liberdade de chegar qualquer dia, preservativo, eu dava mais para eles, aumentava o numero de preservativo, era uma forma de compensar o trabalho como voluntário deles. Até para faltar eles justificavam, e eu cobrava, você aceitou então você vai até o fim, tinha uma menina que faltava muito, eu já colocava três por micro área, porque se um faltasse os dois davam assistência um ao outro. Aí foi ótimo quando eu conseguir a sede própria porque aí ficavam todos juntos.”

C.2. Institucionalização/formalização

Não houve institucionalização do projeto. Ele existiu como uma experiência isolada na comunidade Ibiranga I. A SMS tinha conhecimento do projeto e, segundo a enfermeira, em algum momento a Secretária demonstrou interesse em expandir a iniciativa para outras comunidades do município, o que, no entanto, não chegou a acontecer.

Quando estava para sair de Itambé, a enfermeira redigiu o projeto e o registrou em cartório, para que não fosse copiado por quem quer que seja. Segundo ela, muitas pessoas não acreditavam no seu trabalho, mas queriam a autoria do mesmo.

> "Quando cheguei, antes deu ir para Brasília, registrei no cartório daqui, porque foi a primeira coisa que me falaram: registra porque se não vão copiar o seu projeto, e ai quando você sair de lá de Itambé, vai ser a primeira coisa que vão fazer."

Além disso, quando deixou Itambé a enfermeira levou todos os registros do projeto, por julgar que ninguém daria continuidade e que ele acabaria se perdendo.

> "Eu trouxe tudinho de lá, eu trouxe assim, o planejamento das aulas que eles faziam, eu digo pode deixar, porque eu saí, aí quando eu fui lá, quando vi que ninguém tinha interesse, peguei a pastinha que estava lá guardada, não comuniquei nem a ninguém, eu trouxe, porque o projeto era meu, eu vi que ninguém deu continuidade, eu digo vou trazer, porque aqui não vai ficar."

C.3. Participação e envolvimento da sociedade

A participação da comunidade se limitou àqueles para os quais o projeto era dirigido (os idosos) e aos adolescentes, que faziam acontecer. A comunidade, de modo geral, não tomou conhecimento e não se envolveu.

C.4. Alcance

Foi pequeno a alcance do projeto. Apenas 10 idosos foram alfabetizados e 9 adolescentes envolvidos no processo de alfabetização. Não houve tempo suficiente para o crescimento do projeto, nem quem o mantivesse após a saída da enfermeira.

C.5. Capacitação

Não havia uma capacitação formal para os adolescentes. A enfermeira se reunia com eles uma vez por mês, dava explicações sobre a forma de condução das aulas e observava o modo como elas estavam sendo conduzidas e seus resultados.

C.6. Avaliação

Não existiam mecanismos de avaliação.

C.7. Sustentabilidade financeira

O projeto não tinha financiamento direto. A prefeitura apoiava o trabalho, mas não direcionava recursos para o seu desenvolvimento. Durante sua existência o

projeto viveu de doações feitas a pedido da enfermeira. Estão no elenco dos doadores a secretaria de educação e outros.

C.8. Processo de comunicação

Não existia um processo de comunicação para a divulgação das atividades dentro da SMS.

C.9. Prestação de contas

Não havia prestação de contas, visto que o projeto não tinha receita.

D. Categorias de Conteúdo

D.1. Integralidade e humanização no cuidado

De modo geral o projeto não propiciou alterações no tipo e na qualidade do cuidado prestado aos indivíduos da comunidade. Não houve ampliação do cuidado que indicassem o sentido da integralidade na atenção para com as pessoas.

De fato, o que ocorreu foi uma troca de saberes e experiências entre os envolvidos no projeto, que aumentava o respeito mútuo existente entre os adolescentes, os idosos, a enfermeira e os ACS.

> "Eles falavam da experiência de vida deles, achavam bonito o respeito que eles tinham por eles, a dedicação, agradeciam direto, porque eles sabiam que era um trabalho voluntário. No entanto era uma troca de conhecimentos, eu aprendia mais com eles, do que eles comigo e com os adolescentes, ao invés de pensar que os adolescentes estavam só ensinando, na verdade os adolescentes estavam aprendendo."
> "Eu não ensinei nada não filha, porque eu não sabia.Assim, dar um conselho, alguma coisa assim, só era isso. Porque se a senhora da uma palavra de conforto pra mim, quer dizer, é uma ajuda, e se a senhora é legal comigo e eu sou com a senhora, isso é uma coisa boa, isso é uma coisa que Deus gosta, e o que Deus quer de nos, agente ser uma pessoa que compreende as pessoas, conversa com as pessoas, isso é bom. Agora quem sabe ler, sabe mais falar, sabe mais explicar, e esse povo que não sabe ler, esse pessoal da antiga e eu vou fazer 75 anos agora em agosto." (Idosa, alfabetizanda)

D.2. Mudança de Estilo de Vida e Incentivo às Ações e Comportamentos Saudáveis

O projeto promovia a mudança de estilo de vida à medida que incentivava os adolescentes a utilizarem seu tempo ocioso no trabalho com os idosos, o que, segundo a enfermeira, evitava o uso de drogas, muito comum na região, a prostituição e o envolvimento com o tráfico.

> “Até no modo de pensar, no modo de tratar os familiares deles, no modo até como eles passaram a valorizar mais o idoso, valorizar os estudos.” (Enfermeira)

Para os idosos, era um estímulo ao crescimento intelectual e gerava neles a sensação de que eram capazes de crescer e aprender, apesar da idade avançada.

> “Se eu já tinha saúde, e agora parece que aumentou mais a minha saúde. Porque eu sentia uma coisa, sentia outra, parece que agora, parece que a minha vida mudou, ai eu estudo faço o meu serviço, cuido cedo faço tudo ligeiro para quando chegar a hora eu estar desocupada, para eu estudar, gosto muito de estudar, ela já lê besteirinha no livro, e eu sempre peço muito a Deus de eu aprender mais.”(Idosa, alfabetizanda)

D.3. Educação Popular em Saúde

As atividades desenvolvidas no projeto não tinham caráter de ações informativo-formativas e não buscavam o envolvimento e participação da população

D.4. Atuação Social

Em Itambé, de modo geral e, mais especificamente, em Ibiranga e na experiência estudada não foi identificado um movimento no sentido de dar respostas aos problemas sociais vividos pela comunidade. Cabe ressaltar que são grandes e vários os problemas. Não há saneamento básico, as ruas alagam no período das chuvas a ponto de algumas comunidades ficarem completamente isoladas, o desemprego é grande e existem poucas fontes de geração de renda.

D.5. Participação Popular

Talvez pelo curto espaço de tempo em que vigorou, o projeto não foi capaz de contribuir para o surgimento ou desenvolvimento de formas de atuação social por parte dos usuários do programa, da ESF e da população em geral. Também não era esse um objetivo do projeto. Além disso, a experiência e o próprio PSF não contam com a participação ativa da comunidade, tanto que, após a saída da enfermeira, os adolescentes deixaram de fazer o trabalho e não houve nenhum tipo de manifestação ou reclamação, nem mesmo por parte dos que eram alfabetizados, embora eles digam que faz falta.

> “Foi pouco tempo, para uma cidadezinha pequena, porque lá é um distrito de Itambé, ainda não tem prefeito, Ibiranga é uma cidadezinha pequenininha que tem uma unidade de saúde, tem duas equipes de PSF, tem farmácia, mas ainda não é município, não tem prefeito administração própria, então deixa muito a desejar, o pessoal ainda é muito carente, ainda não tem idéias de movimento, porque vivem muito da política, a política influência muito lá dentro, então o pessoal chega e promete, eu dou isso, eu dou aquilo,

> eu faço isso, e no fim a gente não vê resultado nenhum, então eu acho que eles se apegaram muito a mim.”

D.6. Autonomia-Autonomização

Não era objetivo do projeto desenvolver nos indivíduos participantes o auto-cuidado e a co-responsabilização para com a própria saúde. Ocorre, entretanto, que alfabetizar idosos é uma forma de aumentar a visão que estes têm de sua saúde, da forma como lidar com tratamentos prescritos e até de requerer direitos junto à administração municipal. Nesse aspecto, a experiência conseguiu transformar ativamente a visão dos idosos sobre sua saúde.

D.7. Equidade

Segundo a enfermeira, nem os idosos, nem os adolescentes eram grupos vulneráveis na sociedade, e não foram selecionados para o trabalho por essa questão.

D.8. Intersetorialidade

A interação existente entre o projeto e outras instâncias da administração municipal aconteceu de forma bastante superficial e se limitaram às visitas feitas pela enfermeira às secretarias municipais, de educação e cultura, nas quais ela pedia apoio aos secretários.

Era uma relação unilateral: a enfermeira pedia e, quando possível, os secretários atendiam. Não existiam protocolos, pedidos por escrito, ofícios, apenas solicitações verbais.

> “Tinha, a minha intersetorialidade era ótima, eu tinha entrada fácil, porque assim, a porta estava fechada, mas para a gente entrar tem que abrir, então eu batia, mesmo que demorasse eu entrava, aí quando eu dizia com licença eu já estava dentro, porque assim, se a gente não vai, ninguém vem, aí você tem que procurar”.

D.9. Reflexão sobre a Prática e Conteúdo Teórico

A idéia da relação entre saúde e educação é marcante no discurso da enfermeira que idealizou o projeto e foi um ponto de discordância entre os membros da ESF. Para ela, o fato de o indivíduo saber ler e escrever faz grande diferença, principalmente no caso de tratamentos de saúde.

> “Eu encontrei resistência lá porque diziam que não tinha nada a ver educação com saúde. Só tem, educação anda lado a lado com a saúde. Se você não sabe ler como é

> que você vai fazer um tratamento? Vamos dizer: eu prescrevo alguma coisa para você, se na sua casa todos são analfabetos, se você não gravar do jeito que eu disser, eu vou ter que fazer um desenho de um sol? É muito humilhante para o paciente, se você tem facilidade, se você sabe ler é muito melhor, até mesmo para as orientações, e você assimilar melhor as coisas."
> "Dentro da área de saúde, se encaixa porque a gente que faz PSF você tem trabalhar com os grupos, então eu estava trabalhando com os dois grupos, adolescentes e idosos, então teve tudo a ver com saúde, porque educação está dentro da saúde como eu já falei, porque se não tivesse nada a ver educação com saúde, como é que eu seria enfermeira se eu não tivesse educação, então o pessoal ainda tem a mentalidade um pouco curta de achar que educação tem que andar do outro lado da pista, tem que andar juntinha com o mesmo objetivo de melhorar, porque se a gente desse mais assistência na parte educativa e na parte de educação, que são dois sentidos diferentes, a gente teria mais resultados, resultados bons inclusive."

Quando perguntada sobre o que é saúde, a resposta não apresentou grandes inovações. De fato o que a enfermeira conseguiu foi ampliar, na prática, o conceito, e associá-lo a uma necessidade da comunidade com a qual trabalhava, que era a de alfabetização de idosos.

> "Saúde é um bem estar, você estar bem consigo mesma, porque você estando bem de saúde você vai poder dar assistência a outras pessoas, então é estar bem consigo mesma, saúde para mim é isso."

Conclusão

A experiência estudada promovia o auto-cuidado e ajudava os envolvidos no seu processo de apropriação e controle sobre sua condição de vida. No entanto, mostrou-se bastante frágil e não se sustentou com a saída da enfermeira idealizadora do projeto.

Trata-se de um projeto de promoção que precisava de apoio político, financeiro e um pouco menos de personalismo para dar certo.

11. Gestão Ambiental Integrada – GEMA - Niterói - RJ

Data da visita:

27/07 a 30/7

Pessoas Entrevistadas:

Coordenador geral do PMF

Coordenador de Grupo Básico de Trabalho

Assistente social e membro de equipe de supervisão

Médico e membro de equipe de supervisão, com trabalho na questão ambiental

A. Impressões preliminares

A cidade de Niterói, situada na Baia da Guanabara, apresenta-se como uma cidade grande, algo em torno de 600.000 habitantes, com grande movimentação de pessoas na área central e com extensão geográfica bastante significativa, aparentemente servida de uma estrutura de transporte coletivo satisfatório. É nítida a distribuição desigual das riquezas produzidas, embora apresente o terceiro melhor índice de IDH do país.

Segundo documentos da Fundação Municipal de Saúde, Niterói teve sua proposta de Saúde da Família concebida em 1991, como uma estratégia de promoção de eqüidade. Consistia em direcionar o programa às comunidades das regiões de maior risco social e ambiental do município, privilegiando moradores com renda familiar inferior a 05 salários mínimos. A inauguração do Programa Médico de Família – PMF – ocorreu em setembro de 1992, com uma meta de população a ser adscrita de 120.000 habitantes {20 % da população total}, e já em 2004 cobria cerca de 100.000 habitantes.

Entre os critérios utilizados para seleção das áreas prioritárias, destaca-se:

· Localidades onde se concentravam as populações de baixa renda, que não estão contempladas pelo poder público local com equipamentos sociais, principalmente da rede de saúde, ou são contempladas de forma deficiente.

· Localidades com estrutura geográfica fechada que constituam um conjunto populacional definido, com homogeneidade de perfil socioeconômico.

· Existência de organização comunitária com vínculos locais e perspectivas organizativas, que permita a co-gestão do modelo.

Todos estes profissionais que compõem o PMF são contratados pelas associações de moradores, em regime de 40 horas de trabalho semanal, regidos pela CLT, através de repasse integral de recursos financeiros do poder público às entidades legalmente constituídas, em um processo de co-gestão. O PMF de Niterói trabalha com uma estrutura complexa e hierárquica assim compreendida:

· **Coordenação geral.**

Composta por três profissionais. Intermediam as relações do programa com a Fundação Municipal de Saúde. Desempenham as tarefas administrativas e burocráticas do PMF. Participam dos processos seletivos de profissionais. Coordenam reuniões com as coordenações dos Grupos Básicos de Trabalho (GBTs). Administram os equipamentos de uso coletivo dos GBT. Acompanham as atividades intersetoriais.

· **Grupos Básicos de Trabalho – GBT:**

Compostos de um coordenador, uma equipe de supervisão e as Equipes Básicas de Saúde – EBS. Existem cinco atualmente, correspondendo cada um a uma regional, respeitando a divisão administrativa do Município.

· **O coordenador do GBT:**

Representa o ponto de ligação entre as instâncias superiores, coordenação geral e Fundação Municipal de Saúde e o módulo regional, representando-o ou delegando representação também nas articulações interinstitucionais de interesse do Programa. Intermedia a relação entre as EBS e as Associações de Moradores da região atendida pelo GBT. É o responsável pelo controle metodológico através do gerenciamento das atividades dos supervisores e das EBSs. Coordena a reunião trimestral com a equipe de supervisores para avaliação da metodologia e alcance do programa.

· **Equipe de supervisão:**

Conta com profissionais de diversas áreas: clínica geral, pediatria, ginecologia/obstetrícia, sanitária, assistência social, ambiental, enfermaria e saúde mental. Esta equipe forma a banca de seleção dos profissionais que comporão as equipes, realiza treinamento em serviço, procede a visitas semanais aos módulos, realizando interconsultas no consultório e nas residências. Avalia o desempenho das EBS através do acompanhamento da implementação dos protocolos de trabalho. Elabora e organiza o processo de educação continuada, através de treinamento

semanal de rotina. Discutem com as EBSs os procedimentos de saúde tomados. Cada equipe de supervisores é responsável por no máximo 20 EBS.

· As EBSs:

Constituídas de um médico e um auxiliar de enfermagem, este último membro da comunidade atendida. Cabe a EBS construir o diagnóstico da região a ser atendida, o cadastramento das famílias, levantamento das demandas e do perfil sócio-econômico, bem como o atendimento médico aos pacientes.

· Médico de família

Portador de uma formação que lhe permite demonstrar compromisso social, fundamentada na relação médico/paciente, desenvolvendo trabalhos integrais e contínuos, dirigido à promoção de saúde junto às famílias inscritas em seu setor, no consultório e nas residências. Deve possuir capacidade resolutiva para desempenho de atividades de saúde e também de outras áreas do conhecimento. Administra o consultório em relação ao controle de materiais e equipamentos e trabalha em equipe com o auxiliar de enfermagem.

· Auxiliar de enfermagem

Morador da comunidade específica de atuação. Deve possuir capacitação para exercer atividades nas áreas materno-infantil, médico-cirúrgica e de saúde pública. Juntamente com o médico de família, compõe a equipe responsável. Segundo dados colhidos junto aos coordenadores do programa, a opção por auxiliar de enfermagem executando tarefas exercidas em outros modelos pelos ACSs se deu a partir da constatação da existência, no município, de um grande contingente destes profissionais.

ORGANOGRAMA DO PSF - NITERÓI

O PMF é constituído por Módulos – denominação das unidades de saúde do programa – divididos em micro áreas chamados setores, que abrangem em média 1200 pessoas. Cada setor é atendido por uma EBS.

Os trabalhos de assistência e promoção se iniciam somente depois de construído o cadastramento total das famílias de um setor, identificado o perfil socioeconômico, ambiental e levantadas as principais nosologias referidas. Essa é uma responsabilidade das EBS.

As ações da EBS são executadas no interior dos módulos, nas residências, na rede de referência de saúde do município, quando necessário, e nos equipamentos sociais da comunidade. Os profissionais dividem igualmente a carga horária entre trabalho de consultórios e de campo.

Cada Módulo do PMF está vinculado a uma Policlínica Comunitária de Referência, que conta com especialidades como cardiologia, dermatologia, endocrinologia, nutrição, odontologia, etc. As demandas pelas demais especialidades médicas são encaminhadas às Policlínicas de Especialidades e as solicitações de Internação Hospitalar são dirigidas à Central de Regulação do serviço de saúde do município, que define os procedimentos a serem tomados.

O PMF conta, ainda, com veículos, entre os quais três ambulâncias, que agilizam o transporte de materiais de exames, solicitações de consultas especializadas e transporte de pacientes, principalmente os acamados.

Todo o PMF de Niterói possui vasta documentação, com referencias teóricas de suas opções metodológicas e farto material de acompanhamento das atividades, como atas de reuniões dos diversos níveis hierárquicos e mapeamento das regiões com identificação individualizada de cada residência.

A pesquisa foi recebida parcialmente bem. Inicialmente, a experiência não foi identificada pela coordenação geral do PMF de Niterói, comprometendo a utilização do tempo disponível para o primeiro momento da pesquisa. Outro instrumento rico é a transcrição de depoimentos. No primeiro momento, não foi encontrada receptividade para a assinatura dos termos de consentimento, limitando a ilustração e a demonstração de algumas análises neste relatório. A documentação foi disponibilizada gentilmente.

B. Caracterização da experiência

O GEMA, Gestão Ambiental Integrada, teve sua origem em 2003, a partir da proposta da Secretaria de Meio Ambiente e Recursos Hídricos de Niterói. Consistia em um fórum de discussão intersetorial para tratar a problemática ambiental das favelas do município. Fariam parte desse fórum representantes das diversas instituições que atuam direta ou indiretamente na questão.

Os diagnósticos construídos pelo PMF, nas diversas localidades onde foram implantados setores de atendimento, serviram de referência para os trabalhos, uma vez que neles estão identificadas graves deficiências reconhecidas na realidade das comunidades.

O GEMA pretendia melhorar os serviços públicos prestados às comunidades carentes do município, equacionando essas deficiências, através de ações construídas a partir da intersetorialidade.

O resumo apresentado na II Mostra de Saúde Coletiva é bastante fiel aos documentos do projeto disponibilizado para a pesquisa, e os depoimentos colhidos com... (médica e coordenadora do GBT – Região Leste/Oceânica) – que participou em todos os momentos em que a experiência esteve funcionando e desenvolvendo suas atividades – confirmam as informações.

No final de 2004, a administração municipal desarticulou o projeto, por avaliar que já se estava criando um outro espaço institucional, sob coordenação do prefeito, nas mesmas questões tratadas pelo GEMA.

C. Categorias Operacionais

C.1. História

C.1.1. Antecedentes

A implantação do PMF de Niterói, utilizando uma metodologia que se apóia no rigoroso diagnóstico construído pelas ABS, em cooperação com a comunidade, permite o conhecimento detalhado das regiões de maior risco da cidade. Esse diagnóstico é de conhecimento de todas as instâncias do poder público, e muitas vezes se recorre a ele para elaborar planos de ação.

A composição da Equipe de Supervisão dos GBTs, composta por profissionais de diversas áreas da saúde, inclusive Assistente Social, permite um ambiente de convivência de atores com formação e perspectivas diferentes.

Existe um forte histórico de atuações intersetoriais no município de Niterói. É possível identificar, como uma das peças fundamentais nesse histórico, o Comitê de Defesa dos Direitos da Criança e Adolescentes. Ele existe há muitos anos e antecede o PMF, sobrevivendo a diversas linhas políticas de administração pública. Esse Comitê constrói ações em que a participação da comunidade se dá de forma determinante e com o envolvimento de importantes áreas da sociedade civil organizada e de setores institucionais.

Em 2003, após 10 anos de existência do PMF e 42 localidades atendidas, a Secretaria de Meio Ambiente e Recursos Hídricos de Niterói apresentou uma proposta de discussão intersetorial sobre a problemática ambiental das favelas do município. Teve como referência os diversos diagnósticos produzidos e permanentemente atualizados pelas EBSs do Programa Médico de Família. Vale ressaltar que o PMF em Niterói utiliza, como metodologia de implantação, a construção de um detalhado e profundo diagnóstico da comunidade, com o cadastramento de todas as famílias, levantamento do perfil sócio-econômico, ambiental e das condições de saúde da comunidade. Este levantamento é disponibilizado para instâncias do poder público e serve como base para planejamento de intervenções.

A proposta recebeu o nome de GEMA – Programa Municipal de Gestão Ambiental Integrada – e esteve inserida em um ambiente histórico de parcerias e ações intersetoriais já desenvolvidas e em andamento no município, sempre com a presença marcante de integrantes do PMF.

C.1.2. Motivação

A Secretaria de Meio Ambiente e Recursos Hídricos de Niterói, a fim de equacionar as diversas deficiências ambientais e de saneamento básico do município, pretendia executar uma série de intervenções.

Ciente da qualidade do diagnóstico construído pelo PMF, e em posse desses relatórios, cria a proposta do GEMA, um grupo de discussão intersetorial, buscando a melhoria do atendimento dos serviços coletivos urbanos, como o esgotamento sanitário, o abastecimento de água, a coleta de lixo, a ampliação do acesso e permanência escolar, a diminuição de vetores de doenças e de contaminação.

Embora a iniciativa tenha partido da Secretaria de Meio Ambiente e Recursos Hídricos (SMA), pode-se perceber que isso se dá em resposta às necessidades reconhecidas pela comunidade, e apontadas pelos diagnósticos construídos pelo PMF.

A compreensão motivadora do GEMA é a necessidade de organização de um Plano de Intervenção Ambiental Integrado, que promovesse ações visando a uma elevação dos indicadores de qualidade ambiental, saneamento básico, habitação, saúde e educação. Embora a proposta tenha partido da SMA, essa compreensão é compartilhada pelo PMF, Fundação Municipal de Educação e pela Defesa Civil. Esses foram os primeiros parceiros.

Para o PMF e seus membros de sua estrutura, o Gema se apresenta como uma possibilidade de ampliar a capacidade de intervenção nas questões relacionadas à qualidade de vida das comunidades atendidas.

C.1.3. Estratégias de implantação

A estratégia inicial para a criação do GEMA foi a de utilizar as percepções, já existentes em diversos atores da comunidade e agentes do poder público, da necessidade de transformação da realidade apontada como implicadora de baixa qualidade de vida das comunidades carentes de Niterói. A própria abrangência dos temas tratados na experiência (saúde, meio ambiente, educação, saneamento, habitação, etc.) demonstra uma compreensão ampliada da concepção de saúde e sua co-relação aos indicadores sociais e de qualidade de vida. Também sinaliza para uma estratégia de mobilização de “forças” motrizes.

A experiência em questão aponta para, ao menos no momento inicial, uma participação do executivo do poder público municipal, já que os técnicos das

diversas instâncias da administração envolvidas estavam participando como representantes de suas Secretarias e dentro do horário de trabalho.

Após atrair, para a discussão, pessoas envolvidas nas diversas áreas de abrangência da experiência, foram criados Grupos de Trabalho – GTs- com temas específicos, cronogramas de reuniões, metas para formulação de propostas e discussões coletivas com todos os participantes do GEMA.

Ambiente

Com relação à experiência, é perceptível a integração entre diversas instâncias institucionais do município. A interseção das diversas áreas de atuação dessas instâncias e a compreensão da importância de ações compartilhadas pode apontar para a existência de uma rede social.

A interação de redes sociais, como a experiência em questão, está presente em vários momentos, desde a formulação do diagnóstico pelo PMF até a formulação dos grupos de trabalho, previstos nas práticas propostas. Podem ser identificadas participações nos GTs de representantes dos conselhos locais de saúde e de habitação, da estrutura do Orçamento Participativo Municipal, da Defesa Civil e da educação.

Vários desses atores foram sendo incorporados no decorrer dos trabalhos do GEMA, entre os quais a Concessionária Águas de Niterói, Subsecretaria de Ciência e Tecnologia, EMUSA, CLIN, Subsecretaria de Emprego e Renda,

Vigilância Sanitária, Subsecretaria de Habitação, Procuradoria do Município, Secretaria de Assistência Social, Secretaria de Esportes e Lazer, Programa Vivaidoso.

A participação presencial do PMF está marcada em quase todos os GTs, sendo representada por coordenadores de GTBs, Membros da Equipe de Supervisão e médicos de família. Existe a presença determinante do PMF, principalmente através da utilização do diagnóstico construído por ele e utilizado pelo GEMA.

Desenvolvimento

A experiência em questão, criada em 2003, teve seus trabalhos encerrados em 2004. Nenhuma instância concreta da experiência foi localizada durante o período da pesquisa. As informações sobre os procedimentos adotados para o desenvolvimento do programa foram colhidas no depoimento de... (médica e

coordenadora de GBT), que participou do GEMA desde seu início até seu término. Os documentos disponibilizados para consulta também permitem um conhecimento desses procedimentos.

O programa propõe, como metodologia, a participação comunitária na elaboração de propostas, o trabalho em parceria com os técnicos e representantes das instituições municipais, das concessionárias de serviços urbanos, das universidades, das escolas, de Ongs e a população envolvida.

Inicialmente, um primeiro grupo se reuniu e discutiu procedimentos para a construção do modelo. Foram listadas as instâncias institucionais e não institucionais que deveriam ser convidadas a participar, em função de suas atribuições e inserção nas questões apresentadas pelo diagnóstico da situação ambiental e social das comunidades.

> “Os indicadores de qualidade ambiental das áreas onde o PMF atua são reveladoras da grave deficiência dos índices de desenvolvimento humano que colocam essas localidades na base da pirâmide social, dos mais baixos índices, numa análise comparativa entre as demais áreas da cidade”. Documento do GEMA.

O encaminhamento da formação dos GTs foi apresentado na reunião do dia 17/02/2004, com a seguinte metodologia proposta: escolha de um coordenador, realização de reuniões ordinárias, convocação dos parceiros afins e elaboração de propostas. Só então se propunha a efetivação de ações nas comunidades.

Esses procedimentos foram executados, alcançando seus objetivos. No entanto, as ações ficaram condicionadas a uma anuência e envolvimento do executivo municipal. Foi marcada uma reunião com o prefeito. Na data prevista, a reunião foi cancelada, e o prefeito alegou que já havia constituído um grupo de trabalho, composto por secretários municipais de várias áreas, e que a opção administrativa seria valorizar esse grupo e não o GEMA.

Em função da convivência dos membros do GEMA, mesmo sem a participação direta da administração municipal, algumas ações foram implantadas. Na área habitacional, o contato desenvolvido, no GEMA, entre a coordenadora do GTB do PMF e um técnico a secretaria de Obras, que depois assumiu o cargo de Secretário, permitiu uma intermediação junto à Caixa Econômica Federal para a liberação de recursos federais para a construção de casas populares. Esta iniciativa permitiu equacionar uma demanda emergencial de cerca de 15 famílias que estavam com suas moradias consideradas de alto risco.

C.2. Institucionalização/formalização

A proposta da SMA de constituir o GEMA é colocada em documentos da secretaria, demonstrando algum nível de institucionalização. As reuniões eram realizadas em locais da administração pública, em horários de trabalho. Os representantes do PMF que participavam do GEMA discutiam, com as equipes, a estrutura organizacional do programa, os andamentos das discussões e as propostas de ações apresentadas.

O uso do diagnostico das comunidades, formulados e atualizados pelas EBSs, como base das discussões, funcionou como instrumento de incorporação do GEMA à rotina de trabalho do PMF.

A interrupção da experiência do GEMA, que previa discussão, planejamento, implementação, controle e avaliação, ainda na fase do planejamento, impedindo as fases de implementação e as seguintes, comprometem uma caracterização de institucionalidade.

Todas as reuniões foram formalizadas em atas, com a descrição dos conteúdos discutidos e a relação dos atores participantes.

C.3. Participação e envolvimento da sociedade

A participação da comunidade é identificada, principalmente, na construção do diagnóstico, utilizado para o planejamento das ações. A presença das EBSs nas comunidades atendidas pelo PMF de Niterói, e a relação desses atores com a população, permite elevar a qualidade desses levantamentos. Muitas vezes, só o olhar do médico ou do auxiliar de enfermagem não consegue captar algumas demandas. Elas são apresentadas ao PMF através das reuniões realizadas com a comunidade.

É importante levar em consideração a relação do PMF com as associações comunitárias. Existe uma relação de trabalho entre elas. Os profissionais do PMF são todos funcionários das Associações de Moradores, e os auxiliares de enfermagem são moradores dessas comunidades.

C.4. Alcance

A presença de profissionais do PMF nas instâncias de discussão e planejamento do GEMA , e sua vinculação com a comunidade, permitiu o conhecimento e a criação de expectativas da população.

O Programa, em seu documento, identifica como público alvo “cerca de 25.000 famílias e os seus 90.000 moradores, das 42 localidades selecionadas, estando a renda mensal dos chefes de domicílios entre 0 e 3 salários mínimos. A população beneficiada diretamente é aquela identificada pelo PMF, a partir de cadastramento atualizado.” (Documento GEMA, 2004).

Houve uma grande mobilização de forças e atores do PSF, a partir das possibilidades de intervenções e ações que o GEMA apresentou.

C.5. Capacitação

Os momentos de discussão entre os membros participantes do GEMA permitiram um acumulo de compreensões de espaços institucionais, competências especificas e áreas de atuação. A clareza desses aspectos permitiu uma maior racionalidade no encaminhamento de demandas levantadas pelo PMF durante a duração do FEMA , e também depois de sua desarticulação.

C.6. Avaliação

Como a duração da experiência foi inferior ao necessário para o início da implantação das ações propostas, a avaliação das práticas não foi produzida.

A avaliação pessoal de um membro localizado do GEMA, ... (médica e coordenadora do GTB), no entanto, é muito positiva, relacionando sua passagem pelo GEMA com diversos contatos com instâncias institucionais, para a solução de problemas da comunidade atendida.

C.7. Sustentabilidade financeira

Não há registro de demandas de recursos financeiros para o funcionamento do GEMA, no período de sua existência. Ao que tudo indica, as despesas que surgiram, com transporte de membros para as reuniões e o espaço utilizado, bem como a reprodução de materiais de estudo, foram cobertas pelas próprias secretarias onde estavam lotados os participantes da experiência.

A desarticulação da experiência demonstra que, em relação a sustentabilidade, a dependência institucional do GEMA, principalmente no que diz respeito aos processos de implementação das ações propostas, acabou por inviabilizar o programa.

C.8. Processo de comunicação

Foi criada uma lista com todos os telefones e endereços eletrônicos dos participantes, e divulgada entre os diversos atores responsáveis pela coordenação do GEMA. As atas das reuniões também eram compartilhadas.

C.9. Prestação de contas

Não há registro de nenhum instrumento de prestação de contas, nem financeiro, nem junto aos superiores dos técnicos envolvidos no GEMA.

D. Categorias de Conteúdo

Embora o foco da pesquisa seja a experiência da intersetorialidade no tratamento das questões ambientais e da qualidade de vida da comunidade alvo, com intermediação do PMF de Niterói, o contexto observado no Programa Médico de Família construído no município é bastante rico em especificidades, propostas e ações. No entanto, a pesquisa não foi capaz de perceber toda sua a totalidade Alguns aspectos podem ser apresentados como razões dessa impossibilidade:

· Tempo de permanência: os três dias de permanência do pesquisador foram ocupados, em sua maioria, tentando localizar atores que participaram do GEMA. A experiência em questão não foi reconhecida, e foi confundida com outra pelos coordenadores gerais do PSF. Existem outras atividades, de caráter intersetorial e que buscam intervenções na questão ambiental, em andamento no PMF de Niterói. A questão do meio ambiente, na verdade, faz parte da preocupação do modelo de saúde de família do município;

· Complexidade do programa: o PMF traz, em sua estrutura, um organograma, e uma cadeia de transmissão de informações e procedimentos que, embora apresente funcionalidade e efetividade, exige uma dedicação e tempo do pesquisador para compreendê-la;

· A distância geográfica entre a sede da Fundação Municipal de Saúde e as localidades atendidas, inviabilizando o deslocamento rápido entre as estruturas;

· As equipes básicas de saúde não contam com uma USF, compartilhando o espaço com as policlínicas de referencia das localidades, exigindo um período de permanência maior para identificar os procedimentos do PMF e da rede pública de saúde de forma diferenciada.

Assim descritas as dificuldades, buscaremos identificar, dentro das limitações reais dessa primeira parte da pesquisa, as categorias de conteúdo.

D.1. Integralidade e humanização no cuidado

A partir da presença do pesquisador na policlínica de referência do Jurujuba, de entrevistas e algumas informações colhidas de forma informal (não registradas em gravações), a dimensão de atenção à saúde do PMF demonstra uma responsabilização das equipes básicas de saúde e da equipe de supervisão com a saúde da população. As visitas domiciliares são freqüentes. É feito um levantamento atualizado e detalhado das famílias e das situações das comunidades, que subsidiam os diagnósticos construídos. Os grupos operativos atendem os diversos perfis de patologias (diabetes, hipertensão, etc). São desenvolvidos outros trabalhos com grupos da comunidade, inclusive lideranças, buscando desenvolver o auto-cuidado e o despertar para questões educacionais, ambientais, sociais. A relação entre o PMF e a rede pública de saúde aponta para a integralidade do atendimento. A humanização no cuidado da população pôde ser observada pela qualidade das relações entre os profissionais e a comunidade que estava presente na policlínica.

D.2. Mudança de Estilo de Vida e Incentivo às Ações e Comportamentos Saudáveis

Diversas ações desenvolvidas pelo PMF apontam para compreensão, por parte dos profissionais envolvidos, da importância da mudança no estilo de vida da comunidade. Limpeza de depósitos irregulares de lixo, construção de mecanismos de representatividade e organização coletiva, presença nas campanhas de vacinação e exames preventivos são alguns exemplos levantados. O envolvimento da comunidade nessas ações demonstra o reconhecimento da importância da

perspectiva do autocuidado e auto-afirmação dos indivíduos e dos grupos sociais envolvidos.

D.3. Educação Popular em Saúde

São muitas as ações desenvolvidas pelos profissionais do PMF que utilizam o envolvimento da comunidade. Existem atividades de controle de zoonoses, de combate à dengue e de combate ao Caramujo, que priorizam o controle dos vetores das doenças. Estas práticas são construídas através de instrumentos educativos, na comunidade e nas escolas da área de atuação.

Os diagnósticos construído pela EBS, em parceria com a comunidade, despertam a compreensão dos determinantes sociais sobre suas condições, modos de vida e sobre a necessidade de atuação social para sua melhoria.

D.4. Atuação Social

Uma parte significativa do esforço desenvolvido pela EBS e pelos membros da equipe de supervisão está voltada para dar respostas aos problemas sociais vividos pela comunidade local, em áreas de saneamento básico, abastecimento de água potável, pavimentação de ruas, destinação do lixo, alfabetização, criação de espaços de lazer, iluminação pública, entre outros.

D.5. Participação Popular

A participação popular é marca do PMF de Niterói. Os profissionais são contratados pelas Associações comunitárias. Os diagnósticos construídos têm a marca dessa participação. Os encaminhamentos das demandas são construídos junto a atores da comunidade. Existe, aparentemente, uma identificação muito forte da comunidade com o Programa Médico de Família.

D.6. Autonomia-Autonomização

As mudanças promovidas pelas ações coordenadas pelos profissionais do PMF não seriam possíveis sem o autocuidado e a co-responsabilização dos indivíduos, grupos e conjunto da comunidade com a própria saúde.

Quanto à apropriação e controle da população sobre suas próprias condições de vida, a pesquisa precisaria de uma investigação mais profunda para afirmar algo.

D.7. Equidade

A preocupação em se atingir grupos específicos, submetidos a condições de vulnerabilidade social, está presente na própria escolha das regiões onde estão implantados os módulos do PMF. Através do diagnóstico construído, são traçadas ações que buscam atingir justamente a questão da equidade.

D.8. Intersetorialidade

A intersetorialidade está presente na atuação do PMF. A equipe de supervisão já conta com profissionais de diversas áreas, como assistência social, e alguns médicos trabalham com questões ambientais. Existem práticas sendo desenvolvidas nas escolas, parcerias firmadas com a Defesa Civil e com a Secretaria de Obras, entre outras. Por ser uma referencia de interlocução entre os espaços institucionais e a comunidade atendida, o PMF é chamado para intermediar relações constantemente.

D.9. Reflexão sobre a Prática e Conteúdo Teórico

Devido à proximidade de Niterói de grandes institutos de pesquisa na área de saúde coletiva e aos inúmeros estudos já desenvolvidos sobre o PMF do município, pode-se perceber a construção teórica que precede as diversas práticas desenvolvidas pelas EBSs, Equipe de Supervisão e Coordenações.

Conclusão

As categorias operacionais e de conteúdo não puderam ser aplicadas em sua totalidade, uma vez que a experiência não chegou a implementar as ações construídas pelos grupos de trabalho.

A criação e implantação do PMF em Niterói não significou a desestruturação do sistema de saúde já existente, que, inclusive, continuou ampliando seus aparelhos As duas metodologias de saúde pública atuam de forma simultânea nas mesmas regiões.

Os regimes de trabalho, as cargas horárias e a estrutura administrativa são diferenciados, merecendo uma analise mais detalhada dessa relação, dos mecanismos que permitem a harmonia entre as duas e das estratégias utilizadas para administrar as possíveis dissonâncias existentes.

Uma experiência pré-existente e marcante é o Comitê de Direitos da Criança e do Adolescente, tanto pelo caráter da intersetorialidade, quanto pelo aspecto da construção coletiva de transformação da realidade, a partir de ações que promovam qualidade de vida. Esta experiência vem desenvolvendo, há diversos anos, atividades educacionais, de resgate e construção de cidadania, de geração de renda, e diversas outras que demonstram a capacidade organizativa e de busca de soluções para problemas levantados pelas próprias comunidades onde acontece. A presença do PSF nessa e em várias outras ações que ocorrem no município não se dá somente pelo diagnóstico, mas pela inserção que seus agentes tem na comunidade e pela compreensão que têm e compartilham com seus atendidos. A compreensão mais detalhada dos mecanismos construídos pelo Comitê permitirá apreender, de forma sólida, a potencialidade da intersetorialidade, os instrumentos utilizados para impedir impactos negativos da presença institucional e os mecanismos que permitem sua sustentabilidade e durabilidade.

O modelo de PSF implementado em Niterói também pode ser fruto de uma investigação mais detalhada, visto que ele apresenta inúmeras estruturas que o diferencia dos modelos que estão sendo construídos em outros municípios do país.

12. O Programa de Saúde da Família no Distrito Sanitário de Mosqueiro - Belém–PA

Data da visita

06 a 13 de junho de 2005

Entrevistados:

Assessor de informação da coordenação distrital de saúde da família em 2004

Coordenadora distrital de saúde da família em 2004

Enfermeira de equipe de saúde da família

Agente comunitário de saúde da família

Médica de equipe de saúde da família

Coordenadora da casa “Recriar”

Enfermeira assessora da coordenação municipal de PSF e PACS

Moradores (4)

A. Impressões preliminares

A presente experiência se refere essencialmente à organização da estratégia saúde da família em um distrito sanitário em uma região com condições geográficas especiais. Não se trata aqui de um projeto específico, de um programa ou ação de promoção de saúde desenvolvidos no PSF, mas sim da própria implantação e vivência do PSF em um distrito.

Mosqueiro é uma região de Ilhas, distando 80 Km de Belém. Apesar da distância é, administrativamente, um distrito da capital do Pará. Do ponto de vista sócio-econômico, a Ilha de Mosqueiro tem características de um balneário e também encontra-se lá uma população ‘ribeirinha’, como são chamados localmente, que vive da pesca e atividades afins.

As condições gerais de funcionamento do programa de saúde da família são aquelas já descritas em relato anterior (PDI Santana do Aura). Além disso, deve-se acrescentar aqui que durante a visita ficou claro que a atual coordenação do Família Saudável desconhecia a experiência anterior e, de fato, a própria instância de gestão distrital do programa, núcleo da experiência investigada, tinha sido eliminada. Por fim, constatou-se que, em Mosqueiro, várias equipes de PFS estavam desmobilizadas, em vários graus.

B. Caracterização da experiência

A estratégia de saúde da família foi implantada em Mosqueiro inicialmente como PACS. Em 1999 assumiu a forma de PSF. Foram implantadas 9 equipes, atingindo-se cobertura total para uma população de aproximadamente 30 mil habitantes.

Algumas características do programa de saúde da família em Belém se distinguiam do modelo nacional. Essa distinção era assumida na forma de uma marca própria: Programa da Família Saudável, PFS. Tais peculiaridades e distinções serão consideradas na descrição das categorias analíticas. Nessa caracterização da experiência deve-se destacar, no entanto, que, no modelo de gestão e da estratégia de saúde da família implantado em Belém, havia uma coordenação distrital que organizava e se responsabilizava pelo trabalho desse conjunto de equipes. A coordenação distrital dava o tom, o diapasão da atuação nas equipes e supervisionava essa atuação, através de reuniões periódicas de avaliação. Ao mesmo tempo tinha a responsabilidade de definir prioridades e linhas de atividade conjuntas.

No curso de suas atividades foram implantadas, no distrito de Mosqueiro, uma casa de saúde mental (a Casa Mental) e uma casa para reabilitação de crianças com necessidades especiais (a Casa Recriar). Por fim, houve uma tentativa de unificação de diversas instâncias da administração do sistema de saúde no distrito: a administração das Unidades de Atenção Básica, a vigilância sanitária e a administração do Família Saudável.

C. Categorias Operacionais

C.1. História

A experiência em foco nesse relato conjuga-se com a própria implantação e desenvolvimento do PSF na região de Mosqueiro, como descrito no item anterior.

C.1.1. Antecedentes

A discussão dos antecedentes para a implantação do PSF no Brasil ou em Belém fogem ao escopo dessa pesquisa. Em Mosqueiro não havia antecedentes especiais.

C.1.2. Motivação

A discussão dos motivos e das motivações para a implantação do PSF no Brasil ou em Belém também foge ao escopo dessa pesquisa. Em Mosqueiro, pode-se considerar as peculiaridades geográfica, demográfica e administrativa, como motivações ou estímulos específicos para a estruturação do PSF na forma de distrito.

C.1.3. Estratégias de implantação

O ponto mais relevante na estratégia de implantação parece ter sido o trabalho de convencimento da população para o novo modelo de atuação no setor saúde.

Veja-se o relato de uma ACS sobre este processo:

> "No começo a comunidade não aceitava, porque ia tirar a parte do atendimento da tarde que seria que o médico ia visitar as casas. Então a comunidade não tava aceitando, né, aí o que aconteceu, reunimos com a comunidade e a coordenação na época, veio explicou tudinho pra gente que ia ser, inclusive veio até uma médica que era de Cuba, né?"

D. Desenvolvimento

Conforme relato anterior o PSF em Mosqueiro desenvolveu-se sob a direção de uma coordenação distrital. Essa coordenação foi substituída, no curso de alteração maior dos quadros da Secretaria Municipal de Saúde, no ano de 2004.

Um dos pontos relevantes da atuação da coordenação distrital teria sido na elaboração e avaliação conjunta com as equipes de diagnóstico ou perfil epidemiológico local e distrital. Há sensível controvérsia entre alguns dos atores entrevistados acerca do desenvolvimento dessas atividades.

Segundo depoimento de médica de uma das equipes da região, na primeira coordenação havia a prática de reuniões mensais gerais e por equipes, com a coordenação distrital para apresentação e discussão de diagnóstico epidemiológico. Perguntada se nessas ocasiões se procurava fazer um diagnóstico geral do distrito, definindo prioridades ou estratégias comuns, afirmou:

> "Era discutido sim, inclusive lá no Caramanduba tem uma ocorrência muito grande de malária, então ela fazia, ela mandava a gente fazer treinamento de malária, todos, né. Em todos as Casas, então ela procurava contornar a situação, prevenir as ocorrências."

No entanto, é diametralmente oposta a opinião de enfermeira de outra equipe da região. Ao ser perguntada sobre a existência desse perfil epidemiológico geral e sobre a participação das equipes em sua avaliação, afirmou:

> “Porque até então eles diziam que seria feito um relatório maior sempre pra fora, nunca era pra gente, a gente não sabia o que tava fazendo. A gente não tinha, a gente não sabia se a gente tava alcançando os objetivos do programa, se a gente tava na linha certa, a gente não sabia de nada. Então a gente tinha o perfil como um trabalho a mais que a gente não tinha retorno nenhum”.

Não foi possível esclarecer completamente este contraditório com outras evidências, mas, ao que tudo indica houve este processo de diagnóstico e avaliação geral com alguma participação das equipes.

Veja-se o que afirmou a coordenadora distrital do ano de 2004 sobre a implantação e desenvolvimento do PSF no local:

> “Quando foi implantado o programa que tem o modelo PSF, então tem toda aquela diretriz, né? Então procurou-se em Mosqueiro se fez isso muito bem, porque se fez um perfil epidemiológico. Nós, até hoje, é feito semestremalmente, nós temos os resultados, o perfil epidemiológico é feito pelos ACSs. Então como em Mosqueiro foi implantada 9 equipes. Em Mosqueiro foi implantada de 3 Unidades de Saúde, todas 3 trabalham com urgência/emergência e foi implantada 3 casas do família saudável. Então ficou 6 unidades, 3 do PSF e 3 ... Além desses 6 equipamentos foi implantada lá a casa especializada mental e a casa recriar e nós tínhamos na época a unidade mista que ainda era do estado e em 2004 ela foi municipalizada, passou a ser o hospital municipal de Mosqueiro”.
>
> “Foi feito o levantamento, o recadastramento de todas as famílias, Mosqueiro foi um dos Distritos em que a gente teve condições de fazer isso. Cadastrar todas as famílias e nesse cadastramento já fazendo, acoplando o perfil, fazendo um levantamento de dados pra gente ter um quadro, perfil epidemiológico”.
>
> “Ao cadastrar as famílias, é claro que a gente tem uma fotografia do quadro de saúde de cada família. Então lá foi onde tirou os grupos prioritários realmente. Gestantes, né ...”.
>
> “Nós procuramos desenvolver umas oficinas e seminários, mini-seminários, onde a gente socializava e discutia esses dados de um modo geral, a gente não conseguiu fazer o grande seminário que a gente queria fazer, com todo o distrito”.

Outro ponto significativo da atuação da coordenação distrital do PSF teria sido a criação da casa recriar, justamente em função do diagnóstico epidemiológico regional. No entanto, o relato da atual coordenadora da referida instituição é categórico ao determinar uma participação apenas marginal do PSF e sua coordenação na criação e funcionamento da casa.

Em suas palavras:

> “O projeto iniciou-se através de pediatra que trabalha na Universidade Federal do Pará, na época ela trabalhava na unidade materno-infantil do hospital. Ela viu que vinham muitas crianças de Mosqueiro pra serem atendidas lá em Belém. Devido a isso ela pensou na possibilidade, montou o projeto, foi aprovado, pra montar um pólo pra atender essas crianças com necessidades especiais de Mosqueiro”.

O distrito de Mosqueiro teve ainda a peculiaridade da tentativa de unificação de todas as coordenações regionais de saúde em uma coordenação única, mas esse

processo incipiente, iniciado em 2004 foi logo interrompido, com a derrota do partido governista na eleição municipal de outubro daquele ano. Por fim, como já relatado, a própria coordenação distrital foi suprimida e o PSF encontrava-se bastante desestabilizado quando da realização da investigação.

Esse processo final, que descrevo sinteticamente a seguir, pode ser ilustrativo quanto à sustentabilidade do PSF e sua atuação numa estratégia de promoção da saúde. O ambiente e as cores do pequeno drama são dados pela disputa eleitoral municipal de outubro de 2004.

Acompanhemos alguns depoimentos para melhor avaliar essa questão.

Agente comunitária de Saúde:

> “Depois que a nova administração entrou o nosso programa aqui, acho que Belém todo, é, paralisou. Nós estamos desde janeiro sem o nosso médico da família aqui na Bahia do Sol”.
> “Eu acho que é mais uma questão política, é mais uma questão de partido por partido, nós entramos numa administração e essa administração não quis aderir os funcionários que já estavam, que foram da administração passada. Então eu acho que essa questão é mais uma questão mesmo política de tá tirando e colocando pessoas que são ligadas a eles, esse tipo de coisa”.
> Assessor:
> “Eu acredito que o fato do programa ter sido implantado dentro do nosso governo, eu não sei até que ponto a secretaria de saúde entende isso como sendo um braço dentro do governo. Tudo leva a crer que a desinstitucionalização da coordenação de saúde, aliada ao dos agentes comunitários leva tudo para um foco complicado”.

Assessor, depois de garantir que os ACSs eram informados de sua liberdade de manifestação e movimentação, arrematou:

> “Eles eram sabedores, também, e não éramos nós que dizíamos isso, de que uma mudança de gestão traria prejuízo como a gente tá vendo acontecer hoje, nada mais que a gente colocava lá é o que tá acontecendo hoje”.

Médica:

Pergunta: Você acha que o programa, os agentes comunitários, a atuação deles, você acha que foram manipulados politicamente?

> “Foi manipulado sim, a coordenação tentou fazer que todo mundo virasse cabo eleitoral só que eu sempre falei: ‘Eu aqui não tenho cor, minha cor é branca’. Venho aqui para trabalho, não defendo partido nenhum, to aqui para fazer meu trabalho, eu sempre deixava claro para ela, só que os ACSs eram mais manipuláveis do que os médicos e os enfermeiros, né?”.

Perguntada se a atual administração estaria retaliando este movimento ao desmobilizar o PSF ela disse que sim e acrescentou outro ponto de vista:

> ”Ao meu ver, eu não sei nem dizer, olha, eles priorizaram muitas urgências, o hospital em Mosqueiro ta bem aparelhado agora as Casas famílias estão uma tristeza.”

Parece claro, pois, que na disputa de modelos de saúde pública e de organização do setor saúde, a vinculação de um dos modelos a um partido ou posição política determinada enfraquece a sua posição nas transições administrativas.

D.1. Institucionalização/formalização

O programa de saúde da família de Mosqueiro estava perfeitamente institucionalizado na secretaria de saúde municipal.

Por outro lado, sabe-se que o modelo de saúde da família de Belém foi institucionalizado nacionalmente mediante negociação específica, mas este não é um objeto da presente pesquisa. Algo deste processo de institucionalização merece, no entanto, consideração no contexto da atual investigação. Como avaliado exposto no item anterior, os relatos e as condições presentes no momento em que foi feita a pesquisa levam a crer que a identificação do modelo com uma sigla partidária ou ideologia política específica como ocorridas em Belém enfraquecem a sua sustentabilidade nas transições políticas.

D.2. Participação e envolvimento da sociedade

A comunidade foi chamada a participar no momento da implantação do projeto, mas apenas para se conquistar sua aceitação. Não havia conselho local e a comunidade não tinha participação ativa na condução do programa, esse é um consenso entre os mais diversos atores entrevistados.

Veja-se o que relata a esse respeito a enfermeira:

Perguntada se a comunidade participava da gestão do programa, se estava presente na decisão das prioridades, respondeu:

> “Não, ela só foi comunicada. A comunidade iria fazer uma supervisão, ver se realmente estava funcionando a contento da comunidade, faria denúncias, iria atrás e tudo, mas é só isso. A parte de decisões a comunidade ficou de fora”.

O depoimento da ACS corrobora completamente a visão da enfermeira:

> “No começo a gente tinha essa questão de estar sempre com a comunidade, aí, depois de um certo momento que eles viram que a coisa ia dar certo, aí a gente já não fazia mais aquelas reuniões assim, a não ser reunião com os grupos, ou então quando tinha alguma coisa que discutir que fosse mudada, a questão de horário na unidade, a questão da vacina, essas coisas assim...”

D.3. Alcance

A cobertura do programa atingiu 100% da população local. A estratégia de saúde de família é conhecida em toda a ilha de Mosqueiro. Em geral a população tem uma avaliação favorável a estratégia, mas com muitas críticas e decepções.

D.4. Capacitação

O modelo de saúde da família implantado em Belém tinha grande focalização na capacitação, especialmente dos ACSs.

Os depoimentos são consensuais ao descrever a existência de atividades de capacitação para os agentes semanalmente, ministradas pelo médico ou enfermeiro da equipe ou por outro profissional. Nenhum dos atores entrevistados destacou outras atividades de capacitação.

D.5. Avaliação

Os processos de avaliação consistiam em reuniões periódicas internas às equipes (semanais) e reuniões por equipes com a coordenação (mensais) e em ocasionais reuniões gerais do distrito. A principal fonte de informação para esta avaliação era o SIAB. Como relatado a população tinha participação nula ou mínima nesse processo.

D.6. Sustentabilidade financeira

A sustentabilidade financeira que se poderia considerar aqui seria aquela de toda a estratégia de saúde da família no ordenamento do setor saúde no país. Mas isto não é objeto da presente pesquisa.

D.7. Processo de comunicação

Não havia sistema ou mecanismo de informação próprio ao PSF, além das já descritas reuniões periódicas de equipe e com a coordenação.

D.8. Prestação de contas

Não havia prática de prestação de contas do distrito para a população. Em relação ao PFS só havia a prestação de contas para os níveis superiores de rotina, como alimentação das bases de dados SAI e SIAB.

E. Categorias de Conteúdo

E.1. Integralidade e humanização no cuidado

Diversos depoimentos dão conta que o modelo de saúde da família montado em Belém e, em especial, em Mosqueiro tinha o sentido da humanização e integralidade do cuidado e que conseguiu desenvolver-se neste sentido, agregando vários profissionais e linhas de atuação interdisciplinar à estratégia de saúde da família.

Acompanhemos alguns depoimentos sobre várias dimensões do cuidado prestado no PSF de Mosqueiro. Nestes ressaltam também as dificuldades e limitações encontradas.

Nutrição:

Pergunta: Tinha nutricionista e como era a atividade?

Enfermeira:

> "Tinha, nós tínhamos, porque, assim, a nutricionista, ela não faz parte do PSF, mas a coordenação como houve um concurso, né? Aí foi chamada duas nutricionistas no distrito. Então eles se revezavam dentro das casas (Casas da Família Saudável), demanda espontânea e demanda que a gente encaminhava".

Coordenadora:

> "Quando a gente entrou tinha duas nutricionistas em todo o distrito, então quando a gente saiu tinha 6, foi com concurso, fomos elaborando projeto, mostrando a necessidade ... Aí a gente conseguiu fazer um trabalho legal junto com a educação dentro das creches, dentro da casa recriar. Na casa recriar a nutricionista reunia com as mães no preparo dos alimentos, treinar as mães pra manipular alimentos mais baratos, aquelas alternativas que elas sabem".

Enfermeira:

> "Quando a nutricionista saía da casa recriar ela pegava aquela criança lá quando a gente ia na área, então ela continuava acompanhando".

Assistência Social

Pergunta: Assistente social também tinha, né?

> Coordenadora: "Uma assistente social pra todo o distrito, junto da coordenação"
> Assessor: "Hoje ela foi pra Unidade, quando foi dissolvida a coordenação ela ficou presa à unidade de saúde."
> Enfermeira:
> "Era muito difícil a gente conseguir alguma atividade com ela. Ela era única, tem todo mundo, era uma, na medida do possível, mas assim às vezes a gente detectava um idoso numa situação mais crítica".

Saúde Bucal

Pergunta: Saúde Bucal, tinha? E como era?

> Enfermeira: “Tinha, nós tínhamos dentistas dentro da unidade e um dentista dentro da comunidade”.
> Coordenadora: “Nas três unidades de saúde que nós tínhamos um serviço odontológico muito bom, por sinal 12 horas de 8 da manhã até às 6 da tarde”.

Perguntada sobre como era o trabalho de saúde bucal dentro das comunidades, respondeu:

> “Eles tinham uma Kombi, né, aí eles iam na casa recriar, na casa mental também, tudo pré-agendado e faziam o atendimento”.

Fisioterapia

Pergunta: E fisioterapia, tinha?

> Coordenadora: “Tinha, dentro da casa recriar”.
> Pergunta: A casa recriar só atendia crianças?
> “É... até 18 anos, 21 anos”.
> Pergunta: Mas, todas com necessidades especiais?
> “É, exatamente”.

Acolhimento

> Pergunta: Acolhimento tinha em todas as unidades? Assessor: “Todas”.
> Pergunta: Como é que funcionava o acolhimento?
> Enfermeira:
> “A criança chegava no arquivo, né, que é a porta de entrada, a pessoa do arquivo perguntava o que tava acontecendo, qual era o problema, quando detectava que era acolhimento, porque também o arquivo foi treinado no acolhimento, e encaminhava pra técnica de enfermagem que fazia todo o acolhimento que seria a triagem e encaminhava, ou pra enfermagem ou pro médico”.

Agente Comunitária de Saúde:

> “O paciente chegava na unidade, né, aí geralmente era aquele paciente que não tinha pegado ficha no dia anterior, aí do acolhimento o rapaz indicava se ia para o médico se ia pra enfermeira. O técnico em enfermagem. Aí ele dizia, perguntava o que que tinha o paciente e tudo o mais, aí ele indicava pra onde é que o paciente ia. Agora em caso de urgência, lá passava com ele lá através do acolhimento pra ele verificar a pressão, verificar se tava com febre, essas coisas e já indicava pro...”

Atenção psíquica

Perguntada se havia suporte em saúde mental para as equipes, a enfermeira respondeu:

> “Não, dentro das equipes não, porque o médico que a gente tinha ele se recusava porque ele mesmo dizia que não tinha competência técnica pra fazer tratamento. Então encaminhava todo mundo pra lá”.

Perguntada sobre a abordagem psíquica de grupos ou condições específicas, como gestantes, portadores de patologias crônicas, afirmou: “A gente fazia isso tudo nas reuniões de grupo”.

Perguntada se tinha suporte psicológico para isso, respondeu: “olha, a gente não tinha aquele suporte”.

Mesmo com todas as limitações aqui relatadas, creio que os depoimentos validam a avaliação inicial de que o PSF em Mosqueiro dirigia sua atuação para a humanização e integralidade do cuidado.

Para além da interdisciplinaridade, a integralidade na atenção à saúde prestada à população deve se manifestar pela abordagem globalizante dos problemas e agravos sofridos pela população nos grupos específicos em que ela se distribui. Algo dessa integralidade e de seus resultados está expresso na fala sintética da agente comunitária de saúde:

Perguntada sobre os resultados do PSF em Mosqueiro afirmou:

> “Ah, trouxe muito benefício pra cá, porque antes de nós assumirmos tinha um índice de mortalidade infantil, era muito grande. A mãezinha não fazia o pré-natal, não levava os filhinhos pra fazer vacina, e questões de AVC, a gente tinha vários casos de AVC. Aí com a nossa entrada a gente ia lá, controlava, aí levava médico, ficava em cima mesmo daquelas pessoas para que não acontecesse as questões dos AVCs, a questão da mortalidade infantil, as vacinas atrasadas, a mãezinha que ia ter neném”.

Perguntada se as prioridades eram somente estas ou se forma mudando com o tempo, afirmou:

> “Foi mudando, né, na realidade, aí a gente só trabalhava com isso, aí depois começamos a trabalhar com adolescentes, prevenção de DSTs, começamos a trabalhar com o grupo da terceira idade, que até hoje nós temos... Essas coisas assim, a gente foi pegando global, a gente começou a trabalhar com tudo o que se diz relacionado a uma família, uma casa... essas coisas assim, questões até mesmo de doente mental, a gente já tinha nosso grupinho, eles iam e conversavam entre si, quer dizer, foi um avanço muito grande pra gente, já levava pro psicólogo, já levava assistente social, tudo dentro lá da casinha pra ser atendido e tudo o mais”.

E.2. Mudança de Estilo de Vida e Incentivo às Ações e Comportamentos Saudáveis

As atividades tradicionais de mudança de estilo de vida, desde o incentivo ao aleitamento materno até a prevenção do risco cardiovascular eram desenvolvidas em Mosqueiro, acompanhando o padrão nacional.

E.3. Educação Popular em Saúde

A educação popular é uma prática em Mosqueiro, como no PSF em geral. Os objetos eram preferencialmente aqueles postos pelo programa nacional, aos quais

se agregavam necessidades ou demandas específicas de cada área. Havia a intenção de aumentar a capacidade da população para o autocuidado.

Acompanhe-se o relato da enfermeira sobre esse tema:

Pergunta: Com relação às atividades educativas, quais eram em geral que vocês desenvolviam? Quais eram e porque eram aquelas?

> "A gente trabalha muito voltando novamente na comunidade com os grupos prioritários, sempre que tinha reunião. E a reunião era mensal. E a reunião era mensal, com os grupos e era feita uma educação pra eles, lá voltada pra eles, diabéticos, hipertensos, gestantes, proami (incentivo ao aleitamento materno). Agora tinha palestra do preventivo que a gente fazia com todas as mulheres, planejamento familiar. Era uma reunião mensal, o planejamento familiar, e no próprio consultório a gente orientava todo mundo que entrava".
>
> Pergunta: Todas as atividades educativas, esse enfoque foi dado pela norma do ministério ou vocês revalidaram ele, vocês acharam que era isso mesmo?
> "Quando eu cheguei lá tinha essa norma, agora todo mês a gente sentava com a equipe e discutia. Às vezes, por exemplo, na área dele tinha um caso de hanseníase, até a gente ia lá na comunidade, reunia e falava, era hanseníase, tubérculos e tinha as semanas comemorativas também que a gente trabalhava".
> Pergunta: Existia a preocupação de tornar aquela família, aquele indivíduo capaz de cuidar de si?
> "Exatamente, a gente sempre falava com as mães, a gente falava, assim, a gente orientava quando é que elas tinham que ir na unidade porque se a criança tossisse agora, ela não sabia se aquela tosse era necessário ir naquele momento e o posto tava fechado, ela desesperava, ela ia ao hospital, batia no hospital e voltava. Então a gente procurava orientar as mães para que elas pudessem identificar o que era, o que fazer e quando ir".

E.4. Atuação Social

Depreende-se dos depoimentos colhidos A atuação direta sobre determinantes sociais da saúde não parece ter sido uma tônica do PSF em Mosqueiro.

Perguntada sobre o enfrentamento com os problemas sociais e sobre as atividades de caráter social realizadas pelas equipes, a enfermeira afirmou ser esse sempre um incômodo muito grande, porque era um problema que interferia com todas as atividades, mas ela sentia que as equipes não tinham instrumental para intervir nisso.

O ex-assessor da coordenação distrital afirmou que em algumas áreas as equipes estavam impossibilitadas de atuar sobre esses problemas dado ao tamanho excessivamente grande da população adstrita.

Perguntada se a questão da falta de esgoto e água tratada na ilha entrou no diagnóstico, se foi definida como prioridade, se houve envolvimento da população nisso, a ex-coordenadora distrital afirmou:

> “Nós tínhamos as assembléias, porque era realmente o sistema da governar. No orçamento participativo foi a grande obra sanitária, foi discutida e aprovada dentro do OP. A coisa tá lá e tal, uma grande obra realmente ela teve, quer dizer, mas esse complemento que era a ligação da casa com as canalizações foi que não conseguiu”.

E.5. Participação Popular

Manifestou-se no curso da investigação que o PSF em Mosqueiro não reconheceu nem atuou reconhecendo a participação popular como conteúdo da atuação em saúde, para a melhoria da saúde.

E.6. Autonomia

As atividades de educação em saúde desenvolvidas pelas equipes em Mosqueiro tinham algum componente de autonomização de indivíduos, grupos e comunidades. Não se notou aqui, contudo, uma atuação mais acentuada neste sentido do que o conteúdo básico do PSF.

E.7. Equidade

O princípio da equidade pode ser visto na divisão da população distrital entre as equipes conforme critérios geográficos. Os relatos deram conta que algumas equipes com áreas de acesso difícil tinham em torno de 1000 habitantes adstritos, enquanto outras, totalmente urbanas, tinham mais de 5000 pessoas vinculadas.

E.8. Intersetorialidade

A intersetorialidade não era uma metodologia própria do PSF em Mosqueiro.

E.9. Reflexão sobre a Prática e Conteúdo Teórico

A investigação revelou que para os atores institucionais o PSF constitui um modelo próprio de atenção à saúde, pelo conteúdo preventivo e promocional que nele se localiza.

Exemplar dessa revelação é o seguinte diálogo, estabelecido com enfermeira e assessora da coordenação municipal de PSF e PACS.

Nessas atividades de educação, qual o maior objetivo, o que você está procurando ali?

> “A promoção da saúde, né?
> No sentido de?

> “De ter uma qualidade de vida melhor que seja uma pessoa melhor né, o PSF, ele bate muito nisso em termos de educação, né?

Vocês estão aumentando a capacidade das pessoas para cuidarem de si, esse foi um objetivo?

> Qualidade de vida, né? Não só de saúde, mas também de qualidade de vida, uma formação para ela procurar se alimentar melhor, se vestir melhor, estudar, a gente orienta”.

Conclusão:

As virtudes e os limites do PSF como promoção em saúde estão presentes na experiência de Mosqueiro e se manifestam claramente nas declarações dos moradores locais. Expõe-se a seguir alguns desses depoimentos:

Morador 1:

> “Bem elas iam na casa, perguntavam se tinha criança doente, hipertensos, idoso, né? É só isso que elas faziam”.
> “A gente tinha nosso número, aí a gente dava só o nome e o número da gente e era mais rápido pra tirar a ficha”.
> “Na minha casa eles nunca foram, né, porque eu tenho um filho de 15 anos e outro de 10 anos. Nunca foram assim pra saber mesmo, agora, ultimamente, nunca mais foram na minha casa. Vai fazer uns dois anos que eu tô lá na minha casa nova e nunca foram lá. Ela vai mais na casa da minha tia e do meu avô. Ela é mais idosa, ela vai lá saber, marca a consulta deles, isso é bem organizado, eu acho, do família saudável. Mas na minha, pros meus filhos assim mesmo nunca foi preciso, porque toda vez a gente tinha que ir pro hospital mesmo”.
>
> Não tinha atendimento médico no saúde da família aqui não? “Não”
> Morador 2:
> “Médico tinha no postinho”.
> “No começo desse ano durante 3 meses, ou até 4 meses não existia médico de espécie alguma”.
> “No momento tá tendo médico, mas pra se conseguir uma ficha tem que ir 2 hs. da manhã”.
> “Tem uns dois meses que não tem agente nem mais no posto de saúde. Em casa tem uns dois anos que eles não passam”.
> Alguma vez você foi atendida pelo família saudável, os agentes te deram alguma informação, você conversava com eles, te davam orientação?
> “Uma vez só, quando meu filho adoeceu, a agente na época, ela levou a enfermeira lá em casa pra avaliar ele, pra ver, né, porque ela achou que ele poderia estar com pneumonia, mas não tava”.
> O seu filho tinha quantos anos?
> “2 anos”.
> Eles não acompanhavam a vacinação, não perguntavam pelo cartão de vacina?
> “Nada”.
> E quanto ao preventivo de câncer, o exame ginecológico?
> “Elas só mandavam a gente ir no posto, tirava a ficha e a gente fazia lá”.
> Tudo fazia lá?
> “É, tudo tinha que ser no posto”.
> E tinha fila, né?

“Tudo, até os hipertensos que tem aqueles remédios controlados por mês, elas avisavam: ‘Olha, já tem o remédio’. Eles tinham que ir pra tirar a ficha pra poder pegar o remédio”.

A comunidade era chamada pra discutir as prioridades que tinha, o que era mais importante fazer?
“Não”.
Morador 3:
A Sra. autoriza a gravação dessa entrevista?
“Mas é pra falar sobre o que?”
Sobre o funcionamento do Saúde a Família.
“Olha, na minha casa ele nunca foi”
A Sra. é cadastrada no saúde da família?
“Sou.”
Há quanto tempo?
“Quatro anos ou mais”.
Qual é, na sua visão, a atuação do saúde da família?
“Olha, quando eu me operei duas vezes, nenhuma das duas vezes foram em casa, porque o certo é vim ver as pessoas que tão doente, né? Mas nenhuma das duas vezes foram. Foram chamar e eles disseram que tavam almoçando, eu tive que ir meio dia, num sol quente”.
Antes disso eles já tinham ido visitar a casa da Sra. alguma vez?
“Só vinham na porta, perguntar se tava tudo bem e se tem alguém doente e só”.
Nunca entraram pra conversar, A Sra. tem filhos?
“Tenho um”.
Quantos anos?
“Tem sete anos”.
Nunca entraram pra conversar, se a Sra. tem quatro anos que ta cadastrada ele tava com 3 anos, pra dar orientação sobre cuidados, alimentação, essas coisas, não? Pra conversar sobre cuidados com a criança, sobre cuidados com a sua saúde, do seu marido?
“Nunca. Eles param só na porta assim, perguntam como é que tá, se tá tudo bem, se tem alguém doente”.
Pra Sra., o PSF serve pra que?
“Na vez que eles entraram em casa foi pra pegar as identidades minha e do meu marido e a certidão do meu filho pra recadastrar pro cartão do SUS. Mas até hoje não apareceu em casa”.
Não tinha assistência médica e de enfermagem através do PSF?
“Não, não tinha”.
A Sra. quando precisa de assistência médica, assistência à saúde, de qualquer modo, como é que a Sra. faz, a quem a Sra. recorre?
“Posto de Saúde”.
E as filas são grandes?
“É, com certeza, tem vezes que sai 10, 20 fichas”.
Morador 4:
Interrogado sobre a atuação do PSF, respondeu:
“Cansou de vir por aqui pra ver como é que tava a saúde da família aqui na casa do meu pai, que ele tem problema de pressão, eles sempre vinham aqui com médico pra fazer controle, pra ver como é que estava a saúde realmente...Também faziam palestras. Aqui na comunidade e na unidade”
Então o Sr. acha que atendia às necessidades da família do Sr.?
“Com certeza, eu cansei de ver eles vindo aqui.”

III.ANÁLISE DOS RESULTADOS

1. CLASSIFICAÇÃO DOS CASOS PESQUISADOS

A análise dos diversos casos nos permitiu visualizar as suas características no tocante às categorias analíticas propostas. Apresentamos a seguir uma classificação dos casos em cada uma das categorias analisadas.

Mantendo-se claro o caráter não probabilístico da amostra pesquisada é evidente que tal distribuição não tem a pretensão de indicar uma possível distribuição do conjunto de experiências de promoção de saúde no âmbito do PSF no Brasil. Sua utilidade se prende, portanto, à visualização de conjunto dos casos nas categorias pesquisadas.

Na seqüência exporemos a análise sintética dos resultados encontrados e as conclusões correlacionadas.

Casos descartados - 2

Mosqueiro – Distrito sanitário

Niterói – Grupo inter-setorial para risco ambiental

Casos considerados – 11

Desenvolvimento de crianças de comunidade de catadores de lixo - Aurá

Promoção da saúde com adolescentes - Pedreira

Inclusão e protagonismo de homossexuais - Gatass

Educação popular em saúde com adolescentes - PMPES

Alfabetização de idosos por adolescentes - Itambé

Conselho local de saúde - Blumenau

Atenção básica à saúde indígena -Viamão

Promoção da saúde na atenção básica em curso de medicina – Montes Claros

Implantação de Spa comunitário pelo PSF – Sta. Cruz

Rede de detecção de violência a crianças e adolescente – Maranguape (rede)

Integração de rezadores à rede institucional de atenção básica em saúde – Maranguape (rezadores)

Protagonistas dos projetos analisados:

Médico de PSF – 1 (Sta. Cruz)

Enfermeiro de PSF – 3 (Gatass, Itambé, Sta. Cruz)

Coordenador distrital/municipal de PSF – 4 (Aurá, Maranguape, Pedreira, Adolescentes)

Professor/coordenador de curso – 1 (Montes Claros)

Programa de saúde indígena – 1 (Viamão)

Equipe de saúde da família – 1 (Viamão)

Conselho local de saúde – 1 (Blumenau)

Posição política municipal (partidos, coligações, administrações) – 5 (Aurá, Pedreira, Maranguape, Blumenal, PMPES)

Motivação:

Avaliação de risco – 8 (Aurá, Pedreira, Itambé, Gatass, Sta. Cruz, Maranguape (rezadores), Viamão, Montes Claros)

Diagnóstico pelo PSF – 7 (Aurá, Pedreira, Itambé, Gatass, Sta. Cruz, Maranguape (rezadores), Montes Claros)

Protocolo de instituição internacional – 1 (Maranguape (rede))

Acadêmica – 1 (Montes Claros)

Conceitos envolvidos na motivação

(Conceitos que surgem como motivos para a prática):

Intersetorialidade – 6 (Pedreira, Blumenal, Itambé, Aurá, Gatass, Ma-ranguape (rede))

Atuação popular – 7 (Blumenal, Aurá, Gatass, PMPES, Maranguape, Montes Claros, Pedreira)

Melhora de determinantes psico-sociais da saúde – 7 (Aurá, Pedreira, Blumenau, Montes Claros, Maranguape (rede), PMPES, Gatass)

Ampliação de capacidades de grupos específicos – 8 (Gatass, Pedreira, Aurá, Itambé, PMPES, Sta. Cruz, Viamão, Maranguape (rezadores))

Equidade – 8 (Gatass, Aurá, Viamão, Blumenau, Itambé, Pedreira, PMPES, Montes Claros)

Multiculturalidade – 3 (Gatass, Viamão, Maranguape (rezadores)

Ampliação de autocuidado – 9 (Sta. Cruz, Maranguape (rezadores), Aurá, PMPES, Gatass, Itambé, Pedreira, Blumenau, Viamão)

Inclusão social de grupos específicos – 7 (Gatass, Aurá, Pedreira, I-també, Viamão, PMPES, Montes Claros)

Cuidado integral à saúde – 7 (Sta. Cruz, Aurá, Maranguape (ambos), Montes Claros, Gatass, Viamão, Itambé)

Formação acadêmica específica

(Formação em saúde pública/saúde da família ou áreas psicosociais dos protagonistas)

Sim – 6 (Pedreira, Montes Claros, Aurá, PMPES, Maranguape (ambos))

Não – 5 (Itambé, Blumenau, Gatass, Sta. Cruz, Viamão)

Ambiente/condições favoráveis para o projeto ocorrer

Vínculo com iniciativas anteriores na área/tema do projeto – 2 (Pedreira, Blumenau)

Ambiente político favorável ao projeto – 5 (Pedreira, Aurá, Maranguape, Blumenau, PMPES)

Vinculação do projeto a redes sociais existentes – 5 (Aurá, Pedreira, Blumenau, Maranguape (rezadores), Montes Claros)

Institucionalização do projeto:

Não institucionalizado – 2 (Itambé, Gatass)

Institucionalizado ao nível de equipe de PSF – 0

Institucionalizado na coordenação de PSF – 3 (Aurá, Pedreira, Maranguape)

Institucionalizado na secretaria municipal de saúde – 6 ou 7 (Maranguape, Pedreira, Sta. Cruz, Blumenau, PMPS, Montes Claros, Viamão - questionável)

Institucionalizado inter-secretarias municipais – 0

Formalização legal ao nível do município – 1 (PMPES)

Institucionalizado ao nível estadual/nacional – 1 (Viamão)

Institucionalização inter-institucional – 3 ou 4 (Montes Claros, Aurá, Pedreira, Sta. Cruz - questionável)

Institucionalizado em instituição não governamental – 1 (Montes Claros – AGERC)

Mecanismo de financiamento

Possui mecanismo de financiamento institucionalizado - Todos

• Via SMS – 9 (Aurá, Pedreira, Blumenau, Maranguape (ambos), Sta. Cruz, PMPES, Viamão e Gatass possuíam mecanismos de financiamento pró-prios, formalizados ou não, através da SMS)

• Via UNICEF – 1 (Aurá, por um período)

• Via Associação comunitária – 1 (Montes Claros)

• Via IES – 2 (Aurá, Montes Claros)

• Via MS – 1 (Viamão)

• Custeio pessoal de profissionais de saúde – 1 (Sta. Cruz)

• Recurso de banco estatal – 1 (Sta. Cruz)

• Recursos da comunidade local – 1 (Pedreira)

Atuação em intersetorialidade – 3

Pedreira, Gatass, Aurá – todas questionáveis

Participação e envolvimento da comunidade:

Ausentes – 0

Reduzidos – 4 (Viamão, Itambé, Maranguape (rede), Montes Claros)

Moderados – 4 (PMPES, Aurá, Pedreira, Gatass)

Elevados – 3 (Blumenau, Sta. Cruz, Maranguape (rezadores))

Impacto pecebido pela população (Alcance e visibilidade do projeto):

Abrangência do projeto em relação à população-alvo (Considerando as necessidades de toda a população municipal)

Não se aplica – 1 (Viamão)

Baixa – 6 (PMPES, Gatass, Aurá, Itambé, Montes Claros, Pedreira)

Intemediária – 3 (Maranguape (rede), Sta. Cruz, Blumenau)

Total – 1 (Maranguape (rezadores),

Conhecimento, valorização e avaliação de repercussão do projeto pela população em geral (Considerando a área de abrangência do projeto)

Mínimos – 3 (Itambé, Montes Claros, Maranguape (rede))

Intermediários – 4 (Blumenau, Viamão, Gatass, Pedreira)

Elevados – 4 (Aurá, Sta. Cruz, Maranguape (rezadores), PMPES)

Repercussão para o próprio PSF – processo de trabalho e concepção da atuação para a saúde (Considerando a área de abrangência do projeto)

Nula ou desprezível – 2 (Itambé, Montes Claros)

Baixa – 1 (Maranguape (rede))

Moderada – 1 (Aurá)

Muito significativa – 5 (PMPES, Pedreira, Sta. Cruz, Maranguape (rezado-res), Viamão)

Ignorada – 2 (Blumenau, Gatass)

Processos de capacitação

Inexistentes – 3 (Itambé, Viamão, Gatass)

Existentes – 8 (Maranguape (ambos), Montes Claros, Sta. Cruz, PMPES, Pedrei-ra, Blumenau, Aurá)

Alcance (considerando os profissionais e o público-alvo envolvidos)

Abrangendo alguns profissionais – 2 (PMPES, Montes Claros)

Abrangendo todos os profissionais – 5 (Sta. Cruz, Pedreira, Aurá, Maran-guape (ambos))

Abrangendo o público-alvo – 7 (Blumenau, PMPES, Pedreira, Aurá, Maran-guape (ambos), Sta. Cruz)

Sistematicidade

Baixa – 1 (Maranguape (rede))

Moderada – 5 (Blumenau, Pedreira, Maranguape (rezadores), Sta. Cruz, Aurá)

Elevada – 2 (PMPES, Montes Claros)

Processos de avaliação

Inexistentes – 4 (Itambé, Viamão, Gatass, Maranguape (rede))

Embrionários (não-sistemáticos, sem instrumento definido e/ou sem registro) – 6 (Montes Claros, Sta. Cruz, Maranguape (rezadores), Aurá, Blumenau, Pedreira)

Desenvolvidos – 1 (PMPES)

Processos de comunicação (com o público-alvo e os atores envolvidos)

Satisfatórios – 8 (PMPES, Gatass, Sta. Cruz, Maranguape (rezadores), Itambé, Aurá, Bumenau, Pedreira).

Insatisfatórios – 3 (Viamão, Maranguape (rede), Montes Claros)

Obs.: Mesmo os processos considerados satisfatórios não se baseavam em instrumentos próprios. O único meio de comunicação usado é o oral, através de reuniões de equipe ou grupo e alguns eventos.

Prestação de contas

Inexistente – 2 (Itambé, Gatass)

Embrionária (não-sistemáticos, sem instrumento definido e/ou sem registro) – 6 (Montes Claros, Sta. Cruz, Maranguape (ambos), Aurá, Pedreira)

Desenvolvida – 3 (Viamão, PMPES, Blumenau)

Sustentabilidade financeira

Recursos insuficientes ou irregularidade no aporte – 8 (Aurá, Gatass, Sta. Cruz, Itambé, Montes Claros, Viamão, PMPES, Pedreira).

Recursos e regularidade de aporte suficientes – 3 (Maranguape (ambos), Blume-nau)

Obs.: Mesmo nos projetos em que identificamos recursos suficientes os atores relatam carência de meios necessários para o desenvolvimento de medidas postuladas ou para solução de necessidades identificadas em seu curso.

Continuidade

Interrupção completa – 2 (Aurá, Itambé)

Interrupção parcial – 3 (Sta. Cruz, Pedreira, Gatass)

Sem interrupção – 6 (PMPES, Blumenau, Viamão, Maranguape (ambos), Montes Claros)

Obs.: O projeto dos spas comunitários mudou-se de cidade. As atividades com adolescentes infratores no PSF foram interrompidas, mas, a partir dessa experiência, foram iniciadas várias atividades com os adolescentes da comunidade. As atividades noturnas foram interrompidas, mas o grupo de travestis continua ativo e relacionado ao PSF.

Resultados no grupo-alvo e população em geral

Alcance (considerando-se o município como unidade de análise)

Nulo ou desprezível – 1 (Montes Claros (para a população))

Baixo – 2 (Itambé, Maranguape (rede))

Intermediário – 8 (Aurá, Blumenau, Maranguape (rezadores), Pedreira, Gatass, PMPES, Viamão, Sta. Cruz)

Elevado – 1 (Montes Claros (para alunos))

Ampliação do conhecimento sobre os determinantes da saúde e sobre os mecanismos e processos para intervenção sobre eles.

Intensidade (considerando-se o grupo-alvo e população da área de abrangência da equipe)

Nula ou desprezível – 0

Baixa – 3 (Itambé, Montes Claros (para a população) Maranguape (rede))

Intermediária – 2 (Montes Claros (para alunos), Viamão)

Elevada – 7 (Aurá, Gatass, Pedreira, Maranguape (rezadores), Sta. Cruz, Blumenau, PMPES)

Obs.: Pode-se questionar se o impacto sobre os alunos no projeto da UNIMONTES, estaria desvinculado do impacto sobre a população.

Ampliação do autocuidado e cuidados com dependentes

Intensidade (considerando-se grupo-alvo e população da área de abrangência da equipe)

Nula ou desprezível – 0

Baixa – 3 (Itambé, Montes Claros (para a população) Maranguape (rede))

Intermediária – 2 (Montes Claros (para alunos), Viamão)

Elevada – 7 (Aurá, Gatass, Pedreira, Maranguape (rezadores), Sta. Cruz, Blumenau, PMPES)

Participação popular deliberativa

Intensidade

Nula ou desprezível 3 – (Itambé, Sta. Cruz, Viamão)

Baixa – 1 (Montes Claros)

Intermediária – 4 (Maranguape (ambos), Pedreira, Aurá)

Elevada – 3 (Blumenau, PMPES, Gatass)

Obs.: Consideramos elevada a participação popular deliberativa no projeto Gatass, porque os travestis criaram uma associação autônoma. Em Montes Claros também se criou uma associação, mas essa surge tão incipiente que sua própria existência parece questionável. Em Maranguape consideramos a constituição de redes de atuação com atores populares uma forma de participação popular deliberativa.

Inclusão social:

(Acesso a bens e serviços, promoção da auto-afirmação e absorção social de grupos excluídos)

Com foco em grupos excluídos – 8 (Gatass, Aurá, Pedreira, Itambé, Viamão, PMPES e Montes Claros parece que tinham este foco conscientemente. Inclui-se também Sta. Cruz, ainda que não fosse o objetivo do projeto)

Intensidade

Desprezível – 1 (Montes Claros)

Baixa – 3 (Aurá, Itambé, Viamão)

Intermediária – 4 (Sta. Cruz, Pedreira, Gatass, PMPES)

Elevada – 0

O impacto das intervenções em Aurá e Itambé foi limitado por sua interrupção completa.

Redes sociais de proteção e cuidado recíproco:

implantação e desenvolvimento de iniciativas de proteção e cuidado recíproco na comunidade.

Desprezíveis – 3 (Montes Claros, Itambé, Viamão)

Baixos – 3 (Maranguape (rede), Sta. Cruz, Aurá)

Intermediários – 3 (PMPES, Blumenau, Pedreira, Gatass)

Elevados – 1 (Maranguape (rezadores))

Apesar de desenhado em uma forma de rede, o projeto de Itambé parece não ter conseguido estabelecer uma relação coletiva persistente entre os idosos e os adolescentes. A rede de proteção contra maus-tratos em Maranguape também surge muito incipiente.

Ampliação do acesso a bens e serviços que permitam a intervenção dos indivíduos da comunidade sobre os determinantes de sua saúde e o desenvol-vimento de comportamentos reconhecidos como saudáveis

Desprezível – 2 (Montes Claros, Itambé)

Baixa – 3 (Aurá, Viamão, Maranguape (rede))

Intermediária – 6 (Sta. Cruz, Pedreira, PMPES, Gatass, Blumenau, Maranguape (rezadores))

Elevada – 0

Atuação coletiva para o desenvolvimento de condições de vida saudáveis: atuação da comunidade para ampliar a sua qualidade de vida

Desprezível – 1 (Itambé)

Baixa – 3 (Montes Claros, Viamão, Maranguape (rede))

Intermediária – 7 (Aurá, Sta. Cruz, Pedreira, PMPES, Gatass, Blumenau, Maranguape (rezadores))

Elevada – 0

2. ANÁLISE FINAL

Em nossa avaliação, à exceção dos casos descartados, as experiências analisadas realizaram em graus diversos as categorias de conteúdo de promoção da saúde propostas para esta pesquisa.

2.1. Sobre a implantação de ações de promoção da saúde no PSF

Os resultados que colhemos foram, em grande medida, favoráveis a uma resposta afirmativa à hipótese de que o PSF é uma estrutura produtora de promoção da saúde. Vimos vários casos em que o diagnóstico realizado pelo PSF, as informações sócio-sanitárias colhidas pela equipe, amplificadas pela proximidade do dia a dia da comunidade, realmente deu maior visibilidade aos problemas locais e induziu à formulação de projetos para sua superação, indicando um processo real de responsabilização. Vários casos mostraram, correspondentemente, o protagonismo de membros ou grupos de membros do PSF, membros de equipe e coordenadores distritais ou municipais. A pesquisa confirma haver uma sinergia entre a estrutura do PSF e a promoção da saúde.

Por outro lado os resultados também são favoráveis à hipótese de que são necessários fatores externos ao PSF para a implantação de ações de promoção de saúde no seu âmbito. Foram identificados nos casos estudados os seguintes fatores que surgem em graus diversos de necessidade: uma determinada posição ideológica[29] dos protagonistas, a presença de pessoas com formação acadêmica em áreas psico-sociais ou de saúde pública junto às equipes de PSF, um ambiente político local favorável, a existência de redes sociais atuantes no território.

2.2. Sobre a sustentabilidade dos projetos pesquisados

Todos os casos analisados conseguiram institucionalização em algum nível do Estado e obtiveram algum tipo de financiamento específico. O envolvimento da população apresentou-se mais intenso em projetos que demonstraram maior sustentabilidade. A abrangência do projeto em relação à população-alvo no município também pareceu ser um fator positivo de sustentabilidade. Porém, essa abrangência foi baixa na maioria dos projetos pesquisados. A repercussão dos projetos tende, portanto, a ser restrita a uma população muito limitada, o que contribui para a sua fragilização.

A percepção generalizada dos pesquisadores foi de que os projetos apresentavam uma fragilidade alta. O financiamento na maioria dos casos é irregular e considerado insuficiente. Os processos de gestão apareceram incipientes, poucos são os processos de capacitação com elevada sistematicidade; os processos de comunicação, mesmo quanto satisfatórios, estão limitados em sua maior parte ao contato verbal entre os interessados; a intersetorialidade é raramente atingida e os mecanismos de avaliação e prestação de contas inexistem ou são apenas embrionários na maioria dos casos. Um alto grau de dependência de protagonistas individuais ou uma vinculação estreita do projeto a uma posição partidária na disputa política local apareceram como expressões e condições dessa fragilidade institucional, explicando a extinção de alguns dos projetos pesquisados.

Para nós surge claro, portanto, que as práticas de promoção da saúde não estão institucionalizadas no âmbito do PSF. No entanto, essa institucionalização

---

[29] Ideologia é aqui entendida no sentido genérico e original de conjunto de idéias ou visão de mundo.

encontra, em nosso ver, potencial positivo na sinergia identificada entre a estrutura do PSF e a promoção da saúde.

2.3. Sobre a replicabilidade dos projetos pesquisados

Em nossa avaliação, todos os casos considerados apresentam elevado potencial de replicabilidade.

2.4. Conclusões

Parece razoável concluir que a difusão dos conceitos e das proposições da promoção da saúde no âmbito do PSF, entre seus membros e coordenadores, constitui uma estratégia de impacto potencialmente alto para a produção de ações de promoção da saúde no PSF. A advocacia da promoção da saúde e a difusão de suas concepções no universo político também surgem como uma estratégia potencialmente eficaz para sua implantação no PSF.

Em nosso entendimento, uma política nacional de promoção da saúde no Brasil pode e deve ativar a replicação dessas e de outras ações de promoção na atenção básica à saúde através do PSF.

Sugerimos a seguir algumas medidas que acreditamos relevantes para este objetivo:

- Localização de experiências de promoção de saúde no PSF;
- Formação de rede de troca de experiências e saberes;
- Sistematização e formatação dos aspectos tecnológicos das experiências;
- Desenvolvimento de sistema de capacitação que agregue tecnologias de promoção da saúde e ferramentas gerenciais aos atores envolvidos;
- Definição de estímulo às práticas de promoção da saúde no PSF.

IV. INDICADORES DE PROMOÇÃO DE SAÚDE NA ATENÇÃO BÁSICA

1. AVALIAÇÃO DE PROMOÇÃO DA SAÚDE NA ATENÇÃO BÁSICA[30]

A avaliação constitui um processo em que se julga o mérito de algo. A partir dela é possível dizer se determinada intervenção ou projeto deve ter suas atividades mantidas, se necessita de maior aporte de recursos ou precisa ser extinta. A avaliação é, sem dúvida, uma parte importante na implementação e manutenção de projetos e programas; é capaz de apontar se os objetivos estão sendo alcançados, se os processos são adequados, se houve resultados inesperados e o que pode ser modificado a partir de então. Pode, inclusive, indicar novos rumos para outros projetos. Segundo Contandriopolos et al (1997, apud AKERMAN & LUIZ, 2004),

> "Avaliar consiste fundamentalmente em fazer um julgamento de valor a respeito de uma intervenção ou sobre qualquer um de seus componentes, com o objetivo de ajudar na tomada de decisões. Este julgamento pode ser resultado da aplicação de critérios e normas ou se elaborar a partir de um procedimento científico".

A metodologia de avaliação depende da clareza sobre princípios, objetivos e metas, além de uma focalização sobre as dimensões que podem ser o objeto da avaliação. Admite-se nesse trabalho que o objetivo de um sistema de saúde, em todas as suas dimensões, é melhorar a saúde da população[31]. Admite-se também que seu alcance não é simples, envolve uma série de fatores que vão além do aspecto orgânico e demanda um refinamento do conhecimento sobre os determinantes do processo saúde-doença. No campo da atenção básica, entendida como "um conjunto estratégico de intervenções de saúde de caráter individual e coletivo, com alto potencial de reorientar as ações de saúde no âmbito de sistemas de saúde públicos e privados" (AKERMAN & LUIZ, 2004), existem grandes dificuldades em determinar o que deve ser o resultado, ou objeto de avaliação de um

---

[30] Nossas formulações nesta parte do capítulo se beneficiaram substancialmente da revisão conceitual feita por Akerman e Luiz em *Avaliação da Atenção Primária: uma breve aproximação de conceitos e caminhos*. Isto, no entanto, não compromete os autores com as conclusões a que chegamos aqui.

[31] Essa é, como vimos a posição comum de Lalonde e Epp em seus famosos relatórios enquanto ministros da saúde do Canadá. Essa também é a posição assumida na ampla revisão sistemática sobre métodos de avaliação de sistemas de serviços de saúde realizada pela Fiocruz no processo de proposição de metodologia de avaliação e desempenho do sistema de saúde brasileiro (PRO-ADESS): "Melhorar a saúde é o objetivo central e máximo dos serviços de saúde" (FIOCRUZ, 2003).

serviço ou de uma rede de atenção básica. Como diz Starfield (2002, apud AKERMAN & LUIZ, 2004 apud AKERMAN & LUIZ, 2004):

> "na atenção primária, muitos dos problemas dos pacientes são tão pouco entendidos que a natureza de seu curso ou progressão é desconhecida. Diferentemente da área hospitalar, em que uma admissão pode ter um ponto de entrada e saída mais claras e, portanto, resultados serem mais facilmente descrito, no ambiente ambulatorial o "produto" é difícil de se definir e até medir."

Na tentativa de abranger a diversidade analítica imposta pelo objeto, Akerman & Luiz definem quatro princípios gerais de avaliação da atenção primária:

- Participação: a avaliação deve envolver todos aqueles que têm interesse legítimo na iniciativa que está sendo avaliada
- Múltiplos métodos: a avaliação deve ser delineada, utilizando-se elementos de vários campos disciplinares, lançando mão de vários procedimentos para coletar dados, assegurando que seja utilizado um mix de informação relacionado com processo e resultado.
- Capacitação: a avaliação deve aprimorar a capacidade de indivíduos, organizações e governos de equacionar relevantes problemas de atenção básica.
- Adequabilidade: a avaliação deve ser planejada levando-se em conta a natureza complexa da intervenção e o seu impacto de longo prazo. (Adaptado de AKERMAN & LUIZ, 2004)

Reconhece-se que a avaliação de ações de promoção de saúde apresenta as mesmas dificuldades relacionadas à da atenção básica, além de incorporar outras mais, relacionadas ao fato de as atividades não se restringiram ao ambulatório e terem seus limites muito além daqueles tradicionais do setor saúde. Assim é ainda maior a necessidade da pluralidade metodológica e da adequabilidade na avaliação da promoção da saúde.

Em nossa revisão bibliográfica, o estudo mais abrangente sobre avaliação da promoção da saúde encontrado foi aquele desenvolvido pelo "The WHO European Working Group on Health Promotion Evaluation" (WGHPE), de 1995 a 2001. O objetivo principal do WGHPE foi prover orientações para os gestores e trabalhadores sobre os meios apropriados para avaliar a promoção de saúde. Seu relatório final consiste numa coletânea de 20 artigos, discutindo questões conceituais e metodológicas referentes à avaliação da promoção de saúde.

Os autores sugerem que “o principal critério para determinar se uma iniciativa pode ser considerada de promoção de saúde deve ser a extensão na qual ela envolve processos de capacitação (*enabling*) e de autonomização (*empowering*) de indivíduos e comunidades”. Entendendo o conceito de autonomia como uma transliteração do conceito de *empowerment*, admite-se uma estreita aproximação entre o marco conceitual adotado por aquele grupo e o assumido nesta pesquisa.

O WGHPE estabeleceu que o seu modelo de avaliação da promoção de saúde deveria ser:

- aplicável a todos os processos valorativos, para garantir que o método mais apropriado fosse utilizado para o programa ou política em foco.
- consistente com os princípios da promoção de saúde, particularmente a autonomia.
- focado na responsabilização individual e coletiva
- flexível em sua aplicação, capaz de responder às mudanças no processo estudado
- capaz de cobrir todos os estágios do processo avaliativo e todos os níveis de avaliação (Adaptado de WGHPE)

No quadro abaixo comparam-se itens do modelo teórico do WGHPE com os da atual pesquisa. As letras na terceira coluna se referem aos itens nos quais estão apresentadas as categorias em nosso Protocolo de Pesquisa de Campo (PCC). Itens marcados com um asterisco (*) transcendem à Atenção Básica, mas alguma faceta deles pode ser abordada localmente, ou ele pode ser realizado em pequena escala. Já os itens marcados com (**) são mais bem abordados em estudos quantitativos.

Conteúdos do modelo do WGHPE e do
Protocolo de Pesquisa de Campo por nós adotado

Nível	Elemento	Equivalente no PPC*
1.Impactos Gerais	1.1. Indivíduos, comunidades e sociedades atingem/aproximam-se dos seus potenciais	E
	1.2. Redução dos custos sociais e em saúde	**
2.Objetivos da Promoção de Saúde	2.1. Melhor saúde e bem-estar	E
	2.2. Redução da mortalidade e morbidade	**
3. Valores	3. Saúde positiva, saúde holística, justiça social, equidade, participação	E
4. Mecanismo	4. Autonomia: ampliação das capacidades de indivíduos e comunidades para exercer controle sobre os determinantes da saúde	E
5. Determinantes da Saúde	5. Equidade de renda, status social, redes de suporte social, educação, emprego e condições de trabalho, ambientes físicos, biologia e genética, práticas pessoais de saúde e resiliência, desenvolvimento infantil saudável, serviços de saúde	E
6. Objetivos ou desfechos	6.1. Desenvolvimento de habilidades pessoais	E
	6.2. Reforço da ação comunitária	E.6
	6.3. Criação de ambientes suportivos	E.8
	6.4. Construção de política pública saudável	*
	6.5. Reorientação dos serviços de saúde	B *
7.Objetivos instrumentais	7.1. Melhora da conscientização, conhecimento, habilidades, capacidade de tomada de decisão e comportamento	E.4, E.5
	7.2. Ampliação da capacidade organizacional	D.1, C3, D.10,
	7.3. Ampliação da participação comunitária	E.6
	7.4. Melhora nas políticas de promoção de saúde	*
	7.5. Mais equidade no acesso a serviços de saúde	E.2
	7.6. Maior foco na promoção e prevenção dentro do sistema de saúde	E.4 *

8. Estratégias genéricas	8.1. Educação em Saúde	E.5
	8.2. Comunicação social em saúde	D.9
	8.3. Desenvolvimento organizacional	D.1, C3, D.10,
	8.4. Desenvolvimento comunitário	D.2, D.3, E.3,
	8.5. Desenvolvimento das políticas	*
	8.6. Defesa da causa (advocacy)	C.2, D.7, E *
	8.7. Colaboração intersetorial	D.2, E.3
9. Atividades, produtos e resultados instrumentais	9.1. Programas, marketing e materiais	D.9 *
	9.2. Ambiente e estruturas organizacionais mo-	C.3 *
	9.3. Coordenação dos esforços comunitários, e ampliação de seus recursos e capacidades	D.2, D.3, E.3, E.6
	9.4. Leis, regulamentos e outras políticas forma-	*
	9.5. Interlocução pública na tomada de decisão	E.6
	9.6. Coordenação das políticas e atividades dos setores que influenciam a saúde	D.2, E.3

Esse quadro demonstra grande compatibilidade entre o modelo teórico desenvolvido nesta pesquisa e o utilizado pelo WGHPE. Essa análise confirma a aproximação dos respectivos marcos conceituais, pois os aspectos não contemplados nas categorias aqui adotadas ou não são próprios da Atenção Básica ou teriam que ser avaliados por métodos quantitativos. A metodologia da presente pesquisa distingue-se por ser exclusivamente qualitativa e também por ser aplicada especificamente à atenção básica, enquanto aquela do grupo europeu, como de resto a quase totalidade dos métodos para avaliação de promoção da saúde, tem um enfoque sistêmico.

O Protocolo de pesquisa de campo aqui desenvolvido constitui, portanto, uma contribuição específica para avaliação qualitativa de promoção da saúde na atenção básica[32].

[32] A comparação entre experiências diversas de promoção da saúde na atenção básica, como foi esboçado na classificação final dos casos, pode ser sistematizada com a elaboração e validação de escala de promoção da saúde, na forma de *check list*, a partir das categorias do protocolo pesquisa.

A metodologia de avaliação de intervenções que pretendem impacto sobre as capacidades e atitudes das pessoas e sobre a sua saúde, não deve, obviamente, restringir-se aos instrumentos qualitativos. Os procedimentos de avaliação da promoção da saúde devem incorporar, portanto, indicadores de resultado / impacto.

A necessidade de propor indicadores capazes de avaliar o impacto de intervenções sobre a saúde coletiva advém do fato que os recursos não são ilimitados e algum nível de evidência de efetividade deve-se requerer para o investimento nessas ações.

Esses indicadores devem fornecer mais que simples informações estáticas sobre a situação das ações de promoção e não podem ser apenas descritivos. Eles devem ser capazes de abranger o processo de construção das atividades e propiciar a interpretação dos resultados de decisões previamente tomadas. Com isso, esses indicadores subsidiarão novos projetos ou políticas, no sentido de orientar sobre os melhores caminhos a serem seguidos. Indicadores específicos, que influenciam diretamente os processos de tomada de decisões devem ser enfatizados e estudados em profundidade.

Alem disso, os indicadores de processo e resultado precisam estar especificamente relacionados às ações de promoção de saúde. Dessa forma, os indicadores de processo precisam estar diretamente associados com a elaboração e execução das atividades, enquanto os indicadores de resultados devem ser capazes de demonstrar que estes são, de fato, resultados específicos das ações de promoção da saúde implementadas.

2. INDICADORES DE RESULTADO DE PROMOÇÃO DA SAÚDE

Como anteriormente explicitado essa pesquisa localiza a autonomia como categoria norteadora e conteúdo central da promoção da saúde que perpassa todos os processos, todas as categorias práticas pelas quais ela se realiza.

Por autonomia entende-se a capacidade das pessoas deliberarem ativamente sobre a própria vida, escolherem livremente os próprios destinos.

A avaliação quantitativa de conteúdos como autonomia, capacidades e possibilidades de escolha individuais e coletivas parece ser uma tarefa que encontra dificuldades intransponíveis. Existe, contudo, um conjunto de instrumentos e metodologias em desenvolvimento para a realização dessa avaliação. Métodos e

indicadores para medir condições de vida, qualidade de vida e desenvolvimento humano, certamente se enquadram nesse campo.

A definição de indicadores de qualidade de vida avança, a partir da segunda metade do século XX, com o reconhecimento de conseqüências sociais negativas de políticas econômicas fundadas apenas no crescimento econômico, indicativo de que as comparações internacionais ou temporais do Produto Interno Bruto (PIB) calculado em valores per capita são ineficazes como parâmetro básico de avaliação da qualidade de vida.

> "Na década de cinqüenta já estava claro que, apesar de seu uso generalizado, o PIB per capita é uma medida insuficiente do bem-estar dos cidadãos. Assim, em 1954, um grupo de expertos das Nações Unidas sugeriu que deveríamos basear-nos não somente nas medidas monetárias: as medidas de bem-estar deveriam fundamentar-se em vários componentes diferentes, que juntos conformam o nível de vida" (ERIKSON, 1996, p.101).

É sob o influxo desse movimento que Johansson realiza, em 1968, um amplo estudo sobre o nível de vida da população sueca. Estas pesquisas tiveram prosseguimento nos anos de 1974 e 1981, agora promovidas pelo Instituto Sueco de Investigações Sociais. Os inquéritos suecos de nível de vida abrangiam diversas dimensões, enfocando aspectos não monetários do bem-estar, buscando avaliar mais as desigualdades do que a pobreza isoladamente, utilizando para isso uma lista bastante ampla:

- Saúde e acesso aos cuidados de saúde
- Emprego e condições de trabalho
- Recursos econômicos
- Educação e capacitações
- Família e integração social
- Moradia
- Segurança da vida e da propriedade
- Recreação e cultura
- Recursos políticos

Mais recentemente, diversas iniciativas de avaliação têm privilegiado aspectos mais restritos para poder abarcar uma maior gama de situações ou paises com padrões muito diferenciados de disponibilidade de dados, com utilização de indicadores compostos como o Índice de Desenvolvimento Humano (IDH) proposto pelo Programa das Nações Unidas para o Desenvolvimento (PNUD).

A intenção de Mahbub Ul Haq ao sugerir a criação do IDH era, certamente, suplantar o PIB per capita como medida usual de desenvolvimento. Para tanto, o IDH agrupa, além do PIB per capita – ajustado por paridade de poder de compra – dimensões relativas a saúde e educação. A medida de saúde é feita pela expectativa de vida ao nascer e a medida da educação pelo índice de analfabetismo e pela taxa de matrícula em todos os níveis de ensino.

A idéia central na composição do IDH reflete a significativa contribuição de seu criador, Amartya Sem, ao introduzir o conceito de capacidade na teorização sobre qualidade de vida e bem-estar. O conceito de capacidade, neste âmbito, reflete

> "um enfoque particular de bem-estar e a vantagem em termos da habilidade de uma pessoa para fazer atos valiosos, ou alcançar estados valiosos. Se elegeu esta expressão para representar as combinações alternativas que uma pessoa pode fazer ou ser: os distintos funcionamentos que pode alcançar" (SEN, 1996, p. 54)

Os funcionamentos representariam "partes do estado de uma pessoa: em particular as coisas que alcança o ser ao viver" e as "capacidades de uma pessoa refletem combinações alternativas dos funcionamentos que esta pode alcançar, entre as quais pode eleger uma coleção", devendo "a qualidade de vida ser avaliada em termos da capacidade para alcançar funcionamentos valiosos". (ibidem, p. 55-6).

O Governo Federal do Brasil e alguns governos estaduais têm aplicado a municípios o IDH-M (IDH municipal), que segue a mesma metodologia do IDH. Além dele, vários municípios no país têm utilizado instrumentos similares ou alternativos para mensurar a qualidade de vida de suas populações. Dentre estes, aquele que pareceu, em nossa revisão bibliográfica, mais adequado aos objetivos de medir ampliação de capacidades e possibilidades de escolha em geral, foi o Índice de Condições de Vida (ICV), proposto pela Fundação João Pinheiro e pelo Instituto de Pesquisas Econômicas Aplicadas, o qual parte do mesmo princípio do IDH ao agrupar diversas dimensões em um indicador sintético. No ICV as três dimensões do IDH são medidas de maneira mais detalhada e a elas são adicionadas dimensões relativas às condições de habitação e à infância (freqüência e defasagem escolar, além de trabalho infantil).

Esses indicadores têm a vantagem de acompanhar, simultaneamente, as variações em determinantes da saúde e da qualidade de vida em diversas dimensões. Além disso, o método de cálculo dos índices facilita a comparação entre

diversos cenários[33]. O índice sintético pode ser utilizado em uma visão histórica e panorâmica permitindo o acompanhamento de sua evolução nas áreas de uma dada região assim como a comparação entre pares e vizinhos geográficos.

Entendemos que componentes de um indicador complexo como o ICV podem ser adotados satisfatoriamente para se medir capacidades e possibilidades de escolha dos indivíduos, permitindo o juízo sobre sua evolução histórica e a comparação entre distintos territórios. Vários dos componentes da matriz do ICV estão presentes no cadastro do PSF e a quase totalidade dos demais pode ser incluída em tal cadastro ou produzida a partir dos dados colhidos pelas equipes de PSF. É, portanto, perfeitamente factível a introdução de um indicador de qualidade de vida dentro da estrutura de registro de dados e monitoramento do PSF.

Esse seria certamente um componente da metodologia de avaliação de promoção da saúde na atenção básica, mas seu caráter genérico dificulta a determinação de causalidade entre intervenção e resultados. Eles não foram desenhados para intervenções em saúde no nível local.

Como vimos, no tocante à saúde, entende-se como autonomizadora toda intervenção que amplie a capacidade das pessoas de agirem sobre os determinantes de sua saúde. Conseqüentemente, a avaliação da promoção da saúde deve, de modo geral, responder se e em que medida as pessoas, por meio dessa intervenção, aumentaram a capacidade de atuar e a atuação sobre os determinantes de sua saúde. Contribui para isto toda intervenção que amplie o conhecimento das pessoas sobre estes determinantes e sobre os possíveis mecanismos e instrumentos de atuação sobre eles, assim como toda intervenção que desenvolva instrumentos para esta atuação.

Apesar dos limites sistêmicos, as atuações no nível local podem ampliar as possibilidades de escolha e deliberação dos indivíduos em geral e especificamente sobre os diversos determinantes de sua saúde. Mecanismos deliberativos e formas de atuação social, redes de proteção e cuidado recíproco, respeito à diversidade e inclusão social, educação em saúde etc. são exemplos de processos autonomizantes que podem ser desencadeados no âmbito local.

---

[33] Por um procedimento matemático simples os valores observados em cada uma das dimensões são convertidos em um valor numa escala de 0 a 1 e posteriormente reduzidos a um índice de conjunto, através de sua média aritmética.O procedimento matemático para a formação do índice em cada uma das dimensões (valor observado – menor valor / maior valor – menor valor) já incorpora a comparabilidade.

Em nosso entendimento, os resultados de promoção da saúde na atenção básica a serem medidos emergem diretamente das categorias de conteúdo definidas no Protocolo de Pesquisa de Campo. De acordo com essa concepção são resultados a serem medidos:

• Conhecimento sobre os determinantes da saúde e sobre os mecanismos e processos para intervenção sobre os determinantes da saúde.

• Autocuidado e cuidados com dependentes: realização e desenvolvimento, por parte dos indivíduos da comunidade local, de práticas reconhecidas como de cuidado com a saúde, própria e de dependentes como crianças e idosos, e de comportamentos reconhecidos como saudáveis.

• Participação popular deliberativa: implantação e desenvolvimento de mecanismos efetivos de deliberação popular nos serviços de saúde e em outras dimensões da vida social loco-regional.

• Inclusão social: aceitação social, acesso a bens e serviços etc. de grupos excluídos.

• Redes sociais de proteção e cuidado recíproco: implantação e desenvolvimento de iniciativas de proteção e cuidado recíproco na comunidade. Implantação e desenvolvimento de mecanismos de interação entre as diversas iniciativas neste sentido no território em questão.

• Acesso a bens e serviços: ampliação do acesso a bens e serviços que permitam a intervenção dos indivíduos da comunidade sobre os determinantes de sua saúde e o desenvolvimento de comportamentos reconhecidos como saudáveis. Acesso à educação e bens culturais, áreas de lazer e preservação ambiental, atividades lúdicas e de convivência, meios de transporte, renda, melhores condições de trabalho etc..

• Atuação coletiva para o desenvolvimento de condições de vida saudáveis. Atuação da comunidade na conquista de bens e serviços que ampliem a sua qualidade de vida: saneamento, educação, meios de transporte, lazer, cultura, renda, melhores condições de trabalho etc..

Esses resultados podem ser medidos por diversos indicadores. Alguns destes indicadores estão contidos nos métodos de medida de qualidade de vida acima indicados. Outros podem ser propostos para cada uma das categorias aqui descritas. O desenho destes indicadores deve ser feito sob medida para cada metodologia ou processo específico de avaliação. Acresce que cada projeto

específico de promoção da saúde deve ser avaliado pela consecução dos seus objetivos próprios, determinando enfoques e acentos específicos dentro do conjunto de resultados acima previsto[34].

3. INDICADORES DE IMPACTO DE PROMOÇÃO DA SAÚDE (MEDINDO A SAÚDE)

Qualquer atuação do setor saúde, incluindo-se as ações de promoção da saúde, será, em termos finais e no longo curso, avaliada por seu impacto sobre a saúde coletiva.

No intuito de avaliar a dimensão saúde alguns dos indicadores sintéticos de qualidade de vida e de desenvolvimento humano incluem, em sua composição, o mais tradicional dos indicadores genéricos de saúde: a expectativa de vida.

Sabe-se, porém que a expectativa de vida não é a medida ideal da condição de saúde. Mantendo o entendimento de saúde como vitalidade psíquico-orgânica, devemos levar em conta, além da duração da vida, o grau de capacidade funcional e bem-estar ao longo desta.

O cálculo da expectativa de vida, assim como a estimativa dos Anos Potenciais de Vida Perdidos (APVP), não aborda a perda de saúde causada por mal-estar ou incapacidade. Uma das alternativas para se mensurar isso é a utilização de escalas de capacidades fisiológicas e/ou de bem-estar, que são comumente chamadas de “Escalas de Qualidade de Vida”. Essas escalas podem ser utilizadas para atribuir valores intermediários entre os dois extremos: de um lado, a vida livre de incapacidades funcionais ou mal-estar declarado e, do outro, a morte[35].

O uso ponderado dessas escalas permite criar indicadores sintéticos de saúde que levam em conta, além da duração da vida, a qualidade desta. Destacamos dois entre eles: os anos de vida ajustados para incapacidade (*disability adjusted life-year*,

---

[34] Assim, por exemplo, é evidente que qualquer projeto de promoção da saúde que tenha como público-alvo a população adolescente, será avaliado por indicadores como evasão escolar, abuso de psicoativos, violência, gravidez, dentre outros. Projetos que visem a melhoria dos cuidados com crianças serão cobrados em relação à vacinação, internações por causas evitáveis, mortalidade infantil etc.

[35] Dentre estas escalas pode-se destacar o WHO-Qol, o Euro-Qol-5D (EQ5D), o Assessment of Quality of Life (AQoL) e o *Short-Form Health Survey* (SF-36). O detalhamento de cada um desses questionários vai além do objetivo desse relatório. É importante ressaltar, porém, que esses instrumentos, apesar de utilizados como sscalas de qualidade de vida ou saúde individual, têm variações importantes em relação ao que é medido (vida independente, relações sociais, sensações físicas, bem-estar psicológico, incapacidades funcionais podem ou não ser medidos por cada um desses, e em diferentes graus).

DALY), e a expectativa de vida ajustada pela saúde (*healthy adjusted life* expectance, HALE).

Simplificando, o DALY é equivalente ao APVP, incorporando uma estimativa de anos perdidos modulada pela idade do óbito e pela presença de incapacidades. O DALY é utilizado para a identificação da carga de doenças e de riscos atribuídos (*burden of disease*)[36].

O HALE, por sua vez, é a medida da expectativa de vida ajustada para levar em conta a duração da vida saudável. Para isso, converte os anos vividos com incapacidade em um número menor de anos de vida saudável, através da aplicação de uma das escalas de qualidade de vida indicadas acima. Por suas características o HALE nos parece ser o mais completo indicador geral de saúde em desenvolvimento, podendo, ser visualizado como a ferramenta padrão para se medir o impacto final em saúde[37].

Pensamos que indicadores genéricos do impacto em saúde devem ser necessariamente considerados ao se monitorar o impacto de decisões estratégicas em saúde coletiva.

Por outro lado, é evidente que indicadores finalísticos de impacto em saúde como a expectativa de vida e o HALE são especialmente inapropriados para avaliações de curto prazo. Além dessa questão de adequabilidade, uma importante limitação da abordagem da promoção da saúde na atenção básica através do impacto em indicadores gerais de saúde é inerente aos estudos ecológicos e ensaios comunitários, nos quais é impossível estabelecer o vínculo direto entre intervenção e impacto na saúde individual.

---

[36] A utilização do DALY é limitada como medida geral de saúde coletiva, voltando-se mais para a abordagem por agravos específicos e suas cadeias de risco.Esse instrumento foi base para o Relatório Mundial de Saúde de 2002 da OMS. A OMS Europa tem publicado em seu *site*, na seção "destaques em saúde", no item "carga de doença", análise dos DALY para cada país da comunidade européia, identificando as 10 maiores causas e os 10 maiores riscos para incapacidade. Sua utilização é limitada como medida geral de saúde coletiva, voltando-se mais para a abordagem por agravos específicos e suas cadeias de risco.

[37] O HALE foi utilizado neste sentido no Relatório Mundial de Saúde de 2000, da OMS, como uma medida para se comparar a eficiência dos sistemas de saúde. Não estamos com isto endossando toda a metodologia de comparação entre sistemas de saúde então adotada pela OMS, que foi acertadamente criticada à época (cf. FIOCRZ, 2003). Apenas indicamos aqui o uso do HALE como indicador sintético de impacto final em saúde. Encontra-se no *site* da OMS Europa o HALE dos países da região. Esse indicador também é crescentemente empregado nos sistemas de seguro-saúde.

A principal estratégia metodológica para se superar estas limitações é o estabelecimento de indicadores de saúde com vinculação causal direta ou imediata para com as intervenções realizadas. Portanto, cada intervenção de promoção da saúde deve ser primordialmente avaliada ou monitorada pelo impacto que obtêm nos indicadores diretamente relacionados à atividade que ela se propõe. Neste caso pode-se visualizar de modo nítido a associação entre o impacto específico e a intervenção. Dentre os casos que foram objeto de nossa pesquisa, isso parece estar claro através dos indicadores de desnutrição infantil, retardo no desenvolvimento infantil e mortalidade infantil em Santana do Aurá, mortalidade infantil e mortalidade infantil por diarréia em Maranguape e obesidade nos usuários dos spas em Sta. Cruz.

O presente relatório sugere, enfim, um sistema integrado de avaliação e monitoramento da promoção da saúde na atenção básica, composto por:

- Indicador de qualidade/condições de vida
- Indicadores de ampliação de autonomia
- Indicador geral de impacto em saúde
- Indicadores de impactos específicos em saúde para cada programa

V. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

AGUIAR, R.A.T. **A construção internacional do conceito de atenção primária à saúde (APS) e sua influência na emergência e consolidação do Sistema Único de Saúde no Brasil**. 2003. Dissertação (Mestrado em Saúde Pública). Universidade Federal de Minas Gerais, Belo Horizonte

AKERMAN, Marco; LUIZ, Olinda do Carmo. **Avaliação da Atenção Primária: uma breve aproximação de conceitos e caminhos**. . IN: Conselho Nacional de Secretários de Saúde. Acompanhamento e avaliação da Atenção Primária. CONASS Documenta, 7, Brasília, 2004. Disponível em: http://www.conass.org.br/paginas/conass_documenta.php. Acessado em 04 de maio de 2005

ALBARELLO, L.; DIGNEFFE, F.;HIERNAUX, J.-P.,MAROY, C. et al. **Práticas e Métodos de Investigação em Ciências Sociais**. Lisboa : Gradiva -Publicações Ltda., 1997.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria nº 95, de 26 de janeiro de 2001. **Norma Operacional de Assistência à Saúde - NOAS-SUS 01/2001**. Diário Oficial, Brasília, 29 de janeiro de 2001. Versão eletrônica disponível em < http://www.sespa.pa.gov.br/Sus/Legisla%C3%A7%C3%A3o/NOAS01_PT95.htm>. Acesso em 21 de outubro de 2005.

CASTIEL, L. D. . **Dédalo e os dédalos: identidade cultural, subjetividade e os riscos à saúde** . In: Dina Czeresnia; Carlos Machado de Freitas. (Org.). Promoção da saúde. Conceitos, reflexões, tendências. 1 ed. Rio de Janeiro, 2003, v. 1, p. 79-95.

CONTANDRIOPOULOS, André Pierre, CHAMPAGNE, François, DENIS, Jean-Louis, PINEAULT, Raynald. **Avaliação na área da saúde: conceitos e métodos**. In: HARTZ, Zulmira M. A. Avaliação em saúde: dos modelos conceituais ‘a prática na análise da implantação de programas. Rio de Janeiro. Ed. Fiocruz, 1997.

CZERESNIA, Dina (Org.) ; FREITAS, Carlos Machado de (Org.). **Promoção da Saúde: reflexões, conceitos, tendências**. Rio de Janeiro: FIOCRUZ, 2003.

EPP, J. **Achieving Health For All: A Framework For Health Promotion**. Ministry of Health and Wellfare, Ottawa, Canadá, 1986.

FERREIRA, J.R.; BUSS, P.M. **Atenção Primária e Promoção da Saúde**. In: BRASIL. Ministério da Saúde. Projeto Promoção da Saúde. *Promoção da Saúde*. Brasília: Ministério da Saúde, 2001. p. 7-14.

FIOCRUZ. Desenvolvimento de metodologia de avaliação e desempenho do sistema de saúde brasileiro (PRO-ADESS), 2003. Disponível em www.proadess.cict.fiocruz.br

FUNDAÇÃO JOÃO PINHEIRO (FJP); INSTITUTO DE PESQUISAS ECONÔMICAS APLICADAS (IPEA**). Definição e metodologia de cálculo dos indicadores e índices de desenvovimento humano e condições de vida. 1998**. Versão Eletrônica. Disponível em <www.undp.org.br/HDR/HDR2000/Metodologias%20-%20IDH-M%20e%20ICV.pdf>. Acesso em 12 de novembro de 2004.

GLASSER, B. & STRAUSS, A. **The discovery of grounded theory: strategies for qualitative research**. New York: Aldine, 1967 apud ALBARELLO, L.; DIGNEFFE, F.;HIERNAUX, J.-P.,MAROY, C. et al. *Práticas e Métodos de Investigação em Ciências Sociais*. Lisboa : Gradiva -Publicações Ltda., 1997.

GRENWOOD, E. **Metodologia de la investigación social.** Buenos Aires: Paidos, 1973, In: MUNIZ, R.M*. Relaciones Intergubernamentales y politica de medio ambiente en Brasil :* un enfoque de gestión intergubernamental . Madrid: Universid Complutense ,1998 (Tese de Doutorado em Ciência Política e Administração).

HENRIQUES, R**. Desigualdade e pobreza no Brasi**l. Rio de Janeiro: IPEA, 2000

HOBBES, T. **Leviatã ou Matéria, Forma e Poder de Um Estado Eclesiástico Civil**; tradução de João Paulo Monteiro e Maria Beatriz Nizza da Silva. - 4. ed. - São Paulo: Nova Cultural, 1988.

KNOWLES, C. et al Indicadores de Medición del Desempeño del Sistema de Salud. 1997. Disponível em: <http://www.americas.health-sector-reform.org>. Acessado em 10/08/2004

LALONDE, Marc. **A New Perspective on the Health of Canadians: a Working Document**. Ministry of Health and Wellfare, Ottawa, Canadá, 1974. Disponível em: <http://www.hc-sc.gc.ca/hcs-sss/com/lalonde/index_e.html>. Acesso em 14 de fevereiro de 2005.

MAROY, C. **A análise qualitativa de entrevistas**. In: ALBARELLO, L.; DIGNEFFE, F.;HIERNAUX, J.-P.,MAROY, C. et al. *Práticas e Métodos de Investigação em Ciências Sociais*. Lisboa : Gradiva -Publicações Ltda., 1997.

MATUS, C**. Política, Planejamento e Governo**. Brasília: IPEA, 1993

ORGANIZAÇÃO DAS NAÇÕES UNIDAS. PROGRAMA DE DESENVOLVIMENTO HUMANO (PNUD) **What is Human Development**. Versão eletrônica. Disponível em: <http://hdr.undp.org/hd/>. Acesso em 14 de abril de 2005.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DE SAÚDE (OMS). **Ottawa Charter for Health Promotion. First International Conference on Health Promotion**. Ottawa, 21 November 1986 - WHO/HPR/HEP/95.1. Disponível em: <www.who.int/hpr/NPH/docs/ottawa_charter_hp.pdf>. Acesso em 07 de agosto de 2005.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DE SAÚDE (OMS). **Preamble to the Constitution of the World Health Organization as adopted by the International Health Conference**, New York, 19-22 June, 1946; signed on 22 July 1946 by the representatives of 61 States. Official Records of the World Health Organization, no. 2, p. 100. and entered into force on 7 April 1948. Disponível em: <http://www.who.int/about/definition/en/>. Acesso em 08 de agosto de 2005.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DE SAÚDE (OMS). **World Health Report 2002: reducing risks, promoting healthy life**. Genebra, 2002. Disponível em: <http://www.who.int/whr/previous/en/index.html>. Acessado em 16 de março, 2005

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DE SAÚDE. Regional Europa. The WHO European Working Group on Health Promotion Evaluation. **Evaluation in Health Promotion: principles and perspectives**. Who Regional Publications, European Series, no 92. Copenhagen, Dinamarca, 2001.

ORGANIZAÇÃO DAS NAÇÕES UNIDAS**. Programa das Nações Unidas para o Desenvolvimento. PNUD Brasi**l. Desenvolvimento Humano e IDH. Disponível em <http://www.pnud.org.br/idh/>. Acesso em 03 de novembro de 2005.

RIVERA, F. J. U., (org.) **Planejamento e programação em saúde - um enfoque estratégico**.. São Paulo: Cortez, 1989.

ROSE, G. **Sick Individuals, Sick Populations**. International Journal of Epidemiology. V. 14, no. 1, 1985.

ROUSSEAU, J-J. **Do Contrato Social**. Col. “Os Pensadores”, Trad. Lourdes Santos Machado. São Paulo: Abril Cultural, 1973.

RUQUOY, D. **Situação de entrevista e estratégia do entrevistador**. In: ALBARELLO, L.; DIGNEFFE, F.;HIERNAUX, J.-P.,MAROY, C. et al. *Práticas e Métodos de Investigação em Ciências Sociais*. Lisboa : Gradiva -Publicações Ltda., 1997.

SEN, A. **La desigualdad econômica**. México: Fondo de Cultura Econômica, 2001

STARFIELD, B**. Atenção Primária: equilíbrio entre necessidades de saúde, serviços e tecnologia** – Unesco, Ministério da Saúde, Brasília, 2005, 2ed.

STUDNICKI**. Comprehensive Assesment for Tracking Community Health – CATCH**, University of South Florida, 1997.

THIOLLENT, M.J.M. **Crítica metodológica, investigação social & enquete operária** . São Paulo : Polis , 1981

ANEXO I

CATEGORIAS ANALÍTICAS UTILIZADAS PARA A SELEÇÃO DAS EXPERIÊNCIAS DE PROMOÇÃO

DESENHO DA GRADE CATEGORIAL

A identificação, avaliação e classificação das experiências de promoção no âmbito dos Programas de Saúde da Família foi feita de acordo com categorias previamente definidas a partir da revisão bibliográfica feita pelo grupo de pesquisa e através de oficinas com representação do Ministério da Saúde, da Organização Pan-Americana de Saúde e do Núcleo de Estudos em Saúde Coletiva da UFMG[38].

Apresentamos estas categorias a seguir:

AUTONOMIA – **sintetizando o complexo "empoderamento-apoderamento", designa a apropriação por parte dos indivíduos e/ou comunidades do controle sobre processos, meios e fatores relacionados à sua saúde.**

Essa categoria se subdivide conforme o nível de sua realização em:

autonomia coletivo-comunitária – quando o serviço de saúde da família atua em parceria com um coletivo social de modo que este assuma o controle e a responsabilidade sobre processos e mecanismos determinantes de suas próprias condições de saúde;

autonomia de indivíduo ou grupo – transferência de poder ao indivíduo. Como, por exemplo, quando um serviço partilha com e transfere para os indivíduos ou grupos de indivíduos parcela da responsabilidade sobre o seu próprio cuidado.

Em termos de avaliação e classificação, as ações dos serviços de saúde que busquem a aquisição de autonomia por parte das comunidades serão consideradas um grau superior de promoção do que aquelas voltadas para indivíduos ou grupos.

INTERVENÇÕES COLETIVAS

Toda intervenção sanitária focalizada no coletivo será considerada de promoção, dado o caráter mais amplo do conceito de saúde e do espectro de

---

38 Um pontapé inicial para esse processo de definição das categorias analíticas da pesquisa foi dado pelo conjunto de categorias que resultaram de recente pesquisa sobre promoção de saúde na atenção básica no Brasil, realizada com a metodologia Delphi (Paula & Jackson, 2003):

Comunicação e Mobilização
Participação Comunitária
Estilos de Vida Saudável
Qualidade ambiental
Redes de Apoio Social

resolutividade implicados neste nível de atuação, quando contrastado com a clínica. Nessa categoria se encontram vários graus de intervenção, representando outras tantas dimensões da prática de promoção da saúde:

participação – o mais alto nível de promoção dentro desta categoria, significa o compromisso da equipe de saúde com a busca de um posicionamento ativo da comunidade em relação à sua saúde, posiciona-se como uma etapa no sentido da autonomização das comunidades e engloba as ações de comunicação e mobilização;

educação – grau intermediário de promoção dentro da categoria de intervenções coletivas, porque implica a capacitação das comunidades para a compreensão dos processos relacionados à sua saúde; sem, no entanto indicar compromisso com sua autonomia;

normalização/informação/divulgação – atividades de informação e divulgação de temas relacionados à saúde se dirigem ao coletivo, mas têm o caráter de promoção restrito por sua pontualidade e unilateralidade (por terem sentido sido produzidas sem a participação comunitária.e não fazerem com ela um *feed-back* crítico). Neste mesmo nível se encontram as normalizações cuja produção e implantação não impliquem participação coletiva. É o que ocorre quando se produz, sem a participação comunitária, restrições ao uso de substâncias que impliquem risco á saúde ou obrigatoriedade do uso de equipamentos que impliquem proteção à saúde. O efeito protetor à saúde coletiva pode ser real, mas não haveria o componente de autonomização.

INTERSETORIALIDADE

Entendida como qualquer articulação de setores públicos para intervenção sanitária, classifica-se como atividade promocional porque implica, mesmo no nível mais restrito, uma visão de saúde mais ampla que a simples atuação clínica.

O confronto com as experiências relatadas, expressando os mais diversos níveis de efetivação da estratégia de atenção à saúde configurada no Programa de Saúde da Família dentro da vasta diversidade social e cultural do Brasil, impôs a reconfiguração das categorias analíticas a partir do entendimento de que o conceito de promoção não pode ser tratado homogeneamente, desconsiderando-se as peculiaridades de cada realidade social em questão.

Isto, no entanto, não perfaz uma negação ou abandono das categorias previamente definidas, nem muito menos do centro conceitual de rigor a que estavam vinculadas. Ao contrário, entendemos que a absorção de experiências de promoção em seus diferentes níveis deve ser feita dentro de uma matriz conceitual suficientemente coesa e segura para se eliminar o risco da excessiva diluição do conceito de promoção com a consequente nulificação de sua consistência institucional e prática, assim como de sua eficácia política. Este eixo teórico é dado pelo conceito de **autonomia**, anteriormente exposto, entendido como perspectiva de ação e metro da análise.

Do ponto de vista da implantação ou institucionalização de uma política nacional de promoção da saúde, essa concepção é coerente com o escalonamento das políticas conforme o nível de desenvolvimento social (aqui tomado no sentido geral de atuação da comunidade sobre sua própria forma de ser) e também de formação de consciência sanitária na comunidade. Uma política de promoção com este enfoque englobaria, portanto, desde a luta ou incentivo pela ampliação do PSF nos pontos onde a assistência básica é faltosa até a gestão comunitária sobre as condições e as ações relativas à sua saúde, passando pelo redesenho das ações programáticas das ESFs com foco na promoção, de acordo com as condições vigentes em cada local.

Um ponto central neste gradiente de promoção é a educação popular em saúde, com conteúdo sócio-sanitário, troca de saberes e protagonismo popular; educação para o autocuidado, para a auto-responsabilidade e autonomia indivíduo-social.

Como resultado desta compreensão, resultante da análise conceitual em interação com o aporte de realidade provido pelos relatos expostos, as experiências foram selecionadas de acordo com as seguintes categorias:

ATENÇÃO INTEGRAL E HUMANIZAÇÃO

Aqui se engloba uma série de cuidados e abordagens que estão se somando ao PSF em uma série de locais. A começar pela saúde bucal que já é parte da política nacional, assim como fisioterapia, assistência farmacêutica, saúde mental, até certos cuidados domiciliares, tais como aqueles prestados aos idosos, formas humanizadas e integralizadoras de atenção, como o acolhimento, AIDPI,

abordagens educativas e terapêuticas que transcendem os limites das patologias e grupos de cuidado. O cerne aqui é realmente o cuidado, a proteção e atenção em áreas (geográficas, sociais e sanitárias) até então desprotegidas. Isto, quando é efetivo, resulta na elevação do padrão de necessidades sociais, é um passo humanizador ou de ampliação da cidadania, o que amplia também a capacidade de atuação social dos indivíduos, desde a ampliação de sua auto-estima e percepção de dignidade.

Toda uma ramificação de subcategorias está aqui englobada:

ACOLHIMENTO

As estratégias de acolhimento têm seu lugar como promoção à saúde tanto pelo sentido imediato de acessibilidade e qualificação da atenção básica para populações que de outro modo estariam excluídas, quanto pelo caráter humanizador e educacional que podem emprestar à atenção. Aqui se incluem também os relatos de experiências com AIDPI.

ATENÇÃO A GRUPOS POPULACIONAIS, ÉTNICOS OU PORTADORES DE PATOLOGIAS ESPECÍFICAS

Aqui se encontram experiências em diversas áreas da atenção básica que tragam algum elemento distintivo em relação às ações programáticas básicas do PSF, indicando ampliação do acesso, abordagem holística, incentivo ou capacitação para o autocuidado e integração cultural. Abarca experiências de redução de danos, saúde indígena, atenção a homossexuais, adolescentes, acamados, idosos entre outros.

SAÚDE MENTAL

Trata-se, por um lado, de acesso à atenção básica ao sofrimento psíquico, organizada e possibilitada pela estratégia de saúde da família. O caráter humanizador aqui se manifesta ainda mais pela especificidade dos distúrbios psíquicos e pelo impulso à abordagem da dimensão psíquica do conjunto da população que o trato com o doente mental pode propiciar às equipes de SF. Como subgrupo específico incluem-se aqui as experiências de terapia comunitária desenvolvidas no âmbito das ESFs. Esta linha de abordagem dos problemas ou sofrimentos psíquicos apresenta como peculiaridades a dimensão coletiva e o

caráter dialógico que podem favorecer a autonomia dos indivíduos em suas coletividades.

Esta categoria abarca ainda as experiências de ESFs dirigidas exclusivamente ao trato coletivo com dimensão psíquica dos indivíduos em geral, isto é, aqueles sem manifesto sofrimento psíquico. Estas atividades compõem faceta da atenção integral a todos os indivíduos e tendem a facilitar a formação de redes de proteção assim como a capacitar os usuários individualmente ao enfrentamento das adversidades psico-sociais..

A abordagem da dimensão psíquica dos indivíduos ou grupos populacionais específicos é um imperativo na promoção da saúde, dado que esta dimensão é central na determinação da saúde e nos processos de adoecimento e recuperação-reabilitação, sendo ao mesmo tempo elo de ligação fundamental na determinação social do adoecimento orgânico e foco próprio de sofrimento.

EXTENSÃO DA ATENÇÃO EM NOVAS ÁREAS TERAPÊUTICAS OU DE CUIDADO NA ATENÇÃO BÁSICA

Em conjunto as experiências aqui selecionadas possuem caráter humanizador ou integralizante porque permitem acesso a serviços básicos que, de outro modo, estariam indisponíveis à população e que representam ganhos no cuidado para com a sua saúde. Incluem um grande conjunto de áreas de atuação que não constam das normas operacionais como atividades obrigatórias para as ESFs, como, por exemplo:

ASSISTÊNCIA FARMACÊUTICA –

Proporcionada por farmacêutico ou por ACSs devidamente capacitados, é atuação com impacto positivo na ampliação do entendimento e autocuidado no tocante ao uso de medicamentos, especialmente para as famílias com portadores de patologias crônicas.

FISIOTERAPIA –

As atividades de fisioterapia em PSF, seja através de equipes de referência ou diretamente nas ESFs representam grande ganho na humanização da atenção a

toda uma gama de pacientes com necessidades específicas e, em alguns casos, representam também capacitação para o autocuidado.

FITOTERAPIA –

Experiências de incorporação do saber popular em fitoterapia sob os critérios de validação científica, representam tanto uma ampliação das possibilidades de enfrentamento de problemas específicos de saúde quanto a valorização da cultura local, ambos aspectos contribuindo para a ampliação da autonomia da população no campo da saúde.

ATENÇÃO EM SAÚDE BUCAL –

Inclui as ações de saúde bucal que compreendem um avanço ou acréscimo sobre as ações programáticas básicas do PSF, caracterizando uma ampliação de acesso da população a serviço básico de saúde. Acresce ainda que as atividades educativas e procedimentos coletivos desenvolvidos em parte destes programas têm o sentido de ampliar o autocuidado e a auto-responsabilização dos indivíduos com a própria saúde. Abarca programas de saúde bucal com atendimento domiciliar, identificação de riscos e definição de prioridades, assim como a atenção a grupos prioritários, ou áreas específicas da saúde bucal.

GRUPOS COM FOCO NA SOCIALIZAÇÃO-INTERAÇÃO SOCIAL –

Uma série de grupos focaliza suas ações estrategicamente na socialização ativa de seus participantes. Isto aparece, com maior freqüência, em grupos de idosos, adolescentes e mulheres. A dimensão psíquica dos indivíduos e sua inserção social são elaborados de modo mais ou menos consciente nestes grupos, o que os torna virtuais pontos de redes sociais, potencializa o autocuidado e aumenta a capacidade dos indivíduos para enfrentar adversidades psico-sociais, minimizando os sofrimentos psíquicos e biológicos decorrentes. Em alguns casos também se vê nestes grupos uma perspectiva de atuação social com veio crítico e transformador, mas, ainda que esta não seja a tendência predominante, os grupos com foco na socialização certamente constituem um extravasamento positivo do foco limitado dos grupos por patologia e cuidado.

PARTICIPAÇÃO POPULAR NA GESTÃO DAS AÇÕES DA ESF

A participação popular no planejamento, acompanhamento e avaliação da atuação da ESF é instrumento para a melhoria da qualidade dos serviços e humanização do atendimento, assim como representa um passo no sentido da posição ativa da população em relação aos determinantes de sua própria saúde. É, pois, um movimento de autonomização. É preciso ressaltar, contudo, que a postura ativa está, neste âmbito, restrita ao serviço de saúde, ou, antes, à atenção básica, como determinante da saúde coletiva.

EDUCAÇÃO POPULAR EM SAÚDE

Engloba uma série de experiências em que a abordagem informativo-formativa sobre os temas de saúde se insere na busca do envolvimento e participação ativa da população, respeitando-se os conhecimentos populares no sentido da integração de saberes. A problematização dos temas de saúde, que aí se inscreve, leva progressivamente ao reconhecimento dos determinantes sociais sobre as condições e os modos de vida e à necessidade de atuação social para sua melhoria.

INTERSETORIALIDADE E ATUAÇÃO SOCIAL

As equipes de saúde da família, por seu vínculo com a população tendem a se sensibilizar pelas diversas faces da vida social da comunidade em que estão inseridas, as quais direta ou indiretamente afetam a saúde dos indivíduos. Várias são as experiências em que as equipes tentam dar alguma resposta aos problemas sociais vividos pela comunidade adscrita nas áreas de saneamento e destino do lixo, violência, desnutrição, alfabetização, geração de renda, entre outras. Estas ações são, normalmente, desenvolvidas de modo intersetorial. Ainda que parte destas ações seja meramente assistencial, isto não nega, mais uma vez, o extravasamento dos limites da atenção medicalizada à saúde e indica uma percepção da dimensão social dos indivíduos inclusive em sua sanidade biológica.

MUDANÇA DE ESTILO DE VIDA E INCENTIVO ÀS AÇÕES E COMPORTAMENTOS SAUDÁVEIS

Neste âmbito encontra-se, com freqüência, abordagens conservadoras e anti-críticas, que não condizem com o conceito de promoção. Mas, dentro da concepção gradualista acima anunciada, os grupos de caminhada, educação alimentar, incentivo ao aleitamento materno e outros que tais, podem cumprir um papel de

formação da autonomia que localizamos como eixo categorial do conceito de promoção da saúde.

MULTICATEGORIAL

Nesta categoria estão enquadradas:

a descrição de programas de saúde da família com atuação em todas múltiplas áreas

experiências englobando mais de uma categoria sem predomínio de uma delas.

Inclui as descrições do funcionamento global de PSFs que demonstram caráter de promoção no exercício eficaz das atividades propostas pelo Programa oficial ou aquelas que introduzem elementos inovadores no sentido da promoção da saúde.

PARTICIPAÇÃO POPULAR

Experiências de gestão e ou atuação das ESF com decisiva participação ativa da comunidade. É o traço mais político (entendido como ação social direta) da promoção se manifestando. Esta prática quase que necessariamente ultrapassa as questões de saúde tradicionais e conduz à abordagem coletiva das questões sociais. É, por isso, de grande importância na perspectiva da autonomia. Mas não devemos esquecer nunca os limites institucionais onde isto ocorre: trata-se da organização da atenção básica da saúde pelo Estado brasileiro em seu nível loco-municipal, e devemos lembrar que a autogestão social não se encontra dentro dos limites institucionais vigentes. O risco aqui é o discurso ocupar o lugar da prática e a prática fora de posição ser apenas uma auto-satisfação do ator sem papel.

A categoria **AUTONOMIA**, eixo conceitual da promoção em saúde, não constitui, uma classe específica no agrupamento das experiências selecionadas, nem poderia sê-lo, dado que, como eixo conceitual, ela perpassa, transversalmente, todos os grupos e subgrupos em que se classificaram as experiências de promoção. Apesar de ausente como um grupo específico, ela foi, como dito, o metro analítico pelo qual se pautou a seleção.

ALGUNS CRITÉRIOS COMPLEMENTARES DE SELEÇÃO:

Foram privilegiadas as experiências com continuidade, em detrimento dos eventos pontuais ou atendimentos individuais.

Foram privilegiadas as experiências mantidas pelas equipes do PSF, em detrimento daquelas sob responsabilidade de instituições de ensino ou de outra natureza.

Foram privilegiadas as experiências com implantação efetiva em detrimento daquelas apenas projetadas.

ALGUMAS OBSERVAÇÕES FINAIS:

Os programas de educação em residência ou especialização em saúde da família são predominantemente, ou, na quase totalidade, multidisciplinares, com enfoque baseado em problemas ou a problematização como método e com visão crítica e social. Ainda que sempre repouse uma distância entre a teoria e a prática, entre a intenção e o gesto, devem, pois, constituírem um substrato para a disseminação da perspectiva de promoção no PSF.

Também é auspicioso do ponto de vista da promoção o fato que as equipes de saúde da família, a nível local ou municipal, têm sido *loci* de intensiva prática de pesquisa, dirigida a todos os campos de sua atuação, desde a busca de conhecimento sobre a população adscrita, a avaliação de resultados, até aspectos clínicos (em anexo extração dos estudos desenvolvidos pelas equipes de PSF apresentados na II Mostra). No mesmo sentido deve-se destacar a amplitude de experiências teórico-práticas que têm se desenvolvido, no âmbito de algumas ESFs, com os mais diversos meios pedagógicos nas ações educativas, metodologias psico-pedagógicas nos grupos operativos, assim como no planejamento de sua ações.

A grade de categorias analíticas acima exposta, como anteriormente exposto, foi o resultado de oficina multi-institucional e da leitura das experiências relatadas. Este resultado foi criticado em segunda oficina com representantes das mesmas instituições e do CONASEMS. O autor buscou incorporar tais críticas neste relatório.