

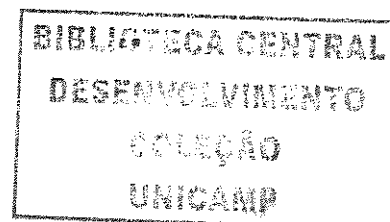
NAYARA LÚCIA SOARES DE OLIVEIRA

**AVALIAÇÃO PARTICIPANTE DE PRÁTICAS
EDUCATIVAS EM SAÚDE COMO DISPOSITIVO DE
GESTÃO E DE EDUCAÇÃO PERMANENTE**

CAMPINAS

2005

i



NAYARA LÚCIA SOARES DE OLIVEIRA

**AVALIAÇÃO PARTICIPANTE DE PRÁTICAS
EDUCATIVAS EM SAÚDE COMO DISPOSITIVO DE
GESTÃO E DE EDUCAÇÃO PERMANENTE**

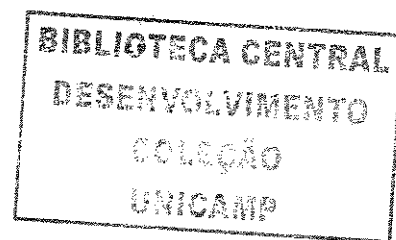
*Tese de Doutorado apresentada à Pós-graduação da
Faculdade de Ciências Médicas da Universidade
Estadual de Campinas, para obtenção do título de Doutor
em Saúde Coletiva, área de concentração Saúde Coletiva*

Orientadora: Profª. Dra. Elizabeth Monteiro De Leone Smeke

CAMPINAS

2005

iii



FICHA CATALOGRÁFICA ELABORADA PELA

BIBLIOTECA DA FACULDADE DE CIÊNCIAS MÉDICAS DA UNICAMP

Bibliotecário: Sandra Lúcia Pereira – CRB-8ª / 6044

UNIDADE BG
AD. CHAMADA UNICAMP
OL 4a
V EX
TOMBO BC/ 69156
PROC. 16.123.06
C ☐ D ☒
PREÇO 11,00
DATA 28-06-06
Bib ID 383264

Ol 4a

Oliveira, Nayara Lúcia Soares de

Avaliação participante de práticas educativas em saúde como dispositivo de gestão e de educação permanente / Nayara Lúcia Soares de Oliveira. Campinas, SP : [s.n.], 2005.

Orientador: Elizabeth de Leone Monteiro Smeke

Tese (Doutorado) Universidade Estadual de Campinas. Faculdade de Ciências Médicas.

1- Educação em saúde. 2- Saúde da família. 3- Avaliação de programas. 4- Aprendizagem - avaliação. I- Smeke, Elizabeth de Leone Monteiro . II- Universidade Estadual de Campinas. Faculdade de Ciências Médicas. IV- Título.

(Slp/fcm)

Título em inglês: *Participant evaluation on health educational practices as a tool of permanent education and managing*

Keywords:

- Health education
- Family Health
- Program Evaluation
- Learning
- Evaluation

Titulação: Doutorado

Banca examinadora: Prof Dr Elizabeth de Leone Monteiro Smeke
Prof Dr Luiz Carlos de Oliveira Cecílio
Profa. Dra. Maria Lúcia Magalhães Bosi
Profa. Dra. Solange L'Abbate

Data da defesa: 02/12/2005

BANCA EXAMINADORA DA TESE DE DOUTORADO

Orientadora: Profa. Dra. Elizabeth de Leone Monteiro Smeke

Membros:

- 1. Prof. Dr. Eduardo Navarro Stotz**
 - 2. Prof. Dr. Luiz Carlos de Oliveira Cecílio**
 - 3. Prof. Dra. Maria Lúcia Magalhães Bosi**
 - 4. Profa. Dra. Solange L'Abbate**
-

O curso de pós-graduação em Saúde Coletiva da Faculdade de Ciências Médicas da Universidade Estadual de Campinas.

Data: 02/12/2005

*Para Valter, Amanda e Filipe.
À Dona Neyde e Seu Zé.*

Aos usuários, profissionais e gestores participantes dessa construção, que se envolveram, questionaram, propuseram alternativas e continuam dando sentido às práticas educativas e avaliativas em saúde que experimentamos e que ainda veremos frutificar muitas vezes mais na Rede do SUS de Campinas.

Aos colegas de trabalho e amigos do Mário Gatti e do CETS que me apoiaram, torceram, palpitararam, deram idéias e acompanharam a gestação e o nascimento de mais esse rebento.

À Vânia, Jô, Renata, Ana Clara, Juarez e Beth, parceiros na coordenação e facilitação dos grupos de participantes da investigação, pela disponibilidade com que se envolveram e apontamentos que me sugeriram no decorrer dos trabalhos.

Ao Savério, André, Edson, Cristina Restitutti, Moacyr e outros que me ajudaram na produção de dados necessários à análise.

À escola pública brasileira, responsável pela minha formação, como aluna e pessoa, que também me ajudou a encontrar caminhos contra-hegemônicos diante do ensinar e aprender vivenciado.

Aos companheiros de vivência gestora na Gestão Democrática e Popular de Campinas, que conhecem a dor e a delícia de sermos o que somos.

Aos responsáveis pela gestão da Secretaria de Saúde e Recursos Humanos que me autorizaram a licenciar-me e viabilizaram minha dedicação num momento essencial da confecção do texto.

Aos meus colegas e professores da banca de qualificação, Juarez, Fernando e Luiz pelo apoio, reflexões e indicações de aprofundamento.

À Leo, pelas ajudas várias na trilha da burocracia universitária, desenroscando procedimentos e normas.

Ao Wladimir, meu sogrão querido, que tão prontamente traduziu o Resumo.

À Claudinha, minha “sobrinha-torta-do-sorriso-grande-e-luminoso”, pela disponibilidade, paciência, dedicação no cuidado com os meninos e no apoio da infra.

À Mena, meu exemplo de inteligência, sensibilidade, objetividade, obstinação e bom humor.

Ao Juarez, meu mestre, com carinho. Pelo norte no processo de conhecimento, pelas trocas como amigo e vizinho da Mata. Pela proximidade, mesmo na distância.

À minha orientadora-cúmplice-amiga que me amparava nos momentos de desespero, indicava caminhos, reflexões, refinamentos, leituras, estimulava-me com alegria e envolvia-me de carinho e aconchego para prosseguir.

À minha parceira nos afazeres domésticos, a Lulu que, com sua paciência, dedicação, competência e carinho viabilizaram a tranquilidade de poder me dedicar à tese, porque sabia que meus filhos estavam em mãos seguras.

À minha mãe, pai, irmãs que acompanharam de longe e torciam para que eu conseguisse conquistar meus objetivos.

Ao Filipe e à Amanda, por sua compreensão em me deixar sozinha com meus botões, durante muitos e muitos dias, meses de sua intensa e valiosa vida. Obrigada por sempre me interromperem assim: “posso te dar um beijo, agora?” E aí vinha aquela lambança gostosa!!

Ao Valter, meu querido companheiro de vida e de lutas, que me lembra todo dia, a todo minuto, que é preciso continuar acreditando em nossas capacidades e se surpreendendo que tudo ainda pode ser bem pior do que a gente imagina... E ainda assim continuar com energia, garra, sagacidade e um sorriso no canto da boca.

Meu muito obrigada !!!...

*Não há nunca uma identidade, individual ou coletiva,
que fica para sempre no tempo em nós. Está sempre em produção. (...)*

Passamos de sujeitos que sujeitam a sujeitados, o tempo todo. (...)

*Parto do princípio (de) que somos em certas situações, a partir de certos recortes,
sujeitos de saberes e das ações que nos permitem agir
protagonizando processos novos como força de mudança.*

*Mas, ao mesmo tempo, sob outros recortes e sentidos,
somos reprodutores de situações dadas.*

Ou melhor. Mesmo protagonizando certas mudanças, em muito conservamos.

Entretanto, sob qualquer um destes ângulos somos responsáveis pelo que fazemos.

Não é possível não nos reconhecermos nos nossos fazeres.

MERHY (2002)

	<i>Pág.</i>
RESUMO	<i>xxxix</i>
ABSTRACT	<i>xlili</i>
1- INTRODUÇÃO	47
Meus interesses, desejos e inquietações.....	49
2- APROXIMAÇÕES CONCEITUAIS E METODOLÓGICAS COM A AVALIAÇÃO DAS PRÁTICAS EDUCATIVAS EM SAÚDE	57
2.1- O Saúde da Família Paidéia: suas diretrizes e a Educação em Saúde.....	59
2.2- A valorização dos sujeitos sociais pela Educação em Saúde.....	64
2.3- “Nunca se fez tanta Educação em Saúde na Rede”. Isto procede?.....	73
2.4- Avaliação das práticas educativas em saúde disponível aos serviços e o paradigma dominante de avaliação de práticas.....	75
2.5- Entre o quantitativo e o qualitativo nas avaliações de práticas em saúde.....	80
2.6- Gestão de serviço, avaliação participante e pesquisa-ação.....	86
3- OBJETIVOS	93
4- DESENHO METODOLÓGICO	97
4.1- Identificação de um dos grupos de interesse a partir da Câmara Técnica de Educação em Saúde: os gestores.....	101
4.2- Constituição dos outros grupos de interesse: os profissionais e os usuários.....	105
4.3- Os idosos em Campinas.....	113
4.3.1- Do que os idosos brasileiros e os campineiros adoecem e morrem.....	116

4.4- Preparação e apresentação da proposta aos distritos tendo em vista o desenho metodológico adotado.....	124
4.4.1- A conformação da Câmara Técnica e o espaço institucional da Educação em Saúde.....	126
4.4.2- Interesse dos gestores em avaliar as experiências.....	127
4.4.3- Indicações de questões para avaliação específica as práticas.....	128
4.4.4- Pactuação da proposta teórico-metodológica.....	128
4.4.5- Critérios de avaliação de mérito e do processo utilizado pelo Prêmio.....	130
4.4.6- Aspectos operacionais da pesquisa.....	131
4.5- Os grupos com gestores, profissionais e usuários.....	134
4.5.1- O primeiro grupo com os gestores.....	137
4.5.2- O segundo grupo com os gestores.....	139
4.5.3- O primeiro grupo com os profissionais.....	146
4.5.4- O segundo grupo com os profissionais.....	152
4.5.5- O grupo com os usuários.....	157
4.5.6- O grupo com todos os segmentos para validação e debate.....	167
4.6- Questões para análise considerando as representações sociais dos grupos de interesse sistematizadas em categorias de avaliação construídas pela pesquisa.....	182
5- ANÁLISE DAS REPRESENTAÇÕES SOCIAIS.....	185
5.1- Análise das representações sociais a respeito de categorias constituintes da modelagem mediatizadas pela Educação em Saúde....	191
5.1.1- Clínica Ampliada e Produção de Saúde.....	191
5.1.2- Participação Popular e Comunitária.....	207
5.1.3- Papel dos Agentes Comunitários de Saúde.....	233
5.1.4- Capacitação voltada para Mudança.....	242

5.2- Análise das representações sociais a respeito das categorias de avaliação produzidas com os grupos de interesse da pesquisa.....	252
5.2.1- As práticas educativas em saúde.....	255
5.2.2- Avaliação das práticas educativas em saúde.....	265
5.2.3- A gestão interferindo nas práticas.....	286
5.2.4- Repercussões das práticas.....	321
5.2.5- Oportunidades, facilidades e propostas para aprimoramento das práticas.....	329
5.2.6- Influência da avaliação na ressignificação de conteúdos e no aprimoramento das práticas.....	332
6- APROXIMAÇÕES SISTEMATIZADORAS PARA COMEÇAR DE NOVO.....	339
6.1- Aproximações e distanciamentos entre os grupos de interesse diante das práticas educativas em saúde.....	342
6.2- Avaliação participante de práticas educativas em saúde como dispositivo de gestão e educação permanente.....	353
6.3- Fios que ainda poderiam ser tecidos.....	358
7- REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS.....	361
8- ANEXOS.....	375
9- APÊNDICES.....	429

LISTA DE SIGLAS E ABREVIATURAS

ABRASCO	Associação Brasileira de Saúde Coletiva
ACD	Atendente de Consultório Dentário
ACS	Agente Comunitário de Saúde
AIDS	Síndrome de Imunodeficiência Adquirida
ANEPS	Articulação Nacional de Movimentos e Práticas de Educação Popular e Saúde
ANVISA	Agência Nacional de Vigilância Sanitária
BLH	Banco de Leite Humano
CAISM	Centro de Atenção Integral à Saúde da Mulher
CAPS	Centro de Atenção Psicossocial
CEASA	Centrais de Abastecimento de Campinas S.A.
CEPAL	Comissão Econômica para a América Latina
CEP/FCM	Comissão de Ética em Pesquisa da Faculdade de Ciências Médicas
CETS	Centro de Educação dos Trabalhadores da Saúde
CII	Coordenadoria de Informação e Informática
CLS	Conselho Local de Saúde
CNS	Conselho Nacional de Saúde
COAS	Centro de Orientação e Aconselhamento Sorológico
CONTAG	Confederação Nacional de Trabalhadores Rurais
CoVISA	Coordenadoria de Vigilância à Saúde
CRAISA	Centro de Referência de Atenção Integral à Saúde do Adolescente
CRST	Centro de Referência à Saúde do Trabalhador

CS	Centro de Saúde
DAT	Departamento de Assistência Técnica
DENEM	Direção Executiva do Estudantes de Medicina
DIC I	Distrito Industrial de Campinas I
DS	Distrito Sanitário
DORT	Distúrbios Osteomusculares Relacionados ao Trabalho
DST	Doenças Sexualmente Transmissíveis
ELR	Equipe Local de Referência
GTA	Grupo de Trabalho da Amazônia do Projeto Saúde Alegria
HMMG	Hospital Municipal Dr. Mário Gatti
IBGE	Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística
Jd.	Jardim
L	Distrito Leste
LACES	Laboratório de Comunicação e Educação em Saúde
LAPA	Laboratório de Planejamento e Administração
LER	Lesão por Esforços Repetitivos
Mod.	Módulo
MMTR	Movimento de Mulheres Trabalhadoras Rurais
MOPS	Movimento Popular de Saúde
MORHAN	Movimento de Reintegração de Pessoas Atingidas pela Hanseníase
N	Distrito Norte
NAAS	Núcleo de Atenção e Assistência à Saúde
NO	Distrito Noroeste

NSC	Núcleo de Saúde Coletiva
OP	Orçamento Participativo
OPAS	Organização Panamericana para a Saúde
PESIA	Prática de Educação em Saúde do Idoso e do Adulto
PMC	Prefeitura Municipal de Campinas
Poli II	Policlínica II
Poli III	Policlínica III
PRD	Programa de Redução de Danos
PSF	Programa de Saúde da Família
PTS	Projeto Terapêutico Singular
PUCCAMP	Pontifícia Universidade Católica de Campinas
RA	Registro Acadêmico
RH	Recursos Humanos
S	Distrito Sul
SAD	Serviço de Assistência Domiciliar
SADA	Serviço de Atenção às Dificuldades de Aprendizagem
SAMU	Serviço de Assistência Municipal de Urgência
SIGAB	Sistema de Informação de Gestão da Assistência Básica
SIH/SUS	Sistema de Informações Hospitalares do SUS
SIM	Sistema de Informação sobre Mortalidade
SMS	Secretaria Municipal de Saúde de Campinas
SO	Distrito Sudoeste
Sta.	Santa

SUS	Sistema Único de Saúde
SUS-deped.	SUS-dependência
SVS	Sistema de Vigilância à Saúde
THD	Técnico de Higiene Dental
UDI	Usuário de Drogas Injetáveis
UNICAMP	Universidade Estadual de Campinas
VD	Visita Domiciliar
VISA	Vigilância à Saúde

	<i>Pág.</i>
Tabela 1 Proporção dos idosos segundo sexo na população brasileira entre 1991, 1996 e 2002.....	116
Tabela 2 Estimativa de projeção do coeficiente de dependência total, do coeficiente de dependência da população jovem e do coeficiente de dependência da população idosa no Brasil, entre 1960 e 2025.....	117

LISTA DE QUADROS

	<i>Pág.</i>
Quadro 1 Nomes das práticas educativas em saúde do idoso e adulto selecionadas por Distritos, autores e CS's ou módulos de saúde.....	132
Quadro 2 Roteiro de perguntas avaliativas, validado pelos gestores, com base nas questões por eles mesmos formuladas na reunião anterior.....	141
Quadro 3 Roteiro de perguntas avaliativas, validado pelos profissionais, com base nas questões por eles mesmos formuladas na reunião anterior.....	153
Quadro 4 Nomes dos presentes nas reuniões de avaliação das Práticas Educativas em Saúde do Idoso e Adulto (PESIA) avaliadas, segundo os gestores, profissionais e usuários, centros e distritos de saúde (sem considerar reunião de validação).....	164
Quadro 5 Desenho metodológico de avaliação e categorização produzida até o momento, a partir dos grupos de interesse, modelagem analisada e referenciais teórico-metodológicos.....	181
Quadro 6 Variação no número de profissionais contratados por Centro de Saúde e Módulo, com projeto analisado 2001-2004.....	296
Quadro 7 Principais aproximações e distanciamentos entre os grupos de interesse mediante os fatores de qualidade de avaliação analisados.....	343

	<i>Pág.</i>
Figura 1 Condensado de Categorias Articuladas acerca das práticas educativas em saúde do idoso e adulto (PESIA) analisadas.....	166
Figura 2 Avaliação Participante como dispositivo de Educação Permanente e Gestão.....	357

	<i>Pág.</i>
Gráfico 1 Número de participantes em grupos educativos por categoria profissional do coordenador para todas as unidades de saúde da SMS, em 2001 e 2003.....	76
Gráfico 2 Número de participantes em grupos educativos segundo local de realização para todas as unidades de saúde da SMS, em 2001 e 2003.....	76
Gráfico 3 Número de trabalhos apresentados pelos profissionais de Unidades Básicas ao Prêmio Paidéia 2003, por distritos, para os traçadores Adolescente/Mulher e Idoso/Adulto.....	112
Gráfico 4 Mortalidade proporcional por doenças no Brasil em idosos entre 60 e 69 anos e acima de 70 anos, em 2001.....	118
Gráfico 5 Custo de internações hospitalares no Brasil para idosos acima de 60 anos e população total entre junho e novembro de 2004.....	119
Gráfico 6 Principais grupos de causas de óbito segundo sexo e faixa etária. Campinas 2000-2002.....	120
Gráfico 7 Coeficientes de mortalidade por doenças cardiovasculares na faixa etária de 60-69 anos, segundo Área de Cobertura dos Serviços de Saúde (coeficientes médios no período 2000-02). Campinas.....	121
Gráfico 8 Coeficiente de mortalidade por homicídios, nas áreas de abrangência dos Centros de Saúde com experiências analisadas, em 2000 e 2003.....	226
Gráfico 9 Composição por categoria profissional dos agenciadores dos projetos analisados.....	234

Gráfico 10	Número de profissionais participantes nas Atividades de Capacitação do Projeto Corpo em Movimento na SMS entre 2002 e 2004.....	244
Gráfico 11	Frequência nas Atividades de Grupo de Lian Gong e Ginástica Postural por distrito entre 2002 e 2004.....	244
Gráfico 12	Frequência de profissionais na Capacitação Paidéia por ano, 2001 a 2004.....	248
Gráfico 13	Frequência de profissionais na Capacitação Paidéia por setores e disciplinas, 2001 a 2004.....	248
Gráfico 14	Frequência de profissionais na Capacitação Paidéia por categoria profissional e setores, 2001 a 2004.....	249
Gráfico 15	Número de participantes em atividades de grupo de Lian Gong e de Ginástica Postural e número de hipertensos cadastrados em quatro unidades de saúde com projetos analisados em 2004.....	275
Gráfico 16	Número de pacientes adultos na espera por atendimento de Fisioterapia em outubro de 2002 e em outubro de 2004.....	276
Gráfico 17	Número de participantes em grupos educativos por categoria profissional do coordenador nas unidades com projetos analisados, em 2001 e 2003.....	282
Gráfico 18	Número de participantes em grupos educativos por local de realização nas unidades com projetos analisados, em 2001 e 2003.....	283
Gráfico 19	Número de participantes em grupos educativos por unidades com projetos analisados, em 2001 e 2003.....	283
Gráfico 20	Índice de Condições de Vida por área de abrangência dos Centros de Saúde com projetos analisados.....	290

RESUMO

O presente estudo permitiu experimentar uma metodologia de avaliação participante, que enfocou práticas educativas em saúde desenvolvidas em 14 centros de saúde da Rede municipal do SUS-Campinas (SP), durante a implantação do Paidéia – Saúde da Família. Com base nas propostas de Avaliação de 4ª Geração de FURTADO (2001) e da Avaliação Emancipatória de SAUL (2001), foi construído com os grupos de interesse envolvidos-usuários, profissionais e gestores-um processo avaliativo que subsidiasse o aprimoramento dessas práticas, bem como pretendeu-se identificar se elas contribuíram com as mudanças preconizadas pelas diretrizes adotadas. Supondo que os processos avaliativos têm como base a explicitação da intersubjetividade, efetivaram-se dispositivos grupais com esses três segmentos, conceituando as práticas educativas em saúde vivenciadas, identificando focos de interesse na avaliação, realizando a avaliação propriamente dita, a validação do processo, os debates sobre as considerações produzidas e propostas de aprimoramento das práticas educativas. Os fatores de qualidade de avaliação analisados (UCHIMURA e BOSI, 2002) foram condensados e correlacionados à clínica ampliada e ao processo de produção de saúde e doença, à participação popular e comunitária, ao papel dos agentes comunitários de saúde, à capacitação para mudança, à conceituação das práticas educativas em saúde, à construção compartilhada de conhecimento, à avaliação das práticas e à gestão, interferindo nas ações educativas em saúde experimentadas. Foram analisados também os limites da triangulação das informações qualitativas pelos dados quantitativos disponíveis, as repercussões indicadas pelos segmentos, bem como as dificuldades e as oportunidades criadas para sua continuidade. Foram detectados avanços significativos circunscritos aos envolvidos nas práticas, as quais, entretanto, pouco se colocaram como dispositivo de mudança da modelagem, uma vez que a gestão cotidiana dos Centros de Saúde pouco as priorizou como foco de atuação. Ao final, apontaram-se as contribuições da nossa opção metodológica, a avaliação participante, como dispositivo de Educação Permanente e Gestão, com vistas a apoiar a ampliação da capacidade avaliativa das ações dos profissionais de saúde em serviço.

Palavras-chave: 1- Educação em saúde. 2- Saúde da Família. 3- Avaliação de programas. 4- Aprendizagem - avaliação.

ABSTRACT

This paper presents the test on the methodology of participant evaluation, which has focused upon the health educational practices used by 14 health centers of the municipal network of SUS-Campinas (SP) during the Family Health Paideia implementation. The 4th FURTADO's Generation Evaluation (2001) and the SAUL's Emancipation Evaluation (2001) proposals were used as support to construct an evaluation procedure together the involved groups of interest - users, workers and managers. This evaluation procedure may subsidize improvement of those practices, as well as to identify whether they had contributed to implement the changes that were asked by the adopted directives. Supposing that the evaluation procedures were made on the basis of the intersubjectivity explicitness, those three groups of interest could conceive the lived health educational practices, identify focus in the evaluation and do the evaluation itself, validate the procedure, and discuss the considered opinions and the proposals to improve the educational practices. The analysed evaluation's quality factors (UCHIMURA and BOSI, 2002) were condensed and correlated with the broad clinical, the health and illness production process, the popular and community participation, the health community agents role, the enabling for the changes, the conceiving of the educational practices for health, the share construction of the knowledge, the evaluation of the practices and the managing interference in the experienced health educational practices. The limits of the triangulation of the qualitative information through the available quantitative data, the groups' indicated repercussions, as well as the risen difficulties and opportunities to be continued were also analyzed. Finally, the methodological option was point out: the participant evaluation as a tool of Permanent Education and Managing, to support and enlarge the health professionals' evaluation capacity in action.

Key Words: 1- Health Education. 2- Family Health 3- Programmes Evaluation 4- Training Evaluation.

1- INTRODUÇÃO

(...) Você está com 21 e eu com 19, frente a frente, enlouquecidos. Então você tem 33. (...)

De repente, eu me dou conta, já fiz 40 e continuo louca.

Quando você tiver 58, estaremos mais encantados ainda.

Viraremos matéria de pesquisa, objeto de museu, motivo de inveja,
o mundo inteiro comentando 'tá vendo aqueles dois?

Que loucura. Que grude. Que estranho.

Eu acho que é mentira.

Será? Sei lá. Que coisa!'

Deixa falar.

Não liga não.

Então, vai: me tira pra dançar.

Agora, sim, qual o problema?

Depois eu termino a crônica.

FALCÃO (2003)

Meus interesses, desejos e inquietações

Desde a graduação, acho que o conhecimento precisa estar a serviço de uma práxis transformadora. Naqueles idos dos oitenta, isso era bem evidente e minha paixão pela Educação de Adultos freireana e envolvimento com movimentos de bairros periféricos em BH ajudaram-me a moldar essa convicção.

Já em Campinas, a inserção na saúde veio por meio da educação articulada com a gestão num serviço em mudança, ponta de lança das lutas antimanicomiais.

Aprofundei-me na reflexão sobre os processos educativos no SUS, no mestrado, utilizando a vivência como oficineira do LACES¹, percorrendo um referencial que procurava unir a problematização e os conhecimentos da grupalidade para apoiar os profissionais de saúde na compreensão de sua práxis de interseção e abordagem dos usuários nos serviços. Nessa investigação, instiguei-me pelas repercussões acerca do que

¹O LACES é o Laboratório de Comunicação e Educação em Saúde do Departamento de Medicina Preventiva e Social da Universidade Estadual de Campinas, a UNICAMP, fundado em 1992, que se constituiu pretendendo ser um "espaço de reflexão e trabalho que reúne profissionais de diferentes instituições e áreas do campo científico, para construção integrada de conhecimentos e práticas em comunicação e educação em saúde, visando processos de aprimoramento e inovação, no âmbito das instituições públicas e privadas" (DEPARTAMENTO, 1992). Fiz parte deste laboratório desde sua fundação, atuando enquanto oficineira e articuladora de suas ações.

fazíamos enquanto educadores, pois, ao questionar o paradigma formal de ensino-aprendizagem— a transmissão verticalizada, o autoritarismo entre educador e educando, o trabalho descontextualizado, os conceitos abordados sem fazer sentido para o usuário, a educação sem vida, o interesse canalizado para tudo menos para aquilo que se fazia nos serviços de saúde—, queria saber se o que fazíamos realmente produzia aprendizagens mais cuidadosas, significativas, eficazes, emancipadoras (OLIVEIRA, 2001).

Na ocasião, evitei recorrer ao termo avaliação para nomear o que fazia, pois me faltava um referencial sensível e convincente para abraçar. Mas o que chamei de análise teórico-metodológica da Oficina nada mais era do que uma maneira de me aproximar e analisar criticamente a prática desenvolvida pelo Laboratório, problematizando-a para aprimorá-la. Realizei este trabalho, partindo do ponto de vista de seu principal usuário, isto é, as participantes daquela atividade educativa em saúde, considerada como caso singular. Mas minha visão se voltava aos resultados que estas estratégias impulsionavam ou não—para os próprios participantes, para os docentes, para as organizações envolvidas--, permanecendo nos marcos da ótica hegemônica de avaliação. (AGUILAR e ANDEREGG, 1994; DENIS e CHAMPAGNE, 1997; FURTADO, 2001).

Minhas inquietações apontavam também para investigar tal abordagem sendo desenvolvida como uma estratégia contínua de formação de pessoal em saúde, como uma política organizacional, em um serviço de saúde do SUS. Neste sentido, meu projeto de doutorado, inscrito no final do ano de 2000, tencionava

conhecer e analisar o processo de desenvolvimento de uma intervenção educativa em saúde a ser realizada junto a um serviço de saúde público do SUS, com vistas a permitir aproximações a respeito dos limites e possibilidades colocados pela proposta teórico-metodológica adotada (OLIVEIRA, 2000).

Simultaneamente nesse processo, vinha participando da Rede de Educação Popular e Saúde² encontrando aí um rico acervo de relações e reflexões que me alimentavam.

² A Rede de Educação Popular e Saúde ou REDEPOP havia se constituído organizadamente no final da década de 90, mas congregava gente “antiga” nos movimentos de Educação Popular e de Educação Popular e Saúde como os professores Eymard Mourão Vasconcelos, Elizabeth Smeke, Eduardo Navarro Stotz, Victor Vicent Valla, reunindo vários educadores populares e alguns movimentos sociais de várias partes do país, a fim de combater o que Eymard chamava de “Educação toca boiada” e promover processos de reflexão e ação educativa transformadora na saúde.

No final de dezembro daquele ano, dias após ter inscrito o referido projeto de doutorado, aceitei o convite para "cuidar da área de RH³", compondo a diretoria do hospital de urgência e emergência público municipal, com a posse do governo democrático e popular⁴ na Prefeitura do Município de Campinas. Era um momento de grandes esperanças. Meu trabalho seria o de, prioritariamente, coordenar a política relativa aos processos formativos dos profissionais do hospital, implementando o enfoque das oficinas laceanas e da Educação Popular e Saúde, combinada a outras estratégias gestoras que, complementarmente, trouxessem alterações significativas nos modelos de assistência e de gestão hospitalar no sentido da humanização das relações e da efetivação dos princípios do SUS.

Com o novo governo, o grupo de sanitaristas que assumiu a Secretaria Municipal de Saúde buscava efetivar uma releitura do programa federal, utilizando alguns de seus dispositivos para o aprimoramento o SUS em Campinas.

Desde 2001, mesmo atuando como gestora no hospital, mantinha meu interesse aceso pelo que vinha se desenvolvendo em termos de Educação em Saúde na Rede de serviços públicos de saúde do município, especialmente nas unidades básicas.

Naquele primeiro ano, fiz parte de um grupo de educadores populares em saúde que organizou o 1º Encontro Municipal de Educação em Saúde de Campinas⁵. Foram aproximadamente 220 pessoas⁶, na sua maioria, profissionais vinculados a serviços de

³RH ou Recursos Humanos é a forma que corriqueiramente costuma se designar a área responsável pela gestão de pessoal tanto pela maioria das pessoas quanto pelas escolas tradicionais de Administração. Mais recentemente tem-se feito uma crítica radical à concepção presente neste conceito, uma vez que trata os trabalhadores como recurso tal como os demais (dinheiro, equipamentos, matéria prima, etc.) necessários à produção de bens e serviços. A perspectiva que adoto recusa este referencial, mas como ele ainda é muito arraigado em todos nós, costumo utilizá-lo quando torna mais fácil o entendimento.

⁴A gestão do governo democrático e popular iniciou-se em 2001 e terminou em 2004. Composto por forças do campo da esquerda brasileira, encabeçadas pelo Partido dos Trabalhadores (PT) em aliança com o Partido Comunista do Brasil (PCdoB) e Partido Socialista do Trabalhadores Unificado (PSTU), era liderado pelo prefeito Antônio da Costa Santos, o Toninho, e a vice-prefeita Izalene Tiene. Em setembro de 2001, o prefeito foi assassinado e a vice-prefeita assumiu o comando da cidade.

⁵Compus essa comissão organizadora junto com alguns gestores e assessores da Secretaria Municipal de Saúde e profissionais de saúde e docentes da PUCCAMP e UNICAMP. Denominamos educadores populares em saúde os educadores em saúde que se afiliam aos referenciais da educação problematizadora e construtivista voltada para a democratização das relações e do conhecimento, visando o protagonismo e a emancipação social na saúde.

⁶A maioria dos participantes (62,7%) era da Secretaria Municipal de Saúde e, deste, aproximadamente 39% eram oriundos dos Centros de Saúde.

saúde, principalmente públicos, que buscavam conhecer e refletir sobre a Educação em Saúde que faziam. Nos 65 trabalhos apresentados foram tratados diversos temas como Reabilitação em Doenças Crônicas, Terceira Idade, Assistência Domiciliar, Prevenção de DST/AIDS, Capacitação Profissional em Saúde, Desenvolvimento Organizacional, Crianças e Adolescentes, Direito e Cidadania, dentre outros. Em sua plenária final, os participantes aprovaram as seguintes necessidades:

Instituir uma política de Educação em Saúde para Campinas que contemple: educação continuada, encontros para troca de experiências e divulgação de materiais educativos (inclusive os deste Encontro).

Elaborar plano de ação da Secretaria que suponha uma política de Educação em Saúde, que contemple: organização dos recursos disponíveis, apontamento de outras necessidades e sistematização das indicações do Encontro.

Formação de grupo com a participação de um responsável de cada distrito de saúde e nucleação por unidade de saúde das referências para o trabalho.

Buscar construir melhores condições de trabalho para potencializar a realização de ações educativas.

Sair da posição de vítima e realizar atividades a partir das condições existentes.

Discutir gestão participativa na capacitação do Projeto Paidéia.

Prover recursos materiais para realizar atividades educativas.

Construir espaços comuns de saúde + educação.

Desenvolver parcerias com a comunidade.

Facilitar a compreensão de conceitos presentes e momentos vivenciados pelas equipes e usuários, promovendo a apropriação do processo em que estão envolvidos.

Estimular o autocuidado, favorecendo autonomia de trabalhadores e usuários e produção de novos protagonismos.

Buscar integração entre serviços e universidades para sistematização de saberes produzidos no cotidiano dos serviços.

Buscar contribuições nos estudos da linguagem, a fim de superar as limitações da teoria da informação.

Obter respaldo da instituição para desenvolver processos educativos, uma vez que a Educação em Saúde ocupa posição ainda marginal em nível institucional. (CAMPINAS, 2002a) grifos nossos.

Estas propostas foram retomadas por ocasião da discussão no Colegiado Gestor da SMS, em meados de 2002, quando se debateu a necessidade de criar uma Câmara Técnica de Educação em Saúde⁷, como foi esboçado numa das propostas aprovadas acima. Nessa ocasião, foi definido que uma profissional do NAAS seria a articuladora do fórum instituído.

A 6ª Conferência Municipal de Saúde, no segundo semestre de 2002, também indicou deliberações sobre a temática:

Instituir política de educação em saúde que mobilize os trabalhadores para produzir serviços/ações que resgatem a dignidade da população atendida e de si mesmos. E que esta política agregue e articule saberes e práticas dos trabalhadores, usuários e universidades. E que também desenvolva parcerias com a comunidade.

Fortalecer o CETS e estimular as diversas experiências bem sucedidas de educação continuada dos Distritos de Saúde.

Garantir espaços nas unidades para a educação continuada, de acordo com as necessidades das equipes.

Organizar encontros anuais de educação em saúde em parceria com usuários.

Apoiar a consolidação do modelo de gestão democrática mediante capacitação gerencial e outras estratégias como capacitação dos Conselhos Locais, Distritais e Municipais.

Capacitar o trabalhador da saúde para abordagem e acompanhamento, resgatando cidadania para as populações tradicionalmente excluídas.

Estabelecer mecanismos que avaliem o impacto das capacitações nos serviços, na comunidade e na gestão.

⁷A Câmara Técnica era composta de um representante de cada distrito e hospital (representado por mim, naquele momento), do NAAS (Núcleo de Apoio à Atenção à Saúde que compõe a direção da SMS e articula nele várias ações: saúde bucal, da mulher, criança, adulto/idoso, mental, educação em saúde, dentre outros), do CETS (Centro de Educação dos Trabalhadores da Saúde), da CoVISA (Coordenadoria de Vigilância em Saúde), do programa de AIDS/DST e da assessoria de imprensa/comunicação.

Fomentar espaços de reflexão sobre a prática envolvendo todos os segmentos como sujeitos da ação para melhoria das relações de e no trabalho.

Sensibilizar e capacitar equipes de saúde para trabalhar na ótica da redução de danos.

Encaminhar à Secretaria de Educação a inclusão, no currículo escolar e desde o 1º grau, da reflexão e discussão sobre as DST/HIV/AIDS.

Incluir nas capacitações elementos que aprofundem e propiciem a internalização do conceito de acolhimento enquanto possibilidade de interação solidária e empática de gestores, trabalhadores e usuários.

Criar espaços de discussão com usuários e grupos organizados (portador de deficiência e patologias, idosos, mulheres, comunidade negra, comunidade homossexual e outros) na definição de conteúdos e temas para a capacitação dos trabalhadores de saúde no atendimento das necessidades destes usuários.” (CAMPINAS, 2002c) grifos nossos.

É significativo que ambas as deliberações iniciem suas proposições, indicando que deva ser instituída uma política de Educação em Saúde. Isto evidenciaria, talvez, que não se reconhece, tanto naquele Encontro, quanto na Conferência realizada já no final de 2002, a existência de uma política de Educação em Saúde em andamento expressa nas práticas existentes nos serviços. Assinalo também que, enquanto o Encontro priorizava várias propostas mais “organizativas” relativas à constituição do grupo gestor da política, à disponibilidade e provimento de recursos, por exemplo, a Conferência, na maioria de suas propostas, fez indicações voltadas para a Educação em Saúde com Profissionais. Como exemplo disto, a única citação sobre necessidade de avaliação de impacto das práticas educativas relacionava-se às capacitações.

Este breve levantamento sobre a memória documental e subjetiva dos caminhos da Educação em Saúde na Rede a partir de 2001, do qual participei ativamente, procurou registrar minha inserção na gestão desta política na Secretaria. Ele também expressa, de um lado, minha evidente implicação (BARBIER, 1985; BAREMBLITT, 1996) com o tema, e de outro, a impressão de que ainda seria necessário esclarecer de qual Educação em Saúde se falava e se praticava, ou ainda qual seria aquela necessária ao trabalho desenvolvido nos serviços.

Além de minhas implicações, mas também pela complexidade teórico-metodológica que envolve o campo, pela riqueza de pontos de vista que estavam presentes entre os diversos atores sociais e pela vontade de que o aprendizado e produto/processo se configurasse como necessário, pus-me nesse caminho. Uma necessidade para os meios acadêmicos, mas especialmente para os envolvidos na realização de uma outra forma de produzir saúde nos serviços públicos municipais de Campinas. Assim orientei minha trajetória de investigação do doutorado.

Segundo VASCONCELOS, EDUARDO (2002), em projetos de pesquisa social envolvendo fenômenos complexos e multidimensionais como o que escolhi para analisar, o trabalho investigativo está inserido em debates com interlocutores em organizações e ambientes nos quais trabalhamos e disputamos visões sobre ele. Este autor alertava-nos para os riscos que situações como esta podem criar: ora “carregar nas tintas” da crítica e desqualificar os oponentes, sem sermos capazes de sustentar efetivamente posições e argumentos, provocando perda de credibilidade ao projeto de pesquisa, ora nos submetemos a um estilo muito humilde e depressivo que pode fazer com que percamos a noção dos achados na pesquisa. Procurando atentar para essas observações, busquei focalizar as práticas de Educação em Saúde, que vieram se desenvolvendo nesta gestão, a partir da implantação do Programa Paidéia de Saúde da Família em Campinas.

***2- APROXIMAÇÕES CONCEITUAIS E
METODOLÓGICAS
COM A AVALIAÇÃO DAS
PRÁTICAS EDUCATIVAS EM SAÚDE***

Quem manda nos olhos de dentro?
Será um Deus?
Um louco?
Um desenhista?
Um escritor?
Um diretor de cinema?
Será o desejo da gente?
Há quem diga que é o inconsciente.
Há quem pense que é o acaso.
Eu não sei o que pensar.
Mando meus olhos de dentro pensarem sozinhos e lá se vão eles inventando caminhos.
Deixo o agora para trás.
Olho só para o depois.
Encontro um farol.
Sofro de alucinação?
Tanto faz.
Faço uma poesia, então, e imagino um país.
Vejo gente feliz num dia de sol.
Tem hora que o melhor que se pode fazer é ver as coisas com outros olhos.
FALCÃO (2003)

2.1- O Saúde da Família Paidéia: suas diretrizes e a Educação em Saúde

O aprimoramento do SUS pretendido pelos dirigentes da SMS, em 2001, vislumbra implantar o Programa Saúde da Família (PSF), com as devidas adaptações necessárias à robusta Rede de serviços de Campinas.

Desde 1994, o PSF vinha sendo implementado em diversas cidades brasileiras como política de reestruturação do modelo de atenção à saúde, pretendendo reorganizar a prática assistencial e substituir a tradicional maneira de produzir saúde, não mais entendida como cura de doenças ou orientada pela assistência hospitalar. O centro da atenção seria voltado à família, compreendida em seu ambiente físico e sóciocomunitário, norteadas por princípios como a integralidade, a hierarquização, a territorialização e adscrição de clientela, a atuação em equipe multiprofissional e a substituição das práticas convencionais de assistência (BRASIL, 1996a).

Em sua tese de doutoramento, SILVEIRA (2002) comparou os modelos technoassistenciais engendrados pela Reforma Sanitária brasileira como a Ação Programática, a Vigilância à Saúde, o PSF e as propostas do LAPA/UNICAMP, e concluiu que existem dois modelos polares, o da consulta e o da saúde pública, a partir dos quais vêm se organizando os eixos centrais das políticas públicas de saúde no país. Indicou que, tomando um conceito proposto por BRAGA CAMPOS (2000) a partir destes dois grandes marcos, foram se constituindo modelagens de atenção com configurações muito particulares diante das forças sociais e conjunturas sociopolíticas historicamente produzidas e das propostas teóricas e experiências concretas de organização dos serviços, cuja apreensão teórica não seria plenamente possível.

Assim, pois, o Paidéia, como proposta resultante da apropriação que se fez do PSF em Campinas, resultou da história do movimento sanitário local, que havia conformado uma Rede bastante complexa e diversificada de serviços com grande capacidade de atendimento, cujo pioneirismo vem marcado desde a década de 70, pelas iniciativas da Medicina Comunitária e dos movimentos sociais instituintes de uma nova construção de sujeitos na saúde (SMEKE, 1989).

Por isto, não seria possível desconsiderar tudo que já havia sido produzido em Campinas até o momento, embora aquele grupo dirigente indicasse uma situação bastante preocupante na conformação dos atendimentos prestados nos serviços de saúde municipais naquele início de gestão. Havia deficiência de recursos em algumas áreas (do adulto, especialmente) e graves problemas de acesso e sobrecarga de trabalho, resultando numa atenção primária que não atendia às necessidades de saúde da população. Distorções essenciais em que a demanda ambulatorial era atendida nos prontos-atendimentos ou prontos-socorros e não nos Centros de Saúde, pouco trabalho de promoção de saúde, baixa capacidade de atenção no domicílio ou na comunidade, acesso burocratizado e uma clínica degradada com baixa resolutividade. Um processo de trabalho em que os profissionais de diversas disciplinas atuavam de forma vertical e isolada. O desafio era inverter a lógica, transformando, por um lado, a capacidade de atendimento dos prontos-atendimentos em prontos-socorros resolvendo mais plenamente as urgências e emergências, e por outro, ampliar a resolutividade das equipes locais em atender as intercorrências

clínicas, intervindo também nos mecanismos de produção de doenças, ampliando as ações de Educação em Saúde, a autonomia e a capacidade de autocuidado de usuários e comunidades. Era necessário efetivar a reorientação dos processos de trabalho em saúde em todos os níveis do sistema e não somente nos centros de saúde, dentro de uma lógica usuário-centrada, com a recuperação de autonomia dos usuários (individuais e coletivos), sendo, portanto, crucial que nos “pequenos atos do cotidiano” profissionais e usuários pudessem se colocar como sujeitos do processo de produção de saúde. (CAMPINAS, 2001b)

Foram propostas diretrizes para alterar este estado de coisas: a Reforma e ampliação da Rede Básica de Atenção à Saúde, a Clínica ampliada e ampliação das ações de saúde coletiva no nível local, o Cadastro de saúde da população e vinculação de famílias à Equipe Local de Referência (ELR), o Acolhimento e Responsabilização, o Sistema de co-gestão e a Capacitação (Anexo 1). Considerando tais diretrizes e a evidência dos saberes e práticas da Educação em Saúde que as transversalizavam, tomo algumas de suas formulações-chave como referenciais conceituais que balizarão as análises que se desenvolverão. São elas: a Clínica ampliada e o processo de produção de saúde, o papel dos agentes comunitários de saúde, a participação popular e comunitária articulada à gestão colegiada e as capacitações voltadas para a mudança.

Clínica Ampliada e o processo de produção de saúde

Com a ampliação da(s) Clínica(s) dos profissionais de saúde (não somente os médicos fariam clínica) pretendia-se uma reformulação do processo de trabalho em saúde, enfocando o sujeito enfermo e/ou com possibilidade de adoecer e não somente a doença. Além da pessoa que estava sendo cuidada, pretendia-se contemplar sua família, outros atores com ela envolvidos, outros agrupamentos institucionais inseridos no território e propunha-se diversificar e modificar os recursos terapêuticos, superando o uso exclusivo de medicamentos e/ou procedimentos cirúrgicos, de forma a combater a institucionalização, a dependência dos profissionais e dos serviços, numa orientação que buscasse a saúde e não o controle da doença. Essa ampliação da capacidade resolutive da atenção, visando a saúde para além da cura, a reabilitação ou o alívio de sofrimento, dependeria de instituir novos

sentidos à escuta, à entrevista, à intervenção terapêutica e ao estudo dos territórios de produção e reprodução da vida, valendo-se de técnicas da Educação em Saúde e da abordagem das subjetividades que reconstruíssem os vínculos, no sentido de sua continuidade, singularidade e avaliação processual de situação, aumentando os coeficientes de autonomia das pessoas em situação de cuidado, das famílias e comunidades. Este trabalho seria o desafio principal das equipes dos CS's, constituídas de ELR's, cuja interdisciplinaridade se efetivaria mediante a articulação de campos e núcleos de saberes e práticas, combinados ao matriciamento das equipes de apoio especializado⁸. (CAMPINAS, 2001b)

O papel do agente comunitário de saúde

Esta modelagem introduziu, então, duas novas categorias profissionais, isto é, a do médico de família ou generalista e do agente comunitário de saúde. As responsabilidades deste último seriam:

- Estar inserido no processo de cadastramento de saúde da população e vinculação de famílias à ELR.
- Apoiar a ampliação da capacidade dos CS's em agir na comunidade e nos domicílios, como profissionais de saúde pública (não como auxiliares de enfermagem), interagindo para proteger pessoas, famílias e comunidades, seja no sentido da apropriação de conhecimentos e práticas que fortaleçam o potencial de cidadania e ação intersetorial, seja através de visitas em função de agravos coletivos de saúde, estando ligados às ELR's e sob supervisão do Núcleo de Saúde Coletiva⁹.

⁸As equipes dos CS's seriam responsáveis pelo atendimento básico integral a um determinado número de famílias, com autonomia relativa para organizar seus processos de trabalho e os projetos terapêuticos singulares, constituindo-se pelo médico generalista, enfermeiro, auxiliares de enfermagem, agentes comunitários de saúde, dentista e auxiliares de consultório dentário, de forma a respeitar as características epidemiológicas e da própria Rede, bem como estimular a integração de médicos pediatras, gineco-obstetras e clínicos às ELR's.

⁹O objetivo destes Núcleos era expandir as ações de promoção e prevenção, apoiando as ELR's na ampliação da clínica e desenvolvendo ações diretas sobre grupos, instituições, ambientes, etc. Indicava-se que seria necessária uma definição mais precisa de suas atribuições, tanto levando em conta problemas específicos da região, quanto o projeto de descentralização da Vigilância à Saúde em curso. Seriam compostos por profissionais com formação em Saúde Pública, com tempo reservado para este tipo de trabalho e pelos Agentes de Saúde.

- Junto com os médicos generalistas, agregar-se ao movimento de contraposição à especialização reinante nos serviços de saúde, obtendo formação específica para tal, promovida pela SMS, diante da lacuna do sistema de ensino atual. (CAMPINAS, 2001b)

Participação popular e comunitária e gestão colegiada

Partindo da idéia de que não há uma combinação pré-estabelecida que equacione de forma ideal os três objetivos do SUS, quais sejam o da produção de saúde, o da realização profissional e pessoal de seus trabalhadores e o da sua reprodução enquanto política democrática e solidária, o Paidéia entendia que a negociação e o estabelecimento de compromissos dos sujeitos envolvidos com o sistema seria fruto do exercício cotidiano da co-gestão. Para tanto seria necessário estabelecer um sistema de governo em que se articulassem conselhos locais, distritais e municipal de saúde, com os colegiados das unidades, compostos por gestores e equipes dos serviços, com caráter deliberativo para tomar decisões em seu âmbito, debatendo diretrizes, pactuando objetivos, estratégias, resultados e contratos de convivência. Essa gestão cotidiana realizar-se-ia mediante dispositivos variados (oficinas, reuniões por categoria profissional, sala de espera, assembléia de usuários, dentre outros) em que diretrizes seriam ofertadas e reelaboradas ou demandas dos vários segmentos e pessoas seriam negociadas. Os CLS's deveriam ser criados ou estimulados a funcionar cotidianamente e os distritos e departamentos se constituiriam em apoiadores institucionais das equipes dos CS's, colegiados e conselhos, interfaciando e contribuindo com as mudanças de modelagem e processos de trabalho. (CAMPINAS, 2001b)

Capacitação voltada para a mudança

Com o apoio das Universidades e Pólos de Capacitação de Saúde da Família, a SMS promoveria um amplo processo de educação continuada voltado para as ELR's e de Apoio, com vistas a contribuir com a efetivação das diretrizes e a modificação nos processos de trabalho, adotando metodologias pedagógicas construtivas, envolvendo

momentos de concentração e dispersão, discussão de casos e apropriação de elementos teóricos, que assegurassem a troca de experiências e de informação. Uma se constituiria de conteúdos básicos destinados a todas as ELR's e, na outra, seriam indicados, conforme os núcleos e campos de práticas dos profissionais, temas como política de saúde e o SUS, clínica ampliada e promoção à Saúde, gestão participativa e o trabalho em equipe, o trabalho com famílias, temas de saúde/doença prevalentes como dependência química, violência, hipertensão, diabetes, etc. (CAMPINAS, 2001b).

A fim de situar melhor de que Educação em Saúde estou falando, quando aponto certa transversalidade nessas diretrizes apresentadas, tomo minha compreensão acerca da trajetória de reorientação do campo da Educação em Saúde, que desde os anos 60 e 70 do século passado vêm ocorrendo, ressignificando seu objeto de conhecimento e práticas, apostando na valorização dos sujeitos sociais.

2.2- A valorização dos sujeitos sociais pela Educação em Saúde

De acordo com a vasta literatura da Educação Popular em Saúde (SMEKE, 1989; SMEKE e OLIVEIRA, 2001; VASCONCELOS, EYMARD 1999, 2001; BRANDÃO, 2001; STOTZ, 2005; dentre outros) que desenvolve os elementos da práxis de constituição deste campo desde os primórdios do século XX, parto da perspectiva de que as práticas educativas em saúde vigentes buscaram uma flexibilização e uma ampliação. Apartando-se das ações impositivas relativas às práticas higiênicas do início daquele século, tais práticas tratavam de:

- Questionar mais radicalmente os efeitos das práticas pedagógicas persuasivas de transmissão de conhecimentos, que reproduziam uma relação autoritária entre educador e educando, negando a subjetividade e as dimensões coletiva e processual dos fenômenos educativos;
- Reconhecer o poder domesticador de ações educativas baseadas no saber biomédico e unicausal do processo saúde/doença e no cientificismo empiricista hegemônicos, em que se fazia uso de uma ciência atemporal, isenta de valores e da racionalidade

instrumental que não recuperavam, por si, o estado de saúde da população, e muito menos conseguiam dar conta da complexidade dos novos problemas de saúde, posto que cada vez mais ficava evidente sua característica medicalizante;

- Tensionar o padrão de desenvolvimento socioeconômico capitalista e as conquistas científicas que, ao contrário do que se poderia supor, agravavam a iniquidade social e tornavam ainda mais complexos os desafios no campo da Educação em Saúde;
- Assumir a dimensão educativa das práticas dos profissionais de saúde e sua articulação com as demandas e necessidades das classes populares na formulação das políticas sociais, nas suas formas de organização e luta, rompendo com o distanciamento da Educação em Saúde dos movimentos sociais organizados (OLIVEIRA, 2001).

Todas essas reavaliações e reorientações do campo estavam relacionadas aos avanços da participação social e política que se deram no Brasil durante o regime militar. O movimento de técnicos por um novo projeto político da saúde articulou-se a movimentos populares reivindicatórios, especialmente a partir das práticas referenciadas, teoricamente, na Educação Popular, constituindo o Movimento Sanitário. Assim, as mobilizações populares de resistência ao regime militar de 64, que acabaram por formatar novas relações mais dinâmicas e complexas entre Estado e Sociedade Civil acarretaram, também na saúde, novos rumos para os movimentos sociais e as políticas sociais que se formularam (JACOBI, 1987; SADER, 1988; SMEKE, 1989).

Esse movimento se deu, aliás, em boa parte orientado por uma revisão teórica nos campos da Saúde e da Educação não só alicerçada numa crítica ao saber médico e à corrente preventivista, mas também por necessidades impostas por uma práxis sociopolítica e simbólica renovada, visto que as concepções educativas que amparavam aquelas práticas autoritárias foram se tornando incompatíveis com as exigências de um sujeito social, cada vez mais crítico e organizado sociopoliticamente em torno da defesa de seus interesses (VASCONCELOS, EYMARD 1987, 1991; SMEKE, 1989; STOTZ, 1993).

É nesse período que surge mais claramente a preocupação com a autonomia dos sujeitos e, portanto, com o processo de constituição de sujeitos sociais competentes e responsáveis por transformações sociopolíticas voltadas para seus interesses. A teoria e

práticas da Educação Popular de Paulo Freire (FREIRE, 1983) e da pesquisa participante de Carlos Rodrigues Brandão (BRANDÃO, 1985a) passaram a ser obrigatórias. O Movimento Sanitário conquistava a inscrição do direito à saúde na nova carta constitucional, para tanto, formulando a proposta do SUS, que tem no Controle Social, uma de suas principais diretrizes. Caracterizado como um momento instituinte, essa revisão crítica das formas de relação entre profissionais de saúde – tradicionalmente oriundos da burguesia ou da pequena burguesia e desejantes de ascensão social – e usuários efetivos ou potenciais dos serviços, têm colocado importantes desafios ao campo da Educação em Saúde na atualidade (OLIVEIRA, 2001).

Para STOTZ (1993) a reorientação e ampliação do campo se deram porque houve um realinhamento ideológico nos anos 70. No plano externo, o Estado capitalista, em crise, incorporava críticas relativas ao elevado custo da atenção curativa, favorecendo a extensão de cobertura dos serviços através da Medicina Comunitária, como medida de contenção de tensões e racionalização de custos. No plano interno, as correntes que poderiam ser identificadas como de origem marxianas e as de origem fenomenológica disputavam a hegemonia no campo da Educação em Saúde.

O modelo hegemônico preventivista preconizava a inoculação de hábitos e a persuasão dos indivíduos, que deveriam adotar comportamentos mais saudáveis (deixar de fumar, aceitar a vacinação, ter práticas higiênicas, fazer exames preventivos periódicos, etc.), mediante o contato com veículos de comunicação de massa como folhetos, TV, cartazes e jornais, ou mesmo por meio do acesso às informações, propiciado pelo educador. Seu papel, nesta perspectiva, era o de promover uma decisão informada sobre riscos à saúde por parte dos clientes, cujo comportamento passava a ser tratado como de responsabilidade individual. Enquanto uma visão que pretendia a mudança dos comportamentos de risco, era limitada, porque o indivíduo, nesse contexto, é tido como o maior responsável por sua saúde ou culpado por sua doença. Por adotar estratégias que tratavam o fenômeno educativo na sua exterioridade, essa acepção esquecia que se estava lidando com opções, desejos, necessidades, estilos de vida, crenças e valores, em grande medida estimulados e/ou gerados pelas estratégias de ampliação de consumo. Enfim, desconsiderava a subjetividade da pessoa, bem como que as soluções dos problemas de

saúde requeriam ações socialmente sustentadas do ponto de vista cultural e político-econômico (SCHALL e STRUCHINER, 1995; STOTZ, 1993).

STOTZ (1993) também nos lembrava de um enfoque mais abrangente que superaria estas propostas chamadas de prevenção/promoção. São as que colocavam ênfase no aspecto educativo da abordagem, e por isso definido como Pedagógico. Apesar de considerar que o comportamento individual predominava entre os fatores de risco, porque se apoiava no modelo médico de compreensão das doenças, esse enfoque propôs que os indivíduos fossem levados a ter uma percepção genuína da situação em que viviam. A partir do compartilhamento, da exploração de crenças e valores e da discussão de suas implicações práticas era visto como possível e provável que os indivíduos reformulassem as informações que tinham antes, assumindo, eventualmente, uma atuação na sociedade, disseminando os conhecimentos desenvolvidos.

Os avanços dessa vertente eram evidentes, sobretudo porque se procurava avaliar os componentes culturais das representações sociais da população. Por outro lado, a pequena reflexão sobre os condicionantes socioeconômicos e políticos das informações obtidas ou decisões tomadas, poderiam levar ou não a determinados comportamentos desejados. Além disso, essa abordagem conferia uma falsa idéia de legitimidade ao ponto de vista do sujeito cognoscente, porque sendo este o ponto de partida para as reflexões, supunha que elas corroborariam a perspectiva científica hegemônica de saúde/doença. As conclusões do processo educativo sempre concordariam com o ponto de vista médico ou epidemiológico, parecendo muito mais uma manipulação sedutora psicopedagógica para atingir os mesmos objetivos que o modelo criticado não atingia, o que parecia mais eficaz na construção do mesmo sujeito epistêmico.

Ainda segundo STOTZ (1993), outro ponto de vista que também ressaltaria o comportamento pessoal como fator de risco, conferindo legitimidade ao ponto de vista dos usuários dos serviços era a concepção denominada como Desenvolvimento Pessoal. Segundo essa proposta, havia uma evidente necessidade de ampliação das capacidades individuais para enfrentar os controles externos sobre a vida e a saúde de forma mais autônoma, seja porque o acesso às informações não era igualitário, seja porque o foco do processo educativo seria a constituição do sujeito e não a compreensão das doenças e das

formas de como evitá-las. Nesse sentido, baseando-se na orientação humanista e na aprendizagem participativa, caberia ao educador contribuir para o desenvolvimento da personalidade individual, através da potencialização de capacidades comunicacionais, de gestão do tempo, de auto-estima, de saber lidar com grupos, entre outras, a fim de desmedicalizar as ações promovidas e aumentar as ações autônomas.

Concordo com os autores que ressaltavam que essa concepção secundarizaria soluções que requerem ações socialmente sustentadas do ponto de vista político e econômico, como também os limites de raça, gênero, classe, idade, entre outros, que se colocavam para os indivíduos nas tomadas de decisão. Em contrapartida, SCHALL e STRUCHINER (1995) relativizaram essa posição recomendando que

o auto-fortalecimento seja um primeiro estágio para auxiliar as pessoas a se tornarem mais confiantes em si mesmas, o que deve ser seguido por processos de decisão e ação que afetam o dia-a-dia das pessoas, ampliando a sua participação social em questões relacionadas à saúde e a doença.

Diferentemente de outros enfoques, entendo que este último não excluía, a princípio, análises e práticas mais libertadoras e autônomas. Ao contrário, com frequência, chegava a torná-las uma necessidade. O problema é que, na atualidade, o profissional de saúde raramente busca ou promove este “pulo do gato”. Muitos dos dispositivos de mobilização e participação popular engendrados durante as lutas de resistência ao regime militar, com a institucionalização das práticas da Educação em Saúde nos serviços, encontram-se adormecidos, pulverizados, esquecidos. Em muitas situações, especialmente em regiões onde a rede de serviços públicos é grande e consolidada, como parece ser o caso da cidade de Campinas, foi significativa a perda do vínculo orgânico do trabalho com os movimentos sociais vivos na dinâmica social.

STOTZ (1993) considerava que a abordagem Radical veio contradizer as visões anteriores e superá-las. Referenciando-se nas perspectivas da determinação social da saúde-doença, postulava que as condições e a estrutura social eram causas básicas dos problemas de saúde e que a Educação em Saúde poderia ser um instrumento de luta política para a melhoria das condições de vida e saúde, privilegiando o Estado como interlocutor

dos movimentos de usuários dos serviços de saúde e as medidas legislativas e normativas como responsáveis para modificação das condições patogênicas. Pretendia, então, que o educador, por meio da persuasão política, envolvesse os usuários em movimentos reivindicatórios, visando desenvolver uma consciência sanitária sobre os limites e possibilidades de sua ação enquanto sujeitos, promovendo mudanças políticas, econômicas e sociais.

Uma crítica a essa perspectiva era que, contraditoriamente, adotando métodos muito semelhantes aos da proposta preventivista, postulava-se o convencimento dos indivíduos acerca da necessidade de transformações macrossociais e/ou político-econômicas. Segundo VASCONCELOS, EYMARD (1998), mesmo considerando que não houvesse uma fragmentação entre dimensões política e subjetiva nas propostas político pedagógicas de FREIRE (1983, 1996, 2000), a maneira como se dava a apropriação da teoria exercitada pelos sujeitos sociais respondia, fundamentalmente, à sua maneira de lidar com as necessidades colocadas pelas lutas políticas. Desta forma, a postura individual do educador adotaria uma mudança de conteúdo de discurso a ser inculcado, desviando-se, entretanto, de um cuidado especial com as interações no nível micro.

Para VASCONCELOS, EYMARD (1998), esta crítica era reforçada com o impacto do que vinha se reconhecendo como pós-modernidade. Este período em que vivemos, final do século XX e início do XXI, tem reforçado a sensação de crise teórica e existencial nos sujeitos. Uma profunda crítica às grandes análises globais nas Ciências Humanas, procurando configurá-las enquanto narrativas, esvaziando seu caráter de compromisso com uma mudança social, que retirava credibilidade da racionalidade e do método científico como único conhecimento válido da realidade. Uma análise de que a modernidade foi fundamentalmente catastrófica para a humanidade, considerando nosso futuro um enigma, passível de várias leituras e caminhos.

No campo da Educação em Saúde, essas inquietações colocavam-se de forma candente, explicitadas na insegurança teórica frente às dificuldades de reconhecimento dos referenciais que se vinha adotando, na necessidade de dar conta de uma realidade de iniquidade social vivenciada pela população atendida nos serviços, na busca por articulação de experiências profissionais que alimentassem uma construção intersubjetiva de saberes,

que também levasse em conta as emoções e as perplexidades de nossa ação cotidiana (VASCONCELOS, EYMARD1998). Para GAUTHIER (em resposta a VASCONCELOS, EYMARD 1998), seria necessário amparar-se numa compreensão multirreferencial da realidade, que assumisse as lacunas dos conhecimentos construídos, sendo preenchidas por outros modelos teóricos complementares, que seriam válidos, porque úteis ao entendimento das complexas práticas educativas realizadas, reconhecendo outras sensibilidades além da razão científica como referenciais na análise.

Considerando a complexidade da situação, STOTZ (1993) respondeu às críticas relativas à desconsideração da dimensão intersubjetiva, propondo a revisão desta atitude, como também das relações educando-educador ou profissional-usuário. Reafirmando que o papel do educador em saúde era atuar a partir de uma compreensão da dialética indivíduo/sociedade, sugeriu a aplicação da “imaginação sociológica, criativamente no âmbito da saúde pública”. Pressupôs, assim, que sua ação deveria buscar um entrelaçamento entre a consciência individual dos próprios limites e possibilidades de vida com o reconhecimento das mesmas circunstâncias em relação a todas as pessoas que estão na mesma situação. Isto porque as necessidades de saúde “são (aquelas) de milhões de indivíduos e, ao mesmo tempo, (são) necessidades coletivas,” posto que “a dimensão do sofrimento individual e do direito da pessoa à saúde não pode ser secundarizada”, da mesma forma que “a própria percepção da doença é influenciada pela posição social e pela cultura do grupo social de referência dos indivíduos”. Nesse sentido, caberia ao educador “facilitar as capacidades dos indivíduos e dos grupos sociais para terem o máximo poder sobre suas vidas –o que implica, necessariamente, intervir sobre as relações sociais nas quais constroem suas vidas” (grifos do autor).

Desta forma, a leitura que este autor fez do papel do educador e da proposta da Educação em Saúde, aproximaria a vertente do Desenvolvimento Pessoal com a Radical. Entretanto, reafirmo que o desenvolvimento das capacidades individuais e de grupos sociais não levaria necessariamente à intervenção sobre as relações sociais desiguais, em geral, por limitação imposta pelo próprio educador. Isto, sem dúvida, deveria ser uma proposta explicitamente colocada e perseguida por ele em suas práticas. Seria neste contexto que, efetivamente, conseguir-se-ia reconhecer os limites e as potencialidades da emancipação individual e sociopolítica pretendida.

CARVALHO (1976), um precursor dessas reflexões na década de 70, dizia que a Educação em Saúde fomentadora da participação comunitária, precisaria assumir que os processos educativos na saúde não deveriam ter esta última como finalidade, mas sim como instrumento. Do contrário, se o objetivo do educador fosse efetivar melhorias no nível de saúde da população, ele se envolveria em “convencer a população, de forma habilidosa, do que ela precisa fazer”, isto é, ficaria fazendo proselitismo sanitário, em vez de se preocupar com os objetivos pedagógicos como “democratizar a palavra, as decisões, o funcionamento orgânico do grupo”, dentre outros. Este autor, então, sugeria que o êxito das práticas educativas em saúde dependeria de sua capacidade de produzir grupalidade, na medida em que as reflexões superassem o pragmatismo do combate à doença, animadas cada vez mais pelo fortalecimento do protagonismo e do ideal comunitário, através do “auto-questionamento constante das diferentes visões da realidade, dos objetivos do grupo e da sua própria ação”. Portanto, o papel do educador em saúde seria mais o de “ajudar o grupo a pensar do que pensar pelo grupo, mais de questionar do que de discursar, mais de assessorar do que de decidir”, contribuindo para seu crescimento em termos de solidariedade, autonomia e consciência (CARVALHO, 1976).

Remetendo-me às reflexões de FREIRE (2000), também arrisquei uma síntese, que não se daria necessariamente por buscar o meio termo entre ambas visões, dada a própria natureza do objeto com que lidam os educadores populares em saúde. Afirmar que os processos educativos, na prática, são em si multifacetados, dinâmicos e muito mais contraditórios do que poderiam admitir quaisquer recortes teóricos, seria um ponto de partida para o desenvolvimento de uma práxis educativa comprometida com a construção de uma cidadania mais autônoma e de co-responsabilização social. Seria também assumir uma postura fenomenológica, procurando desenvolver uma práxis emancipatória. Pois, além dos educadores/profissionais de saúde precisarem reconhecer-se inseridos sociopoliticamente, também necessitariam identificar em si próprios as potencialidades de transcender os limites das situações e contribuir para que os educandos também o façam, reconhecendo as redes de solidariedade dos grupos sociais de que fazem parte, articulando-se nelas através dos movimentos de micro e de macropoderes. Seria urgente que nos conhecêssemos melhor como profissionais e pessoas, irremediavelmente educadores: ou para aprofundar o processo de subordinação nosso e do outro, com quem nos relacionamos, ou para contribuir com o movimento de emancipação, sempre plural.

É nesse sentido que o projeto de Educação Popular em Saúde vem trazendo algumas respostas, pela recuperação de seus pressupostos medidos pela postura e atitude política identificada no vínculo e compromisso com os interesses das classes populares: o direito ao sonho possível, a possibilidade de expressão e leitura amorosa do desejo, a construção-criação-consciência da utopia coletiva, a construção compartilhada de conhecimento, o rompimento das relações de dominação como relações hegemônicas entre os integrantes da humanidade e destes com tudo o que os cerca (OLIVEIRA, 2001).

Nessas considerações procurei apresentar que as mudanças advindas da ampliação do campo de conhecimentos e práticas da Educação em Saúde consubstanciadas na valorização dos sujeitos sociais, ocorreram de forma que as práticas educativas em saúde, atualmente, sejam reconhecidas nas ações cotidianas dos profissionais de saúde, concretizadas na dimensão cuidadora do trabalho do profissional de saúde. Dizendo, de outra forma, poderia ser identificada uma renovação teórico-metodológica que incorporaria a dialogicidade do processo ensino-aprendizagem, a releitura da intersubjetividade do papel do educador/trabalhador de saúde, como mediador da relação entre os sujeitos e o conhecimento em saúde. A relação entre educador - educando, como processo intersubjetivo evidenciado na construção de conhecimentos que se estabeleceriam no cotidiano das instituições de saúde e não só nas campanhas ou grupos educativos. Além disto, tornou-se mais ampla a percepção do processo de produção da saúde/doença, que passaria a ser entendido no contexto de seus determinantes sócio-históricos, como também do auto-reconhecimento e da potencialização das capacidades individuais e grupais. Por fim, visualizamos a construção da autonomia pelos sujeitos, considerados em suas possibilidades e limites, enquanto agentes da superação tanto de restrições definidas a partir de uma lógica estritamente coletiva, quanto da exacerbação da vontade individual e da eliminação da objetividade (CAMPOS, 1997).

A partir dessa apresentação sobre a maneira como a valorização dos sujeitos sociais se viu sendo abraçada pela Educação em Saúde em seu percurso histórico de consolidação enquanto campo de conhecimentos e práticas, retomo às diretrizes da proposta em implantação, reconhecendo nelas um atravessamento por essa constituição do campo.

Por outro lado, coloco em questão a afirmativa correntemente enunciada pelos quatro cantos da Rede de saúde de Campinas de que houve um significativo recrudescimento dessas práticas sob o Paidéia. Mas se houve esse incremento, ele ocorreu potencializando as mudanças desejadas? Isto é, as práticas educativas em saúde desenvolvidas contribuíram para qualificar ou reorientar os processos de trabalho nas unidades de saúde? De que forma estas implicações foram vivenciadas nos serviços? Quais foram os limites neste processo e quais pistas poderíamos indicar para seu aprimoramento?

2.3- “Nunca se fez tanta Educação em Saúde na Rede”. Isto procede?

Esta afirmação vinha à baila na reunião do Colegiado da Secretaria citada, nas reuniões da Câmara Técnica de Educação em Saúde, nos eventos como as comemorações anuais em 2002 e 2003, em que sempre eram trazidas as ricas e profícuas experiências dos serviços, que expunham suas experimentações e ações neste campo.

Na visão do núcleo dirigente da SMS, por exemplo, no final do segundo semestre de 2002, foi realizada uma avaliação bastante positiva da implantação da modelagem nos centros de saúde, a partir da qual poderiam ser indicados vários aspectos relacionados às práticas educativas em saúde:

- a atuação das equipes na promoção e atendimento aos doentes, valorizando a educação em saúde de todos da família e enfatizando gestantes, crianças e idosos;
- essa forma diferente de atender a população melhorou a capacidade de solucionar os problemas de saúde;
- os grupos de pacientes com maior risco de adoecimento, passaram a levar em conta também os riscos socioculturais;
- foi iniciado o cadastramento de pacientes acamados, sendo parte deles atendidos em casa;
- houve melhorias significativas no pré-natal humanizado, na detecção de novos casos e probabilidade de cura de tuberculose, no atendimento de pacientes em reabilitação e portadores de deficiências, na integração, acessibilidade e abordagem por risco da saúde bucal, na vigilância e controle de importantes agravos ambientais, na produção de materiais educativos, dentre outros avanços;

- os núcleos de saúde coletiva agilizaram e ampliaram as intervenções em sua área de abrangência, de forma mais articulada com a CoVISA;
- vários conselhos locais tornaram-se mais atuantes, participando mais de ações de planejamento, coordenação e fiscalização dos serviços;
- a participação massiva de diversas categorias profissionais nas capacitações voltadas para um atendimento mais acolhedor, humano e co-responsável. (CAMPINAS, 2003)

Ressalto que os pontos selecionados são fruto de uma compreensão dos gestores acerca da implantação do trabalho e, além disto, passou pelo crivo de minha análise a partir do que entendo por Educação em Saúde. Como diriam alguns autores do campo da pesquisa avaliativa (AGUILAR e ANDER-EGG, 1995; CONTANDRIOPOULOS et al., 1997; FURTADO, 2001; VASCONCELOS, EDUARDO 2002) há consenso de que avaliar é emitir um juízo de valor sobre uma intervenção ou um de seus componentes, reconhecendo que um julgamento é uma confrontação entre o objeto de avaliação e o referencial utilizado. Segundo CONTANDRIOPOULOS et al. (1997), uma intervenção “é constituída pelo conjunto dos meios (físicos, humanos, financeiros, simbólicos) organizados em um contexto específico, em um dado momento, para produzir bens ou serviços com o objetivo de modificar uma situação problemática.” A valoração contemplaria acepções sobre os objetivos iniciais, as normas profissionais, o desempenho de um programa/serviço/ação ou outros referenciais mais ou menos explícitos, de quem emite o juízo. Assim, supondo que os resultados da avaliação serão sempre julgados a partir de valores impossíveis de serem objetivados, é necessário expô-los de forma a esgotar os pontos de vista dos atores nelas envolvidos (usuários, profissionais, gestores, etc.), a fim de ampliar sua compreensão e aprimoramento (FURTADO, 2001; CARVALHO, 2001; SAUL, 2001; UCHIMURA e BOSI, 2002; MERCADO-MARTÍNEZ e BOSI, 2004; PLA et al., 2004).

Nesse sentido, assumindo a subjetivação inerente a qualquer processo avaliativo e também se o que se pretende é validar ou não as práticas educativas em saúde implementadas como dispositivos de mudanças na modelagem PSF-Paidéia, de forma a compreender em que sentido isso teria ocorrido e as indicações para aprimorá-las, seria necessário identificar o que os agentes envolvidos com tais práticas entendem acerca

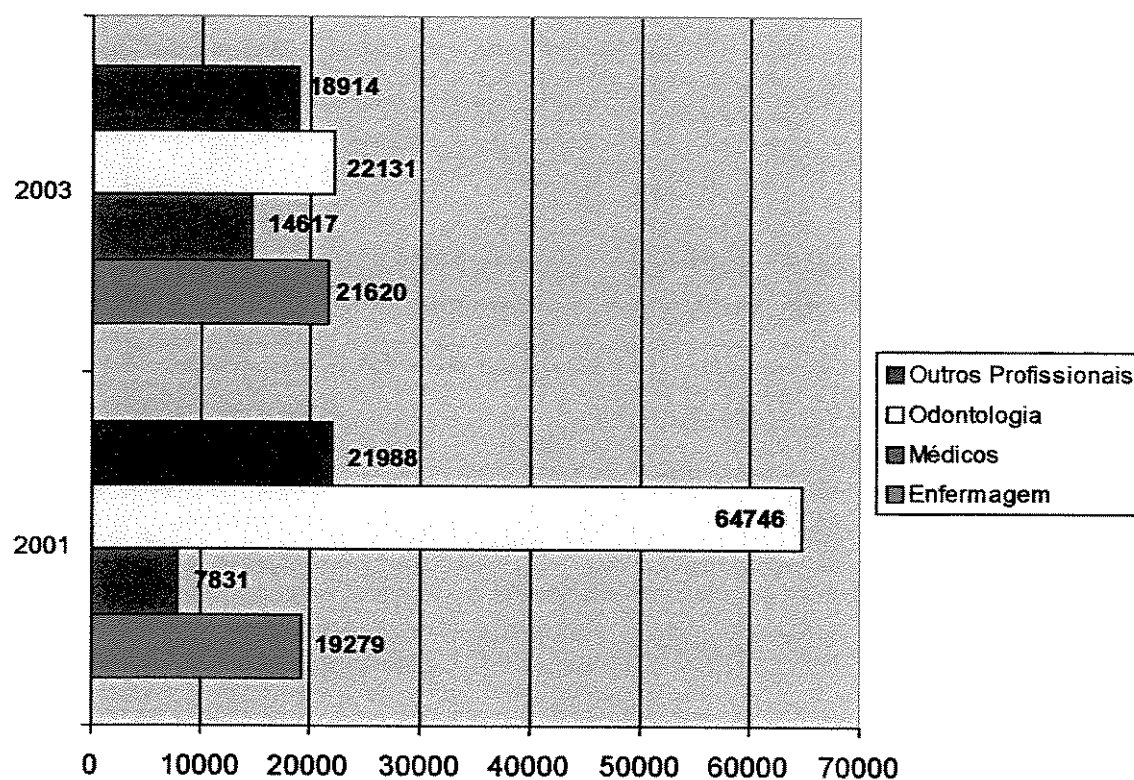
do que fazem. Assim, pergunto: o que pensam os gestores, ou melhor, os componentes da Câmara Técnica de Educação em Saúde acerca delas? O que os usuários que as vivenciam dizem? E os profissionais que as desenvolvem? Avaliar é uma questão prioritária para esses atores identificados?

Entretanto, diante de tais questões, proponho uma aproximação com a forma instituída de avaliação que atualmente está disponível aos serviços de saúde da Rede, para que seja possível analisar seus limites e potencialidades, acrescentando elementos à investigação que ora venho propondo realizar.

2.4- Avaliação das práticas educativas em saúde disponível aos serviços e o paradigma dominante de avaliação de práticas

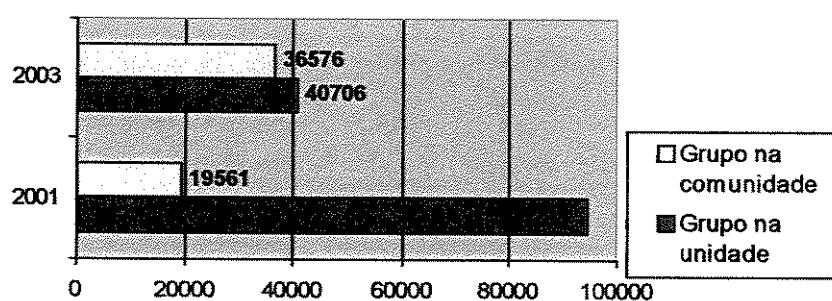
Atualmente, a forma sistematizada, envolvendo os serviços da Rede que verifica os atendimentos realizados em grupos educativos efetiva-se por meio de dados armazenados no SIGAB¹⁰ e divulgados via internet pela Coordenadoria de Informação e Informática em Saúde da SMS. Dessa maneira, as informações disponibilizadas correspondem ao número de participantes em atividades de grupos nas unidades da Rede em 2001 e 2003, considerando as categorias profissionais dos coordenadores dos grupos (Gráfico 1) e o local de realização dos mesmos (Gráfico 2). Então, vejamos:

¹⁰O Sistema de Informação e Gestão da Assistência Básica é um banco de dados que agrega os dados de atendimentos realizados na Rede de Campinas dentre outros necessários à gestão dos serviços.



Fonte: CII, SMS, fevereiro/2005.

Gráfico 1- Número de participantes em grupos educativos por categoria profissional do coordenador para todas as unidades de saúde da SMS, em 2001 e 2003¹¹



Fonte: CII, SMS, fevereiro/2005.

Gráfico 2- Número de participantes em grupos educativos segundo local de realização para todas as unidades de saúde da SMS, em 2001 e 2003

¹¹Os dados disponíveis de 2004 referiam-se até o mês de setembro. Por isso preferi trabalhar com os de 2003.

Inicialmente, deparei-me com a diminuição no número geral de pessoas participando nas atividades grupais, em cerca de 47%, na comparação dos dois períodos analisados, com uma redução muito significativa de frequência nos grupos de saúde bucal. Esta alteração poderia indicar que houve alguma mudança na forma de coletar os dados, de forma intencional ou não¹², ou ainda que algum outro fator tenha influenciado, como uma reorganização na maneira de trabalhar com grupos, algo, talvez, induzido pelos profissionais.

Notei também, apesar das limitações assinaladas, que não teria havido alteração significativa no número de participantes dos grupos coordenados pelo pessoal de enfermagem (+12%) ou por outros profissionais (-16%). Mas que os grupos coordenados por médicos tiveram um aumento bem importante na frequência de usuários (+87%).

No caso da frequência conforme a localização dos grupos, seria possível levantar hipóteses sobre eventuais alterações na forma de trabalhar, que indicassem uma priorização do trabalho extramuros, mesmo considerando que, em 2003, teria diminuído o contingente de usuários alcançados pelos trabalhos de grupo.

Em que pese a possível inversão na forma de abordagem dos grupos, realçaria a insuficiência dessas informações para avaliar tais práticas. Tantas ressalvas poderiam evidenciar certa precariedade e pouca legitimidade à análise. Mas decidi apresentá-los –os dados e a análise--, para que fossem eles mesmos estimuladores de novas buscas na pesquisa, bem como na esfera gerencial.

Assim, aprofundando tais insuficiências, ressaltaria inicialmente que uma crítica que poderia ser feita diz respeito à forma como o agrupamento dos dados se efetiva, pois ela seria avessa ao objeto de avaliação. Ou seja, a caracterização dos grupos por tipo de profissional se prestaria a uma necessidade de agrupamento condizente com o processo de trabalho em saúde fragmentado por profissões, contraditório com o trabalho multiprofissional previsto na proposta em implantação. Afinal, os dados disponíveis têm esta categorização pré-formatada pelos organismos que projetam os Sistemas de Informação do Ministério de Saúde, pautados pelas formas de remuneração dos serviços prestados.

¹²Um contingente enorme de participantes poderia ter sido alcançado por massivas campanhas educativas o que aumenta significativamente esse valor.

A maneira de organização dos dados apresentada caracteriza um tipo de paradigma que atualmente hegemoniza os processos de avaliação de intervenções, programas e serviços não somente no setor saúde. O paradigma é um conjunto de crenças ou visão de mundo que orienta a prática investigativa, congregados num referencial filosófico, em que verdades científicas teriam formas limitadas e relativas de validade. Conceito trazido inicialmente por KUHN (1987) e atualmente utilizado de forma disseminada em vários âmbitos da sociedade, evidencia, especialmente, as disputas cognitivas, econômicas e político-ideológicas inerentes à comunidade científica, que explicitariam as lutas por acumulação de capital simbólico entre projetos ético-societários subjacentes aos projetos de pesquisa, envolvendo grupos sociais expoentes das agências de financiamento, governos, complexos financeiros, industriais e comerciais, editores, os próprios cientistas, dentre outros (VASCONCELOS, EDUARDO 2002; FURTADO, 2001; MERCADO-MARTÍNEZ e BOSI, 2004).

Por outro lado, a questão da frequência de participação é apenas um aspecto da análise à qual deveriam ser agregadas as informações a respeito do universo de usuários a ser alcançado pela intervenção. Se corrigidas as dificuldades de padronização na coleta, poderia ser obtida uma taxa de cobertura dos grupos educativos na Rede, favorecendo algumas inferências a respeito de acesso ou aceitação das propostas efetivadas. De acordo com AGUILLAR e ANDER-EGG (1994), as intervenções deveriam ser avaliadas segundo sua concepção e planejamento (o delineamento do modelo conceitual que a orienta), sua instrumentação e seguimento (configurando-se nos aspectos de processo) e pela sua eficácia e eficiência (aspectos relacionados aos resultados). Para esses autores, a avaliação de cobertura é um dos aspectos da análise de processo, que deveriam ser combinadas com as análises de implementação, do ambiente e do rendimento do pessoal. Já CONTANDRIOPOULOS et al. (1997) ou DONABEDIAN (1980) classificaram a avaliação normativa ou tradicional destinada a verificar a qualidade de uma ação como aquela que se dedicaria a analisar elementos da estrutura (os recursos envolvidos), combinados com o processo de seu desenvolvimento (a maneira como os bens ou serviços que foram produzidos), agregando ainda os resultados ou efeitos obtidos, segundo critérios ou normas pré-estabelecidos. CONTANDRIOLPOULOS et al. (1997) identificavam também que a análise de processo é composta da dimensão organizacional, em que são

enfocados os aspectos da cobertura, acessibilidade e continuidade no cuidado prestado, da dimensão das relações interpessoais em que se trabalham questões relativas à interação entre os prestadores de cuidados e seus usuários, e ainda da dimensão técnica que visaria apreender a adequação dos serviços às necessidades de seus beneficiários.

De acordo com as tipologias de avaliação indicadas por alguns autores (COHEN e FRANCO, 2000; CONTANDRIOPOULOS et al., 1997; AGUILAR e ANDER-EGG, 1994), os aspectos relacionados ao processo são apenas um dos componentes abordados na avaliação de intervenções. Autores como TANAKA e MELO (2004), visando inclusive ampliar a realização das avaliações pelos gestores dos serviços de saúde, afirmaram que seria interessante a focalização do processo como estratégia de formação em serviço junto aos iniciantes, para introdução ao campo de práticas avaliativas.

Em relação ao paradigma utilizado na verificação da realização de grupos educativos, outros autores (FURTADO, 2001; CARVALHO, 2001; SAUL, 2001; MERCADO-MARTÍNEZ e BOSI, 2004) criticaram de forma muito enfática a avaliação de fenômenos complexos e contraditórios, tais como as práticas educativas em saúde, tendo como base esse tipo de referencial. Acentuaram as limitações dessa tradição que prevalece no campo da avaliação de ações, enquanto orientada pelos pressupostos da visão de mundo positivista. De acordo com essa acepção, que pouco considera o contexto em que os dados foram produzidos, há um predomínio da mensuração para indicação de produtividade e eficiência. Estas formas de avaliar induzem nossa percepção de que a realidade é o que os dados apresentam, como se fosse expressão de uma ciência neutra e objetiva. Nesta perspectiva não se colocaria a necessidade de inclusão ou mesmo de acomodação dos diferentes olhares dos atores envolvidos no processo avaliativo.

Especificando melhor, esse paradigma, também chamado de quantitativista, poderia ser criticado por vários argumentos:

- Mesmo reconhecendo que a análise, a partir de quantidades delimitadas de qualidades permitiria a comparação entre fatores e a conseqüente generalização, um dos problemas centrais seria que esta forma de ver induz uma perspectiva de que existem verdades universais (às vezes até eternizáveis) a respeito dos fenômenos, desconsiderando as especificidades articuladas que poderiam, inclusive, negar as considerações generalizadas.

- Na busca da objetividade, validade, fidedignidade dos instrumentos de coleta e análise dos dados, perder-se-iam aspectos relacionados à própria natureza do humano —o subjetivo, o sensível, o afetivo, o valorativo, o opinativo—que inviabilizaria a apreensão contextualizada da singularidade, da complexidade, da multidimensionalidade e contradições inerentes aos fenômenos.
- Apesar de fincar seus objetivos na apreciação da produtividade e da eficiência das ações, diante de demandas tradicionalmente gerenciais, não se ocupariam em aumentar a relevância ou utilidade de sua realização para todos os agentes envolvidos, sobretudo porque são realizadas por pesquisadores externos, especialistas pretensamente neutros, cuja validação ou não dos objetivos pretendidos não acarretariam embates ou negociações sobre os rumos do que ali se processou.

Historicamente, esse paradigma vem sendo instado a buscar outras direções conceituais e metodológicas, especialmente no campo da saúde, diante do crescente diálogo interdisciplinar que vem se realizando, com a exposição dessas insatisfações num caminho que ora se traduz num purismo conceitual, ora acentua as necessidades de combinação entre paradigmas.

2.5- Entre o quantitativo e o qualitativo nas avaliações de práticas em saúde

Meu contato inicial com este debate no campo da avaliação de práticas deu-se pela referência de um grande amigo, Juarez FURTADO (2001), que trouxe, em seu doutoramento, as reflexões da denominada 4ª geração de avaliadores como proposta por GUBA e LINCOLN (1989) e do Método da Roda (CAMPOS, 2000) para referenciar o trabalho avaliativo desenvolvido por ele junto a um serviço de saúde público municipal de Campinas.

De forma bem sucinta, a 4ª geração de avaliadores procurava aproximar em categorias as etapas históricas situadas nos primórdios do século XX, com base em experiências marcadamente norte-americanas, reconhecendo uma periodização de modelos conceituais de avaliação mais marcantes. Identificaram o primeiro momento como o da

medição dos resultados escolares ou da produtividade de trabalhadores, o segundo momento como o da **descrição** das maneiras como se alcançariam os resultados ou objetivos pretendidos pelos projetos e o terceiro momento em que dominavam estratégias voltadas ao **julgamento** externo de especialistas junto às ações promovidas. No caso do quarto momento, o diferencial da proposta se daria pela **inclusão** dos grupos eventualmente **interessados** ou beneficiários na compreensão e no aprimoramento do trabalho que estivesse sendo avaliado (GUBA e LINCLON, 1989; FURTADO, 2001). Esta proposta teórico-metodológica pareceu-me muito apropriada pela incorporação da ótica do sujeito implicado com a intervenção na sua apreensão e aprimoramento, bem como pela ênfase que é dada à necessidade de aproximações complementares entre os paradigmas quantitativista e qualitativo na compreensão dos fenômenos avaliativos. Recomendações que se acentuariam se a perspectiva é avaliar uma prática complexa em que o investigador é um dos agentes envolvidos com seu desenvolvimento, como é o caso do que venho propondo nesta pesquisa. As críticas que atualmente já se fazem a essa construção, de que existiria uma idéia subjacente de passagem de um estágio a outro, como nos alertaram UCHIMURA e BOSI (2002), não inviabilizam sua utilização se a compreendemos como um recurso de analogia para caracterização daqueles movimentos de composição do campo.

Entretanto, essa integração entre o quantitativo e o qualitativo não ocorreria de forma a justapor enfoques tão díspares. Pelo contrário, preliminarmente FURTADO (2001) reafirmou os distanciamentos de ordem ontológica (relativa à constituição e estrutura da natureza da realidade social), epistemológica (relacionada às condições e limites estruturais do processo de conhecimento, da relação entre sujeito e objeto do conhecimento) e metodológica (referenciada nas condutas ou regras de análise e compreensão do objeto) que apareceriam interligadas de forma complexa e distinta num e noutro paradigma. Mesmo assim, este autor defendeu uma aproximação naquilo que fossem complementares, onde os postulados de cada abordagem pudessem ser considerados sem preponderância de um ou outro *a priori*, havendo uma combinação por imbricação e não por fusão ou justaposição, constituídas de acordo com as finalidades colocadas pela pesquisa. A complementaridade estava sendo indicada, então, como possibilidade de que os elementos constituintes de cada paradigma permanecessem distintos e operacionalmente autônomos, porém imbricando-se de modo a afetar-se mutuamente, ainda que fiéis aos seus respectivos elementos

constituintes. Entretanto, deixava-se espaço para o surgimento de contradições que, por sua vez, deveriam ser consideradas e analisadas a partir de critérios explícitos. Para esse autor, a complexidade do objeto analisado requeria tal aproximação imbricada, em que as finalidades da pesquisa lhes seriam auxiliares, na medida em que fosse necessária a superação de impasses oriundos de achados divergentes, bem como na definição do tipo de cooperação entre eles, inserindo-se elementos de um ou outro referencial em diferentes gradações, em torno de um eixo predominante e coerente com a intencionalidade central definida pelo pesquisador e também com os grupos de interesse.

Assim, pois, tendo esse autor assumido como finalidade de sua investigação a **compreensão** daquele fenômeno complexo, de forma a **transformá-lo** e reconstruí-lo, propôs integrar os paradigmas, pautando-se por um referencial predominantemente **qualitativo e construtivista “forte”**, que fosse subsidiado pelo referencial **positivista**, que cumpriria um papel menor ou **“fraco”** na referida análise. Na investigação ora em curso, tudo indica que a proposta possa ser essa, ou seja, para que se torne possível apreender o fenômeno analisado e contribuir para seu aprimoramento, a avaliação está sendo compreendida como algo complexo, contraditório e multidimensional, tanto quanto seu objeto —as práticas educativas em saúde—, fazendo com que se ampliem as exigências no tratamento do processo de pesquisa, bem como as discussões subseqüentes.

VASCONCELOS, EDUARDO (2002) recomendava alguns pontos de atenção para processos de pesquisa como este:

- Trazer para o debate interno da investigação um leque delimitado de perspectivas teóricas, disciplinares e paradigmáticas no campo de contribuições e alianças conceituais, éticas e políticas das lutas emancipatórias da humanidade na abordagem do fenômeno, evitando a dispersão teórica e conceitual, o ecletismo¹³, a simplificação exagerada das abordagens envolvidas, reconhecendo a legitimidade e a autonomia

¹³É “a conciliação e o uso simultâneo, linear e indiscriminado de teorias e pontos de vista teóricos e éticos diversos sem considerar as diferenças e incompatibilidades na origem histórica, na base conceitual e epistemológica, e nas implicações éticas, ideológicas e políticas de cada um desses pontos de vista” (VASCONCELOS, EDUARDO, 2002).

relativa das diferentes abordagens engajadas que atuam no campo em foco e o pluralismo¹⁴ e a multidimensionalidade na análise.

- Disposição de conviver com o desconhecido, o diferente e a incerteza, uma vez que quando se constituem dois ou mais núcleos principais de campos teóricos, disciplinares ou paradigmáticos, com coerência interna, estes estarão separados entre si por “zonas de incertezas” irregulares.
- Definição clara do fenômeno empírico ou teórico em foco e controle preciso do delineamento metodológico.
- Revisão bibliográfica, de experiências e contribuições no âmbito das práticas emancipatórias, valorizando autores atuantes no debate acadêmico ou na prática profissional, social e política das lutas da área.
- Articular debates e supervisão com pesquisadores especialistas nas abordagens envolvidas, cultivando a humildade acadêmica e o controle da onipotência para não “invadir” campos de competência, bem como ampliando gradativamente a competência interdisciplinar a médio e longo prazos por pesquisadores que vão se tornando híbridos¹⁵.
- Realizar a comparação contextualizada dos conceitos-chave, identificando sinergias, apropriações recíprocas, diferenças, contradições, paradoxos, para que, havendo a interação entre dois ou três campos teóricos, disciplinares e paradigmáticos, o debate e a aprendizagem mútuos possam modificar a configuração interna de cada campo, constituindo “alianças interdisciplinares e pluralistas de prática científica, acadêmica ou aplicada, a partir de alguns princípios ético-políticos e metodológicos mínimos, pactuados mutuamente” (VASCONCELOS, EDUARDO 2002).

¹⁴É “abertura para o diferente, de respeito pela posição alheia, considerando que essa posição, ao nos advertir para os nossos erros e limites, e ao fornecer sugestões, é necessária ao próprio desenvolvimento de nossa posição e, de modo geral, da ciência” (VASCONCELOS, EDUARDO 2002).

¹⁵São profissionais com maior disponibilidade e capacidade para superar os bloqueios de modelos teóricos e da atuação profissional padronizados e fechados à experimentação, que as profissões e as entidades corporativas fazem questão de desconsiderar e/ou negar, já que a sua superação dependeria da aprendizagem e do diálogo com outros campos de saber e poder.

Especificando melhor, este autor esclarecia que a comparação contextualizada ocorreria quando as contribuições e perspectivas particulares de cada teoria, paradigma ou linha de investigação interagissem por meio de mecanismos regulatórios lógico-cognitivos e intersubjetivos para a produção de conhecimento e apreensão das relações sociais. A comparação contextualizada leva em conta as perspectivas paradigmáticas e teóricas abraçadas e o contexto histórico e subjetivo no qual o conhecimento é produzido. Nela, a possibilidade de generalização do conhecimento pode acontecer quando se comparam “resultados, metodologias, teorias, epistemologias e paradigmas utilizados (...) as implicações e os interesses sociais envolvidos nas pesquisas, nas abordagens teóricas (...) nas características sociais e subjetivas dos pesquisadores e dos indivíduos e grupos sociais incluídos no estudo” (VASCONCELOS, EDUARDO 2002). Esta lógica supõe estratégias em que se utilizam várias fontes e tipos de dados para compensar ou corrigir mutuamente os limites das metodologias específicas utilizadas. Desta forma, a correção de parcialismos, procurava superar o uso exclusivo e excludente de apenas um tipo de dado, recusando as limitações e reducionismos típicos de cada perspectiva, como a inclusão de medições quantitativas em estudos qualitativos, que visam controlar tendências dedutivamente forçadas de interpretação da realidade.

VASCONCELOS, EDUARDO (2002) defendia, então, um relativismo moderado em que alguns valores poderiam sustentar uma comparação mínima entre teorias e campos paradigmáticos dentre os quais:

- A exatidão em que há uma coerência qualitativa ou quantitativa com as previsões de uma teoria;
- A consistência onde não existe ou são compatíveis as contradições internas de uma com as demais teorias em análise;
- O alcance pelo qual uma teoria pode explicar outros fatos ou leis que não especificamente projetados nela;
- A simplicidade quando ela consegue organizar fenômenos que aparentemente não tinham relação entre si;
- A fecundidade em que é possível desvendar novos fenômenos que anteriormente não eram verificados;
- A capacidade de resolução e previsão de problemas que é preservada de uma teoria em relação à precedente.

Ainda segundo esse autor, a idéia de objetividade deve ser referida numa outra perspectiva, isto é, a dos mecanismos regulatórios lógico-cognitivos e intersubjetivos, para evitar o imperialismo epistemológico (a pretensão de generalização linear para outros campos), a certeza dos resultados ou a suposta inexistência de subjetividades e interesses sociais no conhecimento construído, reafirmando apenas que as investigações sejam livres de erros grosseiros e incoerências internas.

O que se coloca, portanto, no caso da pesquisa avaliativa que venho procurando realizar é o estabelecimento de parâmetros mínimos pactuados com base nos paradigmas utilizados de forma que se efetive uma comparação contextualizada, bem como se alcancem as exigências acima indicadas.

Entretanto, tendo sido realçada a necessidade de aproximação entre paradigmas, utilizando como fio condutor de minha perspectiva o ponto de vista qualitativo, reafirmo como UCHIMURA e BOSI (2002), que a definição de qualidade das ações se caracterizaria a partir das posições intersubjetivas dos atores envolvidos, inclusive as minhas, enquanto investigadora e interessada. Por isso, a apreensão dos sentidos dos fenômenos nessas condições, além de interrogar as práticas, numa perspectiva de construção do sujeito epistêmico¹⁶, também coloca em análise o próprio sujeito epistêmico, na medida em que o incide como aquele que está implicado com tais práticas (MERHY, s.d).

Enquanto pesquisadora e agente implicada devo salientar diversificadas ordens de validação que estariam em jogo na investigação que se vem procurando construir:

- Aquela relacionada às práticas educativas em saúde, referidas no contexto de uma modelagem tecnoassistencial, identificadas como eventuais dispositivos de mudança das práticas nos serviços;
- Outra referenciada na complementaridade imbricada de paradigmas na efetivação de processos avaliativos, traduzidos numa perspectiva qualitativa construtivista forte e quantitativa fraca, em que as intersubjetividades dos grupos de interesse são o crivo fundante das análises;

¹⁶Segundo MERHY (s.d.) o sujeito epistêmico é portador de teorias e métodos que lhe permitem se debruçar e estudar certos objetos de ciência, a partir de certas concepções ideológicas sociopoliticamente orientadas.

- E ainda mais uma que diz respeito ao olhar militante de quem se pretende um sujeito epistêmico, mas que se apresenta no processo investigativo subsumido numa implicação com seu objeto de conhecimento.

Dessa maneira, pretendo agora analisar as nuances indicadas nesse último ponto, considerando tais implicações reconhecidas numa concepção da reflexão orientada pelas ações em que me insiro, nesse caso, como gestora.

2.6- Gestão de serviço, avaliação participante e pesquisa-ação

Como já salientado, a ótica avaliativa convencional é gerencial ou somativa, pois o paradigma dominante pela constituição histórica do campo se desenvolveu a partir das necessidades de aferir se os programas, serviços e ações “estavam dando certo”, especialmente do ponto de vista da relação custo-benefício. Gradativamente foram sendo incluídas necessidades de eficácia nos resultados. Essa maximização do desempenho deu-se porque haveria necessidade de se deliberar sobre a continuidade ou encerramento dos programas, mas também pelo reconhecimento das influências dos componentes da ação, tais como outros serviços, os próprios gestores, as demais políticas, ou mesmo os profissionais, usuários e outros atores sociais presentes (DENIS e CHAMPAGNE, 1997).

Apesar de criticar a visão convencional, minha proposta está interessada em que as mudanças ocorram, mas que isto seja feito a partir da necessidade sentida, da compreensão do processo em curso, pelos próprios construtores dele, debatendo de forma aberta e franca as contradições, explicitando consensos e repactuando divergências entre os diversos pontos de vista envolvidos nessa construção. A metodologia da pesquisa avaliativa promoveria este olhar crítico sobre a realidade avaliada, funcionando, ela mesma, como um dos dispositivos de mudança da intervenção desenvolvida.

Segundo VASCONCELOS, EDUARDO (2002), desde os anos 90, a bibliografia produzida sobre pesquisa avaliativa é cada vez maior. Infelizmente, a cultura avaliativa vem ainda tendo pouca legitimidade no campo das políticas públicas, graças à reconhecida ineficiência, verticalidade, inflexibilidade, burocratização e irresponsabilidade

no processo de gestão, reforçadoras/reforçadas das/pelas tendências de privatização e desinvestimento nas políticas públicas sustentadas pela hegemonia da impunidade. Por outro lado, TANAKA e MELO (2004) realçaram que as avaliações ainda são pouco adotadas no cotidiano dos serviços, em função da percepção de que requereriam um rigor formal exclusivamente reputado aos especialistas do campo, cuja competência é reiteradamente afirmada nas medições quantitativas, além de serem vistas como atividade ameaçadora fruto da função controladora do Estado.

Entretanto, é cada vez mais justificada a implementação destas práticas avaliativas, seja por argumentos apontados pela ótica da globalização excludente: aumento da competição empresarial no mercado globalizado, crise do Estado e crítica e reavaliação das organizações públicas e estatais. Seja pelas necessidades colocadas pelas lutas emancipatórias em geral: avanço dos movimentos pelos direitos do cidadão e do consumidor em geral, da avaliação de qualidade, aumentando a necessidade de flexibilidade organizativa e acessibilidade aos serviços prestados, a importância da construção da gestão pública transparente, participativa e eficiente, a necessidade de gerar conhecimento e subsidiar decisões, especialmente pela constante limitação de recursos e crescente competição intersetorial entre políticas e setores ou mesmo para identificar contradições e estratégias implícitas à pesquisa, que possibilitem avançar no terreno da gestão pública (SILVA, et al., 2004; BRANDÃO, et al., s.d.).

A premência de práticas avaliadoras numa perspectiva emancipatória, em que o objeto avaliado se transforma enquanto a construção do conhecimento se faz de forma partilhada, veio se constituindo por práticas denominadas como pesquisa-ação ou pesquisa participante (BRANDÃO, 1985b; THIOLLENT, 1987; CARVALHO, 2001). A pesquisa-ação é um referencial gestado a partir das premissas da democratização do conhecimento que concebiam o conhecimento científico efetivado como um hábito construído entre educadores e educandos (HARTZ, 1997). Utilizada em variados campos disciplinares desde então, na saúde tem sido cada vez mais frequentes as iniciativas de investigação em que os próprios militantes do SUS—especialmente os profissionais—se propõem a problematizar seus fazeres (MERHY, s.d.). Adicionando-se a esta nova tendência do campo da Saúde Coletiva, o referencial da Educação Popular e Saúde que orienta esta pesquisa,

vem corroborar essa escolha, posto que seu método de investigação é parte da abordagem teórico-metodológica que a sustenta (VASCONCELOS, EYMARD 1998). Para este enfoque, a pesquisa participante ou a pesquisa-ação¹⁷ são metodologias de pesquisa que partem

“do reconhecimento de que vários grupos sociais têm em si uma criativa dinâmica de busca do saber e que são portanto capazes de participar no processo de construção de novos conhecimentos com base em relações de diálogo com técnicos e intelectuais. Essa participação muda o caráter do conhecimento gerado pois possibilita a incorporação de lógicas e interesses populares. Para ela, o conhecimento é produzido na relação de mútua troca entre o sujeito que pesquisa e o objeto da pesquisa”.

Para VASCONCELOS, EDUARDO (2002) os pressupostos que embasariam este referencial são os de que as organizações concretas são atravessadas por processos institucionais amplos e complexos que são praticamente invisíveis e o processo de pesquisa-ação pode fazer emergir tais atravessamentos, contribuindo para mudanças e/ou transformações. Seguindo esta lógica o autor ressalta que o processo de investigação favoreceria a desconstrução e reelaboração da visão de mundo e subjetividade do pesquisador no acesso compreensivo e original à cultura e subjetividade do outro, exigindo a superação das perspectivas positivistas e objetivistas, pois a inserção nas redes sociais do trabalho de campo faziam com que o conhecimento construído fosse profundamente marcado pelo processo de interação entre pesquisador e realidade investigada. Mas também alertava que, a retomada pela ciência de sua relação com um senso comum emancipatório, no sentido da intelectualidade orgânica junto aos grupos sociais oprimidos, deveria também garantir a autonomia relativa dos pesquisadores que procuravam, ao abordar os aspectos complexos do fenômeno em foco, explicitar, inclusive, contradições com interesses dos atores envolvidos na investigação.

¹⁷ Segundo VASCONCELOS, EDUARDO (2002), na pesquisa participante há uma participação orgânica do pesquisador na realidade social em foco, sem a participação dos envolvidos na gestão do processo investigativo. Por outro lado, a pesquisa-ação é um tipo de pesquisa participante, em que se associa a produção de conhecimento à atuação para resolução de problemas, à mobilização de atores do campo em foco para produção de autonomia, iniciativa, participação e gestão dos implicados na situação.

SAUL (2001), amparando-se em três vertentes teórico-metodológicas conhecidas como Avaliação Democrática, Crítica Institucional e Criação Coletiva e a Pesquisa Participante, propôs a avaliação emancipatória ou participante. Nessa forma de avaliação, cuja origem é marcada pelos referenciais político-pedagógicos de avaliação de programas educacionais e sociais, os conceitos-chave são a emancipação, a decisão democrática, a transformação e a crítica educativa. Nela se articulariam a ampliação da consciência crítica sobre determinada situação e a luta para transformá-la, a afirmação do consenso e dissenso na tomada de decisão co-construída, os compromissos sociais e políticos gerados na análise coletiva e a crítica prioritária sobre os aspectos relacionados ao processo de constituição da ação, considerando os resultados da mesma. Fundamentalmente constitui-se como uma proposta formativa dos sujeitos envolvidos. Esta avaliação desenvolver-se-ia em três momentos:

- Descrição da ação em avaliação: é a caracterização da realidade ou intervenção que se quer avaliar, revelando os diversos pontos de vista dos nela envolvidos, mediante recursos simbólicos, concretos ou ambos;
- Crítica do material exposto: mediante a reflexão sobre a própria ação, são problematizados os distanciamentos entre as propostas e a efetivação das ações, explicitando contradições, limites e potencialidades existentes em nível das ações grupais;
- Criação coletiva: quando se delineiam caminhos e propostas a serem provocadas na ação analisada, explicitando as responsabilidades dos grupos envolvidos na tomada de decisão e encaminhamentos e soluções a serem tomados.

Os métodos utilizados nesse tipo de avaliação envolvem entrevistas livres, debates, análises de depoimentos, observação participante, análise documental, dentre outros, não eliminando os dados quantitativos que se fizerem necessários. Nessa perspectiva, o pesquisador favoreceria a discussão em bases democráticas, estimulando os grupos na reformulação das ações, com ênfase nos aspectos comunicacionais e relacionais da grupalidade.

O referencial de avaliação adotado por FURTADO (2001) tem um percurso parecido com o proposto por SAUL (2001), exceto pelo fato de que aquele pesquisador não estava problematizando uma ação em que ele mesmo estivesse envolvido. Suas indicações eram de que se iniciassem os trabalhos partindo da construção do modelo lógico ou teórico¹⁸ da ação avaliada com os envolvidos, passando à sua discussão por segmento, enfocando as maneiras de conceber, suas reivindicações e interesses na ação e, posteriormente, trazendo tais considerações para os grupos entre si, corroborando ou não o inicialmente colocado. No relatório final desse processo, deveriam estar contemplados os sentidos e significados operados pelos grupos, de forma contextualizada numa linguagem acessível. Nesse caso, o papel do pesquisador seria também mediar e apoiar a negociação de eventuais desacordos entre os grupos envolvidos na avaliação, proporcionando-lhes um “setting” confiável e confiante de exposição e debate.

Os enfoques aqui apresentados, além de trazerem para os sujeitos envolvidos com as ações a atribuição de avaliá-las, referenciadas por uma mediação externa de um agente mais ou menos implicado com elas, ressaltam os aspectos pedagógicos e de grupalidade do processo avaliativo, de forma que se possa ampliar a apropriação pelos agentes dos seus próprios fazeres, contribuindo também para a potencialização das intervenções.

Neste sentido, como assinalado anteriormente, minhas implicações, sejam as teórico-metodológicas, sejam as político-afetivas, conformaram esta “escolha”¹⁹, uma vez que partiram de uma necessidade sentida de contribuir com uma análise de práticas nas quais eu estava envolvida através de minha participação na Câmara Técnica de Educação em Saúde, configurando-se, pois, numa avaliação caracterizada como pesquisa-ação.

Adotar este referencial significa, portanto, correr o risco de ser contraditado, seja ele quem for: gestor, usuário, trabalhador, pesquisador, assumindo, entretanto, que temos nossas finalidades últimas de construção do SUS e de efetivação de seus princípios.

¹⁸O modelo teórico ou lógico é uma descrição das principais hipóteses e suposições sobre as quais uma intervenção ou serviço se baseia para obter os resultados esperados (FURTADO, 2001).

¹⁹Sempre tenho muitas dúvidas se é a gente que escolhe ou é escolhido pelas circunstâncias. Ou ambas as coisas. A ver...

O esforço científico em construir parâmetros confiáveis de pesquisa expressa não somente a busca de conhecimento válido por si mesmo, mas especificamente um compromisso, em última instância, com a construção de processos que possam ser utilizados pelos seus beneficiários, na concretização da melhoria dos serviços prestados, na direção dos interesses coletivos, da emancipação e da qualidade de vida da população que deles usufruem.

Caso esses interesses conferidos e processados pela pesquisa junto aos seus usuários principais coincidam, genuinamente, com os propósitos dos gestores, supondo um processo ético e competentemente conduzido, será mais possível construir iniciativas de reformulação mais perenes, articuladas na macropolítica e micropoliticamente sustentadas. Do contrário, sua utilização de forma global ou parcelada pode se dar em momentos oportunos, ou mesmo sendo realizada nas dobras dos acontecimentos, de forma não explícita, ou mesmo nem reconhecida pelos próprios atores que as experimentam. Seus usos, caso o processo tenha realmente provocado apreensão de alguma forma, pode ocorrer mesmo sem intencionalidade explícita, porque pode ter ficado como aprendizado e este resultado é, na maioria das vezes, inapreensível.

3- OBJETIVOS

Diante do assinalado até o momento, esta investigação-ação visaria como objetivos gerais:

- Construir, com os agentes envolvidos nas práticas educativas em saúde em foco um processo avaliativo que contribua com seu aprimoramento e fortalecimento, identificando potencialidades e limites, enquanto dispositivo de mudança;
- Experimentar uma metodologia de avaliação participante²⁰ de práticas educativas em saúde que, ao se desenvolver como um processo educativo com os sujeitos envolvidos, possa ser apropriada como elemento de gestão e de fortalecimento do SUS.

E como objetivos específicos:

- Identificar os conceitos de práticas educativas em saúde que os envolvidos apresentam na avaliação das mesmas;
- Identificar as representações sociais dos segmentos envolvidos acerca dessas práticas, considerando as aproximações e distanciamentos;
- Identificar o nível de interesse desses sujeitos em avaliar suas ações a fim de sensibilizá-los para a disseminação das práticas avaliativas participantes nos serviços.

²⁰Participante significa “que ou quem, em política ou noutra atividade, tem participação ativa.” (FERREIRA, 1987).

4- DESENHO METODOLÓGICO

O mais difícil de entender é como eles conseguem inventar

coisas que os olhos de fora nunca viram:

Acontecimentos que não aconteceram.

Momentos que jamais passaram.

Situações completamente estapafúrdias.

Condições imaginárias.

Suposições.

Tragédias.

Finais felizes.

Sinais.

Hipóteses.

Subterfúgios.

Absurdos.

Desejos.

Aquilo que não existe, ou que não é visível, ou que ainda não foi descoberto, o que já foi embora, tudo o que está no brejo, o que está sempre no escuro, soterrado, escondido, após, por trás, o microscópio, a conjectura, o que foi arrancado, o que não foi aberto.

FALCÃO (2003)

Mesmo tendo já delineado anteriormente, de acordo com SAUL (2001) e FURTADO (2001), indicações sobre as propostas de desenho metodológico de uma avaliação participante, conforme o que diz MERCADO-MARTÍNEZ e BOSI (2004), a definição em relação a esse aspecto de uma investigação qualitativa, especialmente as investigações-ações, não pode ser vista como um processo unilinear ou imediato. Para esses últimos autores, o desenho de uma investigação é um

conjunto de passos a seguir e a seleção das opções idôneas que permitem a obtenção, manejo e análise dos dados em função de uma pergunta de investigação, reconhecendo que nenhum desenho é melhor que outros 'per si', sendo isso definido pelo contexto de cada pesquisa.

Assim devem ser levados em conta para seu estabelecimento o problema a investigar, os recursos disponíveis, o vínculo com determinada tradição e as motivações de natureza social, política, ideológica ou estratégica. E também afetiva, como acentuei anteriormente.

De acordo com os passos previstos numa investigação tradicional, o estudo se direciona para uma realização de aproximações sucessivas e lineares de etapas que passariam pela definição do tema, a formulação do objeto de estudo, das perguntas e dos objetivos, o estabelecimento da metodologia com a aplicação de técnicas compatíveis de coleta e análise de dados e, finalmente, a apresentação e debate acerca dos resultados. O que foi colocado nesse texto até o momento, pode ser considerado como um paralelo dessa proposta. Mas há um engano aí. Quando nos é imputada a tarefa acadêmica de dar forma aos nossos processos de investigação, buscamos corresponder aos cânones estabelecidos sob pena de não sermos reconhecidos pelos nossos pares, ou mesmo, assumimos, tornar mais fácil ao entendimento do leitor, trabalhar com um formato narrativo já esperado que, invariavelmente, não expressa o caminhar trôpego, de quem vai e volta na aproximação com um objeto muito pouco palpável, seguindo as inflexões comunicacionais e relacionais de processos investigativos participantes. Ou mesmo não retrata as insistentes e necessárias reviravoltas de percursos diante de idiosincrasias, que nos impõem certo temor combinado com algumas ousadias de iniciantes.

MERCADO-MARTÍNEZ e BOSI (2004) defenderam que um modelo circular em espiral de desenho metodológico seria mais adequado à pesquisa qualitativa, posto que mais coerente com a concepção dialética da construção de conhecimento postulada, de forma que as etapas anteriormente descritas não seguiriam necessariamente o roteiro previsto, exigindo uma postura flexível, em que os dados obtidos podem redefinir o objeto, ampliando-o ou restringindo-o, tornando assim necessária a redefinição dos meios de aproximação, coleta e análise. A flexibilidade do modelo pode levar a ajustes das estratégias, em função dos avanços ou percalços da investigação.

Mas a seleção de técnicas de obtenção e análise das informações não deve ser improvisada ou resultar dos recursos disponíveis. Dependem do desenho que se procura programar, que já está inscrito nos elementos acima referidos.

Nesse sentido, como explicitado anteriormente, assumindo o paradigma qualitativo, minha proposta passa por perscrutar os discursos dos sujeitos, mediante entrevistas grupais semi-estruturadas, também conhecidas como grupos focais (MINAYO, 1996; WESTPHAL et al., 1996; FURTADO, 2001; OLIVEIRA, 2001;

MERCADO, et al., 2002; VASCONCELOS, EDUARDO 2002), beneficiando-me da interação para apreensão do fenômeno social em análise. Mas, mais do que isso, trabalhando de acordo com o previsto nas propostas de FURTADO (2001), caberia identificar as estratégias de composição dos grupos de interesse em pesquisas avaliativas participantes para que se esclarecesse o caminho a que me propus realizar nessa investigação-ação.

4.1- Identificação de um dos grupos de interesse a partir da Câmara Técnica de Educação em Saúde: os gestores

Desde a criação da Câmara¹⁷ em meados de 2002, ela se reunia de forma intermitente, uma vez a cada mês, com um rodízio de participantes que desmotivava a todos, com imensa dificuldade de definir seus eixos e foco de atuação. A cada reunião discutia-se qual a finalidade do grupo e eram definidas atribuições aos seus membros, muitas vezes estabelecendo outras prioridades de atuação, retornando praticamente do zero a cada encontro. Era uma proposta de trabalho em que não se percebia avanços.

Mesmo assim, no final do primeiro semestre de 2003, foi ficando claro entre aqueles que conseguiram permanecer participando, de que seria importante compreender e tornar mais visível o que se vinha fazendo na Rede em termos de Educação em Saúde, a fim de proporcionar, de forma ampliada, espaços de reflexão sobre as práticas experimentadas pelos profissionais no sentido de aprimorá-las. Era voz corrente que as ações continuavam a ser realizadas, mas não se tinha um dimensionamento delas, ou mesmo como poderiam ser caracterizadas, isto é, qual o sentido que lhes era conferido por quem as realizava ou as usufruía, ou quais as dificuldades ou facilidades em efetivá-las, por exemplo.

Inicialmente, ficou decidido que as componentes da Câmara fariam um levantamento, caracterizando as atividades realizadas em cada distrito e hospital, através de uma planilha proposta por uma apoiadora do Distrito Norte (Anexo 2), mapeando

¹⁷Ver Introdução desta Tese.

“fotograficamente” o que acontecia nos meses de julho e agosto daquele ano. Os distritos Leste, Sul e o Sudoeste e o hospital aplicaram esta planilha, com modificações. Novamente não se conseguiu reunir todos os distritos de forma a discutir pelo menos os dados disponíveis, muito provavelmente porque não se tinha clareza acerca da finalidade em obtê-los, ou uma maneira e a necessidade de utilizá-los.

Foi neste contexto que fiz o convite às participantes da Câmara para que, através de meu projeto de pesquisa de Doutorado, buscássemos criar condições para realização de uma avaliação participativa a respeito das práticas educativas em saúde realizadas na Rede, focando o período da gestão 2001-2004. No meu entender, as integrantes da Câmara poderiam compor um dos grupos de interesse¹⁸ da pesquisa.

Desde logo as participantes apoiaram a iniciativa, ressaltando que assim se contemplava uma necessidade sentida de que alguém pudesse assumir este papel agenciador entre a ação gestora e a reflexão sobre as práticas educativas em saúde que ocorriam nos serviços, tornando-as mais visíveis para todos e mais potentes. Pareciam aliviadas de que fosse possível realizar tal avaliação, efetivando um trabalho que a própria instância parecia não conseguir implementar.

Naquele momento não havia se explicitado como a identificação daquele grupo de interesse poderia interferir nos desdobramentos da pesquisa. Enquanto uma instância de formulação e acompanhamento estabelecida formalmente pela direção da SMS, parecia-me óbvio que fosse ela também a autorizar o projeto, fazendo parte não somente como grupo de interesse, mas também como fórum de planejamento dos próximos passos da investigação-ação. Não era perceptível que, por não ser legitimado ou reconhecido no cotidiano dos serviços, houvesse alguma interferência dessa situação no processo de pesquisa. Mas o que fui verificando, à medida que o trabalho de campo foi se desenvolvendo, é que o referencial adotado, considerando o caráter artificial da

¹⁸Segundo FURTADO (2001) são denominados atores implicados ou grupos de interesse ou ainda “stakeholders”, aquelas organizações, grupos ou indivíduos potencialmente vítimas ou beneficiários do processo avaliativo, geralmente com características comuns e com algum interesse que sejam afetados pela “performance”, pelo produto ou pelo impacto do programa ou serviço analisado. Um grupo de interesse não é criado especificamente para efetivar uma pesquisa, mas ele é considerado válido quando “recortado” como um grupo de pessoas que representa outras, de forma legítima, em relação aos interesses no objeto pesquisado.

conformação daquela instância, além de viabilizar a investigação do ponto de vista metodológico e conceitual, acabou por garanti-la do ponto de vista político. Do contrário, a proposta poderia ser vista como algo externo aos beneficiários das práticas analisadas, cuja desconfiança minaria o processo ou mesmo seus eventuais resultados. Da mesma forma, a fragilidade da Câmara caracterizada pelo rodízio entre seus membros permitiu que sua conformação, enquanto um grupo de interesse dos gestores, fosse paulatinamente se alterando e se tornando mais representativo, de forma que se agregassem profissionais que realmente se sentiam beneficiados pela participação e produção da investigação.

Ao realizar o convite, propus a adoção da perspectiva utilizada por FURTADO (2001), descrevendo suas premissas brevemente, disponibilizando textos que aprofundassem sua compreensão sobre ela, frisando especialmente o foco de sua metodologia, que acarretava num conhecimento pela inserção dos implicados na sua construção junto com o pesquisador, visando uma apreensão que também produzisse subsídios para transformações ou mudanças no objeto considerado. Para esse autor, envolver os atores implicados, com seus diferentes pontos de vista, através de sua capacitação e desenvolvimento, além de aumentar as potencialidades da intervenção, possibilitaria ampliar a utilização dos resultados e contemplar o inevitável caráter político da pesquisa avaliativa.

Além desses argumentos, de acordo com esse referencial, poderiam ser arroladas outras justificativas para envolver esses sujeitos no caso da pesquisa avaliativa:

- Não era uma avaliação voltada para os gestores ou financiadores dos serviços, em detrimento dos usuários do programa, dos profissionais que nele atuam ou de outros parceiros institucionais ou comunitários; e nem orientada pelos objetivos econômicos de custo/benefício atualmente hegemônica nos processos avaliativos.
- Contemplava abertamente os pontos de vista dos beneficiários, e assim seriam evitados ou minimizados efeitos adversos ou perversos aos seus usuários, advindos de influências como:

- Da individualidade do pesquisador, enfrentando as questões da objetividade e neutralidade, de forma a desenvolver e legitimar outros critérios compatíveis com o paradigma qualitativo e construtivista, que também conferem rigor à pesquisa, tais como a credibilidade, a capacidade de ser transferível, a fidedignidade e a confirmação;
- De intervenções ético-políticas sobre processos e resultados oriundas de restrições de orçamento público aos programas das áreas sociais, ou mesmo de cumplicidades de diversas ordens, auxiliando na explicitação de jogos de interesses que afetassem princípios construídos constitucionalmente na luta dos movimentos populares, como é o caso de políticas públicas como o SUS.
- Poderiam ser criadas alternativas de ação condizente com um ambiente social e politicamente complexo em que vivemos, com atribuição de significados diversos, por atores diversos, com interferências de uns sobre outros, muitas vezes, contraditórias.
- Poderia ampliar a utilidade social da pesquisa, pois os implicados podem reformular suas práticas ao participarem da compreensão do processo de produzi-las, criando novas redes de compromisso entre si e junto aos demais grupos de interesse, capacitando-se na condução e revisão de suas próprias atribuições, garantindo maior controle e perenidade micropolítica sobre as alterações definidas sobre o processo.
- Poderia revelar aprendizagens silenciosas do cotidiano, que muitas vezes passam despercebidas e contêm muitas riquezas em serem socializadas, senão com outros pesquisadores, mas principalmente com outros grupos atuantes em programas e serviços similares.
- Sacrificaria a generalização, mas permitiria maior aprofundamento e abrangência da compreensão dos processos, buscando captar uma amostra capaz de refletir a totalidade em suas múltiplas dimensões.
- No caso específico de avaliação de atividades educativas em saúde, que têm como referencial e vivência o trabalho da Educação Popular em Saúde, era esperado que se adotasse um formato avaliativo como este, reunindo os pressupostos relativos do processo de construção compartilhada de conhecimento pela pesquisa-ação.

Ainda segundo esse referencial, para que seja mais efetiva a utilidade do processo e dos resultados da avaliação, é necessário um estreitamento do foco sobre o principal usuário da avaliação que, naquele momento, acreditava ser o grupo de profissionais que as realizavam, pois estes teriam delas o detalhamento suficiente que permitisse compreendê-las e transformá-las, de forma mais efetiva e crítica possível.

Portanto, diante do fato de que as práticas educativas em saúde eram disseminadas pela Rede, quais poderiam ser os sujeitos sociais representantes dos profissionais e dos usuários daquelas intervenções que participariam deste processo avaliativo, além dos gestores? Como selecionar pequenos grupos para aprofundamento da análise, contemplando suas características essenciais, escapando de possíveis distorções?

4.2- Constituição de outros grupos de interesse: os profissionais e os usuários

Era necessário definir antecipadamente as experiências a serem avaliadas, convidando os profissionais para participarem, bem como os correspondentes usuários que delas fariam parte. Os coordenadores das unidades, acionados pelos gestores da Câmara Técnica (apoiadores, coordenadores de distrito), entrariam em contato com os profissionais e, estes por sua vez, com os usuários de seus serviços. Os coordenadores das experiências selecionadas também seriam convidados a se agregar ao grupo dos gestores.

Os principais critérios definidos para seleção das experiências, que vinham das discussões anteriores geradas na Câmara Técnica, eram:

- Ser um trabalho educativo realizado em Centro de Saúde;
- Com usuários e
- Com certa continuidade no tempo de existência que fosse suficiente para permitir ser avaliada pelos sujeitos.

Entretanto, esses critérios ainda expunham um número excessivo de experiências para serem avaliadas pela metodologia proposta. Assim, a Câmara Técnica avançou numa seleção mais significativa apontando três alternativas a saber:

- 1- Os trabalhos que foram apresentados no 1º Encontro de Educação em Saúde de Campinas, em 2001 (Anexo 3);
- 2- As experiências apresentadas pelas equipes dos Centros de Saúde em resposta à Avaliação do Paidéia de 2003 (Anexo 4), que havia sido proposta no final daquele ano, pela direção da Secretaria Municipal de Saúde: consistia num instrumento de avaliação das ações desenvolvidas que servisse para que os profissionais das várias equipes refletissem sobre suas práticas, no qual havia perguntas que diziam respeito à implementação de ações educativas em saúde nas unidades;
- 3- Os projetos de intervenção da dispersão do módulo II do Curso Introdutório da Capacitação do Programa Paidéia Saúde da Família, tinha como objetivos a implementação das diretrizes propostas, utilizando metodologia problematizadora e contextualizadora da realidade. Essa metodologia trazia uma articulação entre momentos de concentração (onde os conteúdos são trabalhados “articulando dinamicamente teoria e prática, ensino e serviço, prática-reflexão-prática, tomando o processo de trabalho da realidade como objeto e o profissional como sujeito deste processo”) e dispersão (fase em que “os conteúdos abordados na concentração são operacionalizados e aplicados em serviço, relacionando-os”), constituindo-se este último como intervenções do campo da saúde coletiva que eram planejadas e realizadas pelos alunos/profissionais (que preferencialmente compunham uma equipe local de referência) sobre seu território de atuação (CAMPINAS, 2001a).

A partir dos três caminhos propostos, o grupo optou pela terceira alternativa, argumentando que, em primeiro lugar, os apresentadores de trabalho no Encontro de 2001 não tomavam como referencial as propostas da modelagem considerada, pois aquele ainda era o momento inicial de sua implantação. Em relação às respostas dos profissionais à avaliação em 2003, o grupo apontava que, como a finalidade do instrumento aplicado era servir de ponto de partida para discussão interna às equipes, muito dificilmente conseguiríamos identificar os sujeitos para participar da avaliação. Essa percepção de que a

maioria não retornaria os resultados do processo para a direção da Secretaria confirmou-se posteriormente¹⁹.

A indicação do grupo para que triássemos os sujeitos da avaliação “da ponta”, a partir dos projetos de intervenção da dispersão do módulo II de curso Introdutório da Capacitação do Programa Paidéia Saúde da Família, se devia, primeiramente, ao fato de que esses trabalhos poderiam incluir propostas consonantes com as mudanças pretendidas, uma vez que o eixo de abordagem daquela capacitação era o das diretrizes do Programa. Em segundo lugar, porque a maior parte dos projetos de intervenção ou trabalhos finais enfocavam práticas educativas em saúde e, portanto, seria possível reconhecer neles o que os profissionais pensam acerca do que fazem. Além disso, poderia se identificar o que os motiva ou interessa, ou mesmo quais propostas de trabalho teriam para o tema naquele momento. Assim, estávamos também levando em conta o fato de que aqueles que produziram os trabalhos poderiam estar efetivamente desenvolvendo tais atividades atualmente, criando possibilidade para seu envolvimento no processo de avaliação.

Alguns membros do grupo sugeriram que pudéssemos resgatar eventuais frutos da capacitação, considerando seus objetivos de contribuir para mudanças. Tomando a proposta como uma antecipação das questões para avaliação, ao respondê-las talvez se ampliassem as probabilidades de utilização da avaliação por esses implicados²⁰. Entretanto, a escolha desses trabalhos, analisando as atividades educativas realizadas junto aos profissionais, envolveria uma demanda para outro projeto de pesquisa, que naquele momento não seria possível comportar.

Por isso, a composição do grupo de representantes dos gestores era um cuidado necessário também. Ele deveria contar, como mencionado anteriormente, com participantes dos cinco distritos de saúde, especialmente os apoiadores envolvidos com a Educação em Saúde ou diretores²¹ que se interessassem, além do NAAS, do COAS²² e do CETS, que representavam o nível central e intermediário da Secretaria e, futuramente,

¹⁹Consulta realizada pela pesquisadora feita ao dirigente da Secretaria que propôs a avaliação em finais de 2004.

²⁰Dentre eles havia, naquele momento, uma maioria de educadoras, que compunham atualmente ou já compuseram a equipe do CETS.

²¹No distrito Noroeste, a diretora do distrito vinha já participando da Câmara Técnica e assim continuou, em função de seu interesse na temática.

²²Os profissionais de serviços de referência como o COAS não participaram desta capacitação, mas sua representante permaneceu no grupo já que era integrante da Câmara Técnica, mas não chegou a participar da avaliação das experiências.

os coordenadores das unidades em que ocorriam as experiências a serem analisadas. Já na primeira reunião com o grupo constituído, pelo menos a representação dos distritos e CETS estava garantida.

Diante da alternativa indicada pelos gestores/planejadores da pesquisa, coube a mim, então, fazer um estudo exploratório dos trabalhos apresentados pelos grupos de profissionais/alunos. Em contato com profissionais daquele Centro soube que nosso universo eram as 20 turmas de profissionais, oriundos das mais diferentes unidades básicas da Rede, de todas as profissões que compõem as ELR's. Cada turma chegou a contar com cerca de 100 profissionais, num primeiro momento da Capacitação, e com cerca de 50, posteriormente. Assim, imaginava que poderia selecionar o grupo de trabalhos com o qual a avaliação seria desenvolvida.

Para me aproximar desses trabalhos, defini o que estava chamando de prática ou atividade educativa em saúde: **é aquela desenvolvida direta ou indiretamente pelos profissionais de saúde com usuários dos serviços de saúde na sua área de abrangência, visando promover, prevenir ou recuperar a saúde individual ou coletiva destes usuários. Partindo do conceito ampliado de saúde, enquanto qualidade de vida, esta atividade tencionava também fortalecer a participação cidadã da população no sentido de buscar soluções para seus problemas de saúde, superando obstáculos de cunho político-administrativo e de organização popular. Reúne ações intersetoriais entre os diversos órgãos e instâncias governamentais presentes. Procura estimular a recuperação da auto-estima e de autonomia no lidar com as enfermidades a que são acometidos os usuários.**

Durante essa pesquisa exploratória tive imensa dificuldade de selecionar quais deles não era um trabalho de Educação em Saúde. De acordo com o conceito identificado acima, que era o da pesquisadora, os trabalhos tinham uma imensa diversidade de características, que incluíam alguns elementos de minha conceituação, mas excluíam outros. Se selecionasse somente aqueles que estavam de acordo com minha visão não estaria direcionando meus resultados? A facilidade de formulação em linguagem escrita que uma equipe teria também não estaria distorcendo tal seleção?

De qualquer modo, quase todos poderiam comportar um entendimento de que eram atividades educativas em saúde. Esta afirmação pode ser corroborada se levarmos em conta que, apesar da visão convencional de que as práticas educativas em saúde são os “grupos educativos ou de orientação”, venho trabalhando com a perspectiva ampliada de Educação em Saúde, do profissional de saúde enquanto educador permanente em suas práticas cotidianas. Para se ter uma idéia do que encontrei, somente na turma um, dos 16 trabalhos apresentados, 14 poderiam ser identificados como envolvendo estratégias de Educação em Saúde em sua proposta de intervenção. Da turma dois, de 12 trabalhos, 10 eram categorizáveis como de Educação em Saúde e, assim por diante.

Assim, a dificuldade apontada fazia com que eu tentasse outra maneira mais eficaz de seleção. Partindo do princípio de que a pesquisa pretendia contribuir com o aprimoramento das práticas desenvolvidas, havia também a necessidade de que as experiências selecionadas guardassem uma representatividade diante do que era desenvolvido nos “quatro-cantos” da Rede. Ao mesmo tempo, além da necessária representatividade, era importante reunir um grupo de intervenções que estivessem de fato sendo desenvolvidas na atualidade e que os profissionais nelas envolvidos se interessassem em avaliá-las, mantendo uma coerência com a proposta teórico-metodológica inicial e ampliar as chances de êxito na utilização de seus resultados.

Levei estes questionamentos ao grupo novamente. Concordaram com minhas ponderações. Foi sugerido, então, que se tomasse os 119 trabalhos inscritos para o Prêmio Estímulo Paidéia em 2003²³, para que deles se efetivasse a seleção. Uma parcialidade poderia ser imediatamente apontada. Corríamos o risco de estar somente considerando aquelas experiências que conseguiram minimamente se organizar para produzir um texto e enviar para concorrer no concurso. Há profissionais que realizam seu trabalho, mas não se animam (pelos mais diferentes motivos) a “concorrer num concurso”. Ou ainda há aqueles que gostariam de enviar seu trabalho, mas não o conseguem (pelos mais diferentes motivos também). Por outro lado, havia uma indicação de que pudessem ter interesse em participar de um processo de avaliação, pois, afinal, dedicaram-se a formular um texto, seguindo determinados critérios estabelecidos e se colocavam como “alvo” de uma avaliação

²³Também conhecido como Prêmio Experiências Exitosas do Paidéia.

externa²⁴. No caso da pesquisa, o processo avaliatório proposto seria interno, incluiria, portanto, os profissionais que se expuseram à avaliação externa. Considerava-se que isto fazia alguma diferença. Estávamos, obviamente, deixando várias experiências que não se inscreveram para participar, mas também não tínhamos tempo suficiente para realizar a captação destas experiências naquele momento. E muito provavelmente a mobilização que os profissionais tiveram para participar do Prêmio, em que tantas experiências se inscreveram, não seria a mesma de uma nova iniciativa, pois não havia o atrativo imediato de envolvimento dos participantes no “acontecimento” que era Festa anual que se fazia por conta das comemorações do Paidéia.

Numa primeira leitura constatei que a quase totalidade dos trabalhos continha a dimensão educativa incluída. Isto fez com que tentasse novamente outra forma de triagem. Mas uma que não implicasse em confrontação com as características conceituais das práticas, mas que permitisse categorizá-las conforme sua trajetória no tempo e/ou pelos assuntos abordados. De acordo com o referencial da Saúde Coletiva, particularmente do campo da avaliação de programas e serviços apropriei-me do conceito de traçador, adaptando-o às necessidades desta seleção. A partir daí pude realizar a categorização dos trabalhos, tendo em vista o recorte das práticas como “um processo mórbido, ou mesmo, um conjunto de processos que possibilitassem o acompanhamento do processo e resultado da intervenção” (MELLIN GIMENES, 1992). Para essa autora a escolha de um traçador permitiria que fosse definido um “denominador comum” para o seguimento e análise da estrutura, processo e resultado (DONABEDIAN, 1980) de um programa ou serviço de saúde em avaliação. Segundo KESSNER et al. (1973), o método de avaliação por traçadores²⁵ constitui-se numa seleção e análise de problemas específicos de saúde ou “doenças traçadoras” que acometem

²⁴A comissão organizadora que selecionou os trabalhos era composta de profissionais do nível central da Secretaria e de Universidades.

²⁵Para estabelecer os traçadores, os autores indicaram seis critérios:

- Evidenciar um determinado impacto que as atividades dos profissionais de saúde proporcionam;
- Ser relativamente bem definido e de fácil diagnóstico, com uma etiologia claramente reconhecida;
- Ter uma prevalência alta o bastante para permitir uma coleta de dados adequada, advinda de uma dada população amostral;
- Sua história natural variar conforme a utilização ou a efetividade do cuidado de saúde prestado;
- Conterem técnicas de gerenciamento do cuidado bem definidas e padronizadas em pelo menos um dos processos que inclui prevenção, diagnóstico, tratamento ou reabilitação;
- Conterem fatores sociais, culturais, econômicos, comportamentais e ambientais relacionados relativamente bem esclarecidos e a população de risco for identificável (KESSNER et al., 1973).

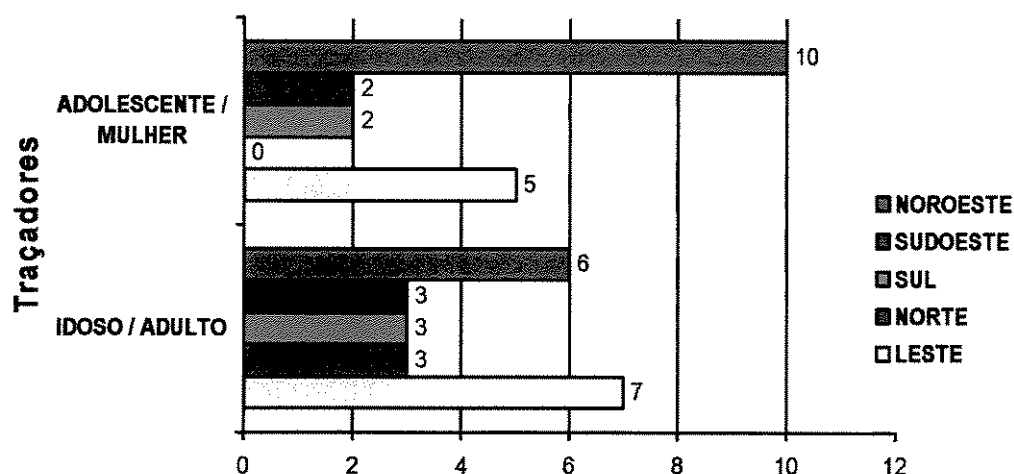
uma determinada população ou indivíduos agrupados e caracterizados desta população. Assim, os trabalhos foram classificados segundo os traçadores presentes, reconhecendo algumas características²⁶ que se repetiam e/ou que pudessem dar pistas posteriores ao processo de pesquisa (Anexo 5).

Considerando os critérios anteriormente assinalados²⁷, identifiquei os seguintes traçadores: Leishmaniose, com uma experiência, Enfermidade Mental – 04, Pobreza e Risco Social – 03, Tuberculose - 01, Obesidade e Carência Nutricional – 03, Dengue e Meio Ambiente – 04, Criança – 05, Enfermidades Bucais – 06, Idoso e Adulto – 23 e Adolescente e Mulher – 19 trabalhos (Anexo 6). Cabe esclarecer que, segundo o que deparei das descrições, muitos trabalhos categorizados como voltados para Adolescentes vinham também com conteúdos e estratégias que envolviam o trabalho com mulheres e vice-versa, como também isto acontecia com os voltados para idosos e adultos. Estes trabalhos apareceram como os mais numericamente representativos.

Considerando a necessária representatividade e distribuição pela Rede como um todo, decompus as práticas selecionadas referentes aos dois traçadores mais representativos, levando em conta sua distribuição pelos distritos (Gráfico 3):

²⁶Eram elas: Relação com Capacitação Introdutória, Continuidade do trabalho, intersetorialidade, vigilância em saúde, avaliação, participação comunitária.

²⁷Foram consideradas as intervenções em que os CS's eram parceiros de outras instâncias da Secretaria, mas que se realizavam no espaço das unidades básicas.



Fonte: Projetos inscritos ao Prêmio Estímulo 2003, processamento pela pesquisadora, CETS, julho/2004.

Gráfico 3- Número de trabalhos apresentados pelos profissionais de Unidades Básicas ao Prêmio Paidéia 2003, por distritos, para os traçadores Adolescente/Mulher e Idoso/Adulto.

Assim, tendo em vista que a pesquisa pretendia realizar uma avaliação que contasse com a participação de todos os distritos, indiquei ao grupo planejador/dos gestores na pesquisa, que o mais acertado seria trabalhar com os 23 projetos selecionados pelo traçador Idoso e Adulto. Concordaram com a proposta. Assentiram em que eu convidasse para compor conosco a referência técnica da área da Saúde do Idoso, articulada ao NAAS, que também aceitou o convite.

A aproximação com os trabalhos que se realizavam com idosos e adultos na SMS, remetia-me às experiências familiares: minha mãe, passando por um momento de crise com sua saúde, uma professora hipertensa sedentária e aposentada, com sua dinamicidade nublada pelos afazeres corriqueiros da casa e pelo isolamento semanal da família que se afastava para “ganhar o pão” em outras cidades, retomou o caminhar de sua vida ao fazer parte de um grupo de idosos, “o Jovens de Ontem” em que passou a “com-viver” com outra qualidade.

Sendo assim, que práticas educativas eram essas que eu encontraria nos projetos ali delineados? Como eram vistos e tratados aqueles usuários? Que processos de produção de saúde/doença instalavam-se a partir destas práticas?

Dessa forma, antes que continuasse a narrar minha aproximação com o campo e os sujeitos de pesquisa, seria importante deter-me brevemente sobre a visão que se tem dos idosos, bem como a situação de saúde destes moradores de Campinas, potencialmente usuários dos serviços da Rede.

As flores de Yorkshire são como as mulheres de Yorkshire.
Cada fase de seu crescimento é mais bonita que a última.
Mas a última fase é sempre a mais gloriosa.
Depois todas elas murcham rapidamente.
Portanto, chega a ser irônico a minha flor favorita nem é nativa das ilhas britânicas,
muito menos de Yorkshire.
Eu acho que não há nada neste planeta que celebre a vida mais do que o girassol.
Para mim esta é a razão da flor ter esse nome, não porque se volta para o sol,
mas porque segue o sol.
Durante o curso do dia, a cabeça acompanha a viagem do sol pelo céu.
Um satélite para a luz do sol.
Onde quer que haja luz, com intensidade ou não, essas flores a acharão...
E isso é bastante admirável.
E isso é uma lição de vida.
Texto escrito pelo personagem John Clark
no filme **Garotas do Calendário** (2004)

4.3- Os idosos em Campinas

Para ASSIS (2004), que desenvolveu um estudo avaliativo de coorte por dois anos, combinando metodologias quantitativas e qualitativas acerca da promoção de saúde com idosos num serviço de saúde universitário do Rio de Janeiro iniciado em 1996, o gradativo aumento da longevidade enquanto conquista da humanidade, tem trazido questões do “bom envelhecer” para o centro do debate na Saúde Coletiva e em outros

campos de conhecimento. A autora identificou que a saúde vem ocupando um espaço estratégico, pois o envelhecimento é um processo em que o declínio biológico pode afetar de forma crucial a qualidade de vida das pessoas idosas, mas essencialmente deve ser visto com uma experiência vivida de maneiras muito diferenciadas, “conforme as oportunidades e constrangimentos vigentes sob dadas condições socioeconômicas, culturais e históricas” (ASSIS, 2004). Alvo de estigmas e preconceitos, a velhice é comumente reconhecida como um crescente mal-estar, doença e dependência, mas este ciclo de vida recorrentemente caracterizado pela “decadência inexorável” pode e deve ser abordado numa perspectiva do envelhecimento bem-sucedido, em que se busca estabelecer uma “baixa probabilidade de doença e de incapacidade doença-relacionada, alta capacidade funcional física e cognitiva e engajamento ativo com a vida” (ASSIS, 2004). Neste sentido a ampliação dos coeficientes de autonomia é um conceito chave para superar acepções sobre esta fase de desenvolvimento humano exclusivamente pautadas nas perdas e incapacidades.

Campinas, cidade pólo tecnológico e industrial, uma das principais praças bancárias do país com um milhão de habitantes e desigualdades sociais marcantes, desenvolveu-se aceleradamente dando pouca importância e cuidado aos operadores desta história.

Em muitas cidades brasileiras do porte de Campinas, a velhice é geralmente vivida enquanto um processo em que o declínio biológico dos seres humanos tem como característica essencial a falta de reciprocidade. Segundo BOSI (1987) o mais comum é estabelecerem-se relações com os idosos que se caracterizam por

uma tolerância sem o calor da sinceridade. Não se discute com o velho, não se confrontam opiniões com as dele, negando-lhe a oportunidade de desenvolver o que só se permite aos amigos: a alteridade, a contradição, o afrontamento e mesmo o conflito.(...) Se a tolerância com os velhos é entendida assim, como uma abdicação do diálogo, melhor seria dar-lhe o nome de banimento ou discriminação. (BOSI, 1987).

Enquanto a adversidade aumenta, com o afastamento da razão de viver atribuída à atividade profissional, vão se aprofundando as dificuldades de locomoção, do cuidar de si mesmo, de comunicar-se com o mundo, vale dizer, vão diminuindo seus recursos para continuar andar a vida como sempre foi. Numa perspectiva de construção do

envelhecimento bem-sucedido, ASSIS (2004) salientava que as manifestações de produtividade na velhice poderiam ocorrer também na superação da dimensão econômica. Suas diversificadas formas incluem trabalho não-remunerado, mas economicamente valioso (cuidar da casa, dos netos, de outros idosos ou trabalhos comunitários), atividades de lazer produtivas para si mesmos, contribuições que geram novos nichos de consumo e melhoria da qualidade de vida e satisfação, ou o trabalho remunerado propriamente dito.

Neste sentido, a crescente inadaptação adviria da perda de interesse pelas coisas da vida. Na perspectiva do bom envelhecer, não haveria correspondência linear entre idade cronológica e idade biológica. A senescência seria um estado normal do ciclo de vida, que se diferencia da senilidade, fenômeno que se revela como resultante de afecções ou patologias a que estão mais frequentemente expostos os idosos. Ou seja, a senilidade é uma decorrência do processo necessário de senescência, ou um produto agravado pela rejeição social, recusa ou diminuição do valor, seja pela auto-heteroprivação do interesse pela vida, ou de causas transcendentais que dão significado ao que se faz no dia-a-dia da convivência humana (BOSI, 1987; ASSIS, 2004).

BOSI (1987) se interroga como poderiam ocorrer reparações desta situação, que se desenvolvem desde antes, numa sociedade desigual e excludente. Resgatando a necessidade da não segregação, indica que

haveria que sedimentar uma cultura para os velhos com interesses, trabalhos, responsabilidades que tornem sua sobrevivência digna. (...) A noção que temos de velhice decorre mais da luta de classes que do conflito de gerações. É preciso mudar a vida, recriar tudo, refazer as relações humanas doentes para que os velhos trabalhadores não sejam uma espécie estrangeira. Para que nenhuma forma de humanidade seja excluída da Humanidade (...). (BOSI, 1987)

Será que os projetos com os quais entraríamos em contato apoiariam os idosos em sua luta para continuarem sendo homens e mulheres? O adoecimento ou busca por saúde que os faziam procurar o serviço de saúde poderia trazer outros frutos além do restabelecimento frente aos sintomas que os incomodavam? Quais eram os problemas de saúde mais comuns da população usuária dos serviços de saúde públicos de Campinas?

4.3.1- Do que os idosos brasileiros e os campineiros adoecem e morrem

De acordo com a CEPAL (CEPAL, 2003), a mudança no perfil etário da população da América Latina está se produzindo de forma mais rápida do que na Europa, continente com tradição em altas taxas de população idosa, em razão da acentuada diminuição da fecundidade e da alta expectativa de vida. Segundo este órgão latino-americano, o número de pessoas acima de 60 anos na região triplicará entre 2000 e 2050. O aumento da taxa de envelhecimento populacional tem trazido muita preocupação, sobretudo porque as políticas de desenvolvimento e proteção social nos países latino-americanos têm ainda um importante caminho a percorrer para se considerarem em níveis aceitáveis.

No Brasil, para RAMOS et al. (1987) a elevação da expectativa média de vida durante o século XX teve uma variação bastante acentuada especialmente a partir dos anos 50, chegando a 68,6 anos em 2000, estando prevista em 72,1 anos, em 2020.

Segundo dados do IBGE, o aumento crescente da participação dos idosos na composição etária da população brasileira pode ser verificado na Tabela 1.

Tabela 1- Proporção dos idosos segundo sexo na população brasileira entre 1991, 1996 e 2002

Proporção (%) por ano população idosa Brasil, 1991, 1996-2002								
Sexo masculino								
	1991	1996	1997	1998	1999	2000	2001	2002
Brasil	6,8	7,3	8,0	8,0	8,3	7,8	8,2	8,4

Proporção (%) por ano população idosa no Brasil, 1991, 1996-2002								
Sexo feminino								
	1991	1996	1997	1998	1999	2000	2001	2002
Brasil	7,8	8,5	9,3	9,6	9,8	9,3	9,8	10,2

Fonte: IBGE/Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios - PNAD, Censos Demográficos 1991 e 2000 e Contagem Populacional 1996, obtidos do DATASUS/MS, janeiro/2005.

Segundo RAMOS et al. (1987), a população idosa que representava 4,8% dos brasileiros em 1940, deverá chegar a 13,8% em 2025. Estes autores assinalaram que embora haja uma previsão de crescimento da população na faixa economicamente ativa (de 15 a 59 anos) em cerca de 10% nesse período, combinada com a diminuição em quase 20% entre os de menor faixa etária (abaixo de 15 anos), pode-se vislumbrar uma sobrecarga nas políticas sociais de proteção social, visto que tais transformações tão drásticas na estrutura etária brasileira não tiveram correspondência na melhoria das condições de vida da população, com a prevalência da iniquidade redistributiva no país.

Num outro estudo dos mesmos autores (VERAS et al., 1987), o valor despendido com políticas sociais de proteção social voltadas para faixas etárias entre 0 a 14 anos e acima de 60 anos é quantificado pelo coeficiente de dependência²⁸. No Brasil, mesmo tendo diminuído o coeficiente de dependência total, se realizarmos uma desagregação entre as faixas etárias, verificam-se mudanças significativas, que repercutem no aumento do coeficiente para o grupo dos acima de 60 anos, como pode ser visto na Tabela 2:

Tabela 2- Estimativa de projeção do coeficiente de dependência total, do coeficiente de dependência da população jovem e do coeficiente de dependência da população idosa no Brasil, entre 1960 e 2025

Estimativa e projeção do coeficiente de dependência total, do coeficiente de dependência da população jovem e do coeficiente de dependência da população idosa* no Brasil, no período de 1960 a 2025

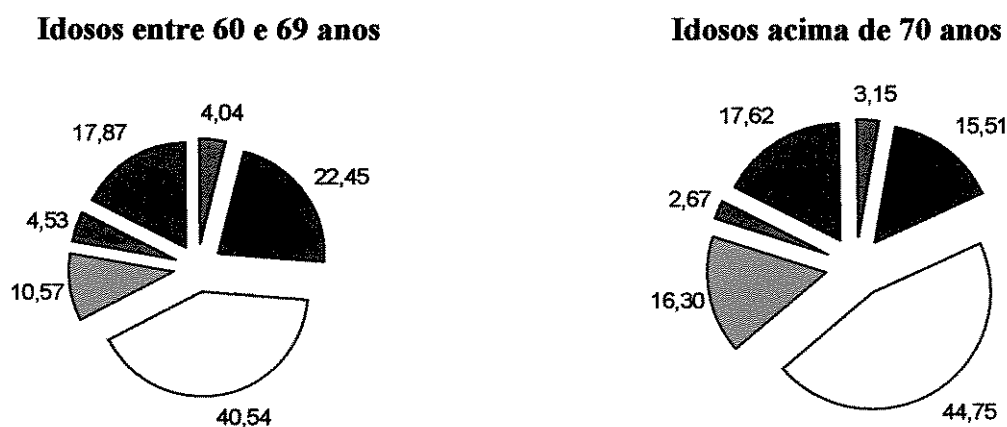
Grupo etário	1960	1980	2000	2020	2025
0 — 14 anos	84	67	53	41	40
60 anos ou mais	9	11	13	20	22
Total	93	78	66	61	62

* Número de pessoas de idade 0 — 14 anos e/ou 60 anos ou mais por 100 pessoas em idade produtiva (15 — 59 anos)
Fonte: United Nations (1984)

²⁸ Este coeficiente é obtido pela razão da população abaixo de 15 anos e acima de 60 anos para aqueles entre os 15 e 60 anos.

A partir destes dados, VERAS et al. (1987) indicaram desdobramentos substanciais para a população economicamente ativa, sobretudo por conta do peso financeiro de políticas para idosos, já que em países onde tradicionalmente existem programas específicos para esta população, em média, o governo gasta três vezes mais com esse grupo do que com a população mais jovem.

Outro dado importante, analisado por VERAS et al. (1987), é a mortalidade proporcional por causas. Podemos comparar a composição das causas de morbidade no Gráfico 4.

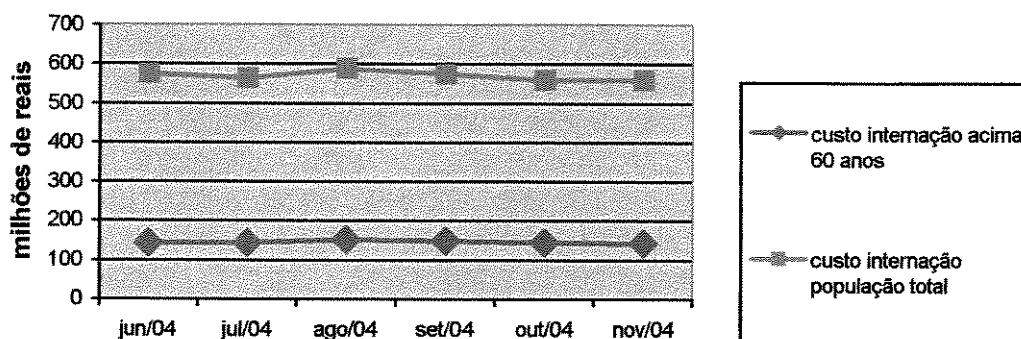


Fonte: Ministério da Saúde/SVS – SIM, janeiro/2005.

Gráfico 4- Mortalidade proporcional por doenças no Brasil em idosos entre 60 e 69 anos e acima de 70 anos, em 2001

A diferenciação no padrão de morbidade por faixas etárias evidenciou o aumento do risco de morte por doenças do aparelho circulatório e respiratório com correspondente diminuição pelas neoplasias, infectocontagiosas e parasitárias e as causas externas, mantendo-se praticamente inalteradas as demais causas.

O significativo acréscimo de episódios de doenças crônicas que a população idosa tem em relação à população geral acaba por onerar o sistema de saúde, cujo custo médio vai se acumulando com o tempo. Como exemplo, verificaremos no Gráfico 5 os custos das internações hospitalares no Brasil, referentes aos meses de junho a novembro de 2004, considerando a população acima de 60 anos e seu contingente total.



Fonte: Ministério da Saúde, Sistema de Informações Hospitalares do SUS (SIH/SUS), janeiro/2005.

Gráfico 5- Custo de internações hospitalares no Brasil para idosos acima de 60 anos e população total entre junho e novembro de 2004

De acordo com valores semestrais disponíveis, o custo total com internações hospitalares nesta faixa etária foi em média 25,6% do custo das internações ocorridas no país, sendo que este contingente populacional representava no ano 2000 cerca de 8% da população brasileira. Realizando uma decomposição desses dados, tomando somente o mês de novembro do ano passado, os custos com internações por doenças do aparelho circulatório envolveram aproximadamente 41% das internações de idosos acima de 60 anos. Além destes custos, a pressão demográfica da população idosa será sentida também nos custos advindos do sistema nacional de aposentadorias e pensões (OPAS, 2000).

Trazendo para o município de Campinas, o quadro de morbi-mortalidade dos idosos, de acordo com o Boletim de Mortalidade²⁹ (CAMPINAS, 2002b), a maioria das mortes (59%) ocorre em pessoas com mais de 60 anos, sendo que doenças destes três

²⁹Este boletim foi produzido pela Coordenadoria de Vigilância e Saúde Ambiental da Secretaria Municipal de Saúde junto com o Laboratório de Epidemiologia do Dep. de Medicina Preventiva e Social da UNICAMP.

agrupamentos de causas são responsáveis por cerca de 75% da mortalidade, nessa faixa etária para ambos os sexos (Gráfico 6).

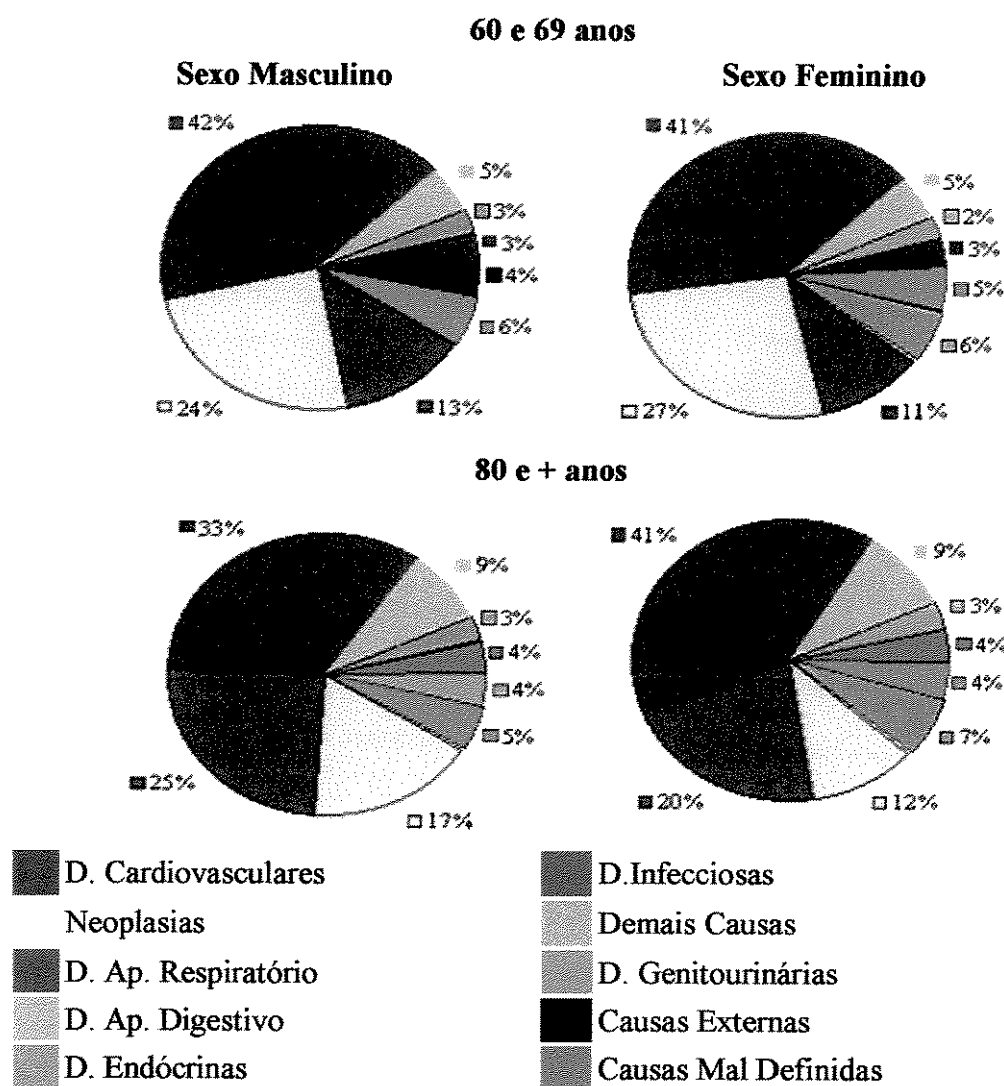
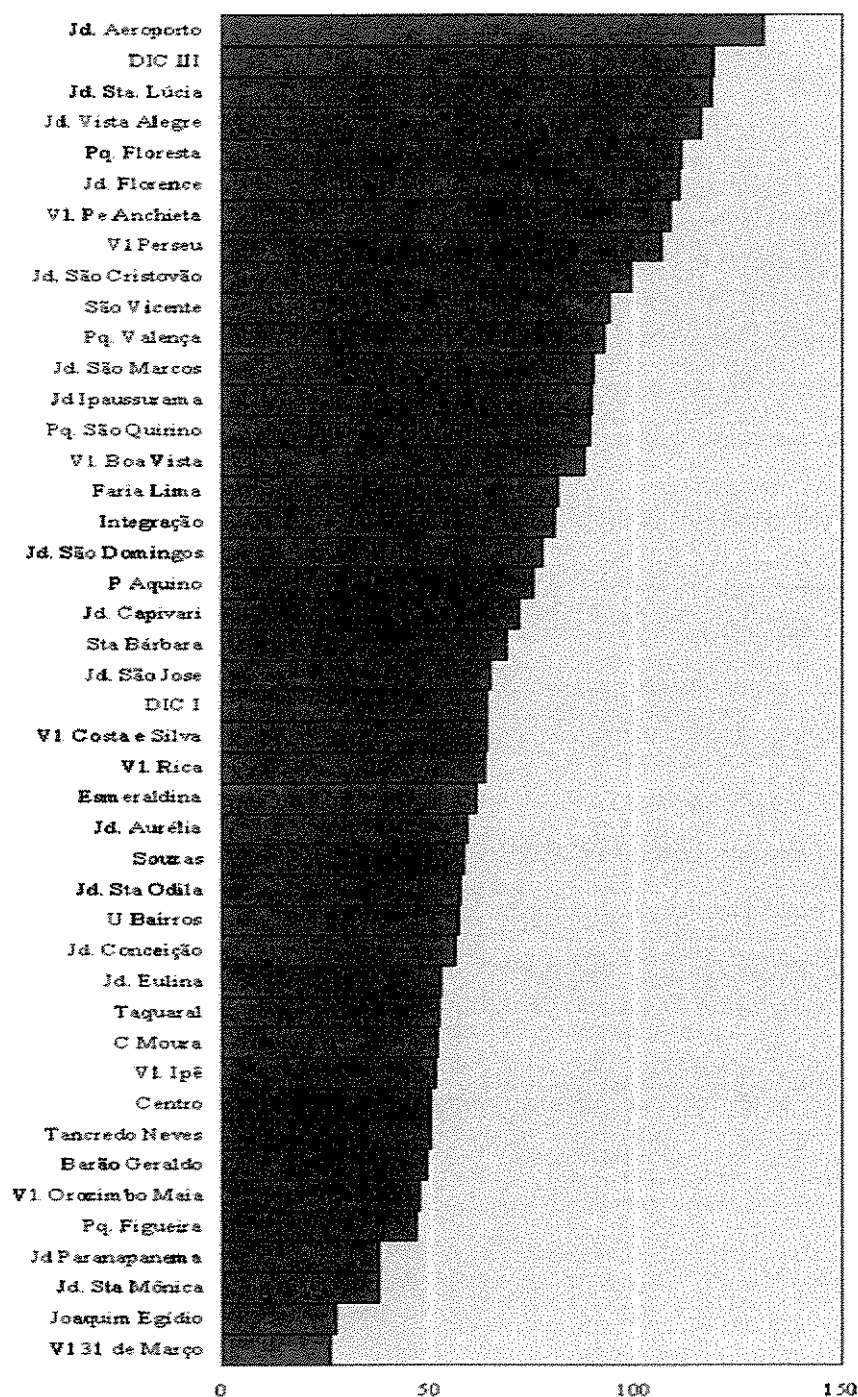


Gráfico 6- Principais grupos de causas de óbito segundo sexo e faixa etária. Campinas 2000-2002

As taxas de mortalidade por doenças cardiovasculares na faixa de 60 a 69 anos, nas áreas de abrangência dos centros de saúde como as do Aeroporto, do DIC III e do Santa Lúcia têm ordem de grandeza algumas vezes maior se compararmos com as que ocorrem no 31 de Março, Joaquim Egídio, Santa Mônica ou no Paranapanema dentre outras (Gráfico 7).

ób/10.000 hab



Fonte: Boletim de Mortalidade, CoVISA/LAPE/DMPS/UNICAMP (CAMPINAS, 2002b).

Gráfico 7- Coeficientes de mortalidade por doenças cardiovasculares na faixa etária de 60-69 anos, segundo Área de Cobertura dos Serviços de Saúde (coeficientes médios no período 2000-02). Campinas

Diante da situação descrita, com o crescimento da população idosa e o agravamento de sua situação de saúde, seja nacional, seja municipal, os cuidados, visando a qualidade vida e o resgate da cidadania dos idosos, também precisariam levar em conta o perfil de morbi-mortalidade, bem como outros fatores relevantes, para se configurarem propostas de trabalho nos diferentes bairros do município.

O estudo de VERAS et al. (1987) procurou correlacionar à velhice fatores como urbanização, migração e locais de moradia, estrutura familiar e gênero, trabalho e aposentadoria para delinear um quadro em que foram acentuadas as desigualdades sociais e de gênero neste grupo etário, no contexto brasileiro recente.

As estratégias governamentais no campo da saúde nacional voltadas ao idoso têm se pautado em objetivos como apoiar e desenvolver ações de promoção, prevenção e recuperação de sua saúde, com a finalidade de se conseguir o máximo de vida ativa na comunidade, com maior grau de autonomia e independência funcional possível (BRASIL, 1996b). Em documento recente, denominado Carta de Ouro Preto (BRASIL, 2002), vários órgãos governamentais nacionais e internacionais e associações profissionais brasileiras definiram como eixo temático e propósitos a redução das desigualdades sociais e de gênero em saúde enfrentadas pelos idosos brasileiros. Com o Estatuto do Idoso promulgado em 2003, foi instituído em seu capítulo primeiro o direito fundamental à vida onde

o envelhecimento é direito personalíssimo e sua proteção um direito social, nos termos desta Lei e da legislação vigente. (...) É obrigação do Estado, garantir à pessoa idosa a proteção à vida e à saúde, mediante efetivação de políticas sociais públicas que permitam um envelhecimento saudável e em condições de dignidade. (BRASIL, 2003)

Consoante tantas e enfáticas iniciativas em definir como essencial a ampliação da cidadania e redução da iniquidade social vigente nessa camada da população, a distância entre o Brasil das leis e o Brasil real ainda é enorme. A ampliação da expectativa de vida e da longevidade precisa ser acompanhada de um desfrute correspondente da qualidade de vida.

Segundo BARBOSA (2003), o termo qualidade de vida pode conter três eixos orientadores: o da satisfação ou do acesso aos bens básicos (saúde, educação, transporte, emprego, alimentação, saneamento) condizentes às necessidades dos indivíduos e suas famílias; outro que se refere aos bens fundamentais para a complementação à vida humana (cultura, lazer, relações afetivas, sexuais, familiares, com a natureza e com o trabalho) e aquele que trata dos bens ético-políticos (informações, participação política, participação na gestão da vida da cidade). Para ASSIS (2004), a visão ampla de qualidade de vida

comporta uma dimensão referida às condições objetivas de existência, ou patamar mínimo e universal de direitos básicos (alimentação, água potável, vestuário, trabalho, habitação, transporte, acesso a serviços, dentre outros), e em outro plano, aspectos subjetivos como amor, liberdade, realização pessoal, solidariedade, inserção social e felicidade (ASSIS, 2004).

Entre os idosos, a qualidade de vida muitas vezes aparece restrita à capacidade de lidar com as limitações ou seqüelas advindas de doenças incapacitantes, mas tem-se buscado também aliar uma orientação vinculada “ao fortalecimento das lutas por justiça social e pela valorização da vida, fundamento de uma longevidade saudável” (ASSIS, 2004).

De minha parte, acredito que uma perspectiva abrangente e crítica comprometida com a humanização das relações e equidade social e política adotada pelos profissionais de saúde em suas ações cotidianas poderiam contribuir com tais indicações. Restar saber se tais perspectivas estão presentes nos trabalhos selecionados para análise e como seria possível construir os elementos evidenciadores ou não destas produções.

Retomando o percurso do desenho metodológico da pesquisa e apoiada nesses dados de contextualização, procurei agendar minha participação nas reuniões dos cinco distritos de saúde para apresentar a proposta de trabalho aos seus dirigentes, bem como aos coordenadores de unidade, convidando-os a participar ativamente do processo de avaliação, pedindo seu apoio para sensibilizar os profissionais e, posteriormente, os usuários envolvidos. Essa apresentação precisava já detalhar, além das experiências convidadas, a maneira como seriam coletados os dados, de forma que se pudesse pactuar a participação dos sujeitos.

Além desses procedimentos, apoiei-me nas exigências contidas na Resolução 196/96 da Comissão Nacional de Ética em Pesquisa do Conselho Nacional de Saúde do Ministério da Saúde (BRASIL, 1996), ao encaminhar, antecipadamente, a proposta de investigação para apreciação do Comitê de Ética em Pesquisa da Faculdade de Ciências Médicas da Universidade Estadual de Campinas, a qual foi aprovada (Apêndice 1). A proposta e o formulário do Conselho Nacional de Pesquisa, foram apresentadas à Secretária Municipal de Saúde, solicitando autorização formal para sua realização, uma vez que seu apoio e reforço precederam todo o processo.

4.4- Preparação e apresentação da proposta aos distritos tendo em vista o desenho metodológico adotado

Segundo os referenciais de FURTADO (2001) e SAUL (2001), uma primeira questão posta dizia respeito à construção teórica do objeto de análise, que os próprios grupos de interesse deveriam realizar como condição preliminar para avaliação. Conforme indicado anteriormente, o detalhamento das hipóteses conceituais de uma intervenção ou projeto analisado permitia que o grupo compusesse um quadro comum que servisse de ponto de partida para todo o trabalho avaliativo. No caso dos estudos indicados por esses autores, as intervenções que se constituíam como foco eram únicas, diferente da situação desta pesquisa, em que seriam analisados 23 projetos. Assim, pois, optei por construir um modelo conceitual com os sujeitos, de forma que as discussões não descessem aos detalhes de cada trabalho, recusando-me a tomar um tempo precioso das pessoas, focalizando o aspecto mais conceitual de todas as práticas, ou seja, o que os sujeitos compreendiam da Educação em Saúde experimentada naquelas ações. Por um lado, procurava evitar discussões que poderiam se prolongar e afastar os participantes, uma vez que cada proposta de trabalho tinha características diferenciadas, exigindo um esforço importante de sistematização e homogeneização, desfocando nossas pretensões, mas, por outro, poderia estar perdendo detalhes de informação, aprofundamento da análise ou mesmo priorizando o nível conceitual, que não nos aproximava de fato das práticas analisadas. Resolvi correr esse risco.

Além dessa aposta, conforme o referencial utilizado, nosso caminho pressupunha levantar com os envolvidos seu foco de interesse na avaliação, a partir de questões por eles provocadas e respondidas diante das práticas que representavam. Na sequência, a proposta era favorecer o debate entre eles, diante das considerações que foram obtidas. Cabia, portanto, a partir desse esqueleto básico, propor nas reuniões de apresentação um roteiro suficientemente detalhado da coleta de dados.

Neste primeiro contato formal com o campo da pesquisa³⁰ tive oportunidade de vislumbrar a rede de relações que vinha se estabelecendo neste processo de investigação, construindo compromissos, debatendo concepções, questionando e sendo questionada sobre a pesquisa-ação. Não tenho (e não tenho a pretensão de ter) a completa noção das implicações que foram criadas com a interação vivenciada entre mim e os sujeitos iniciais desta pesquisa. Estávamos numa apresentação que poderia ser chamada de preparação para o processo de avaliação propriamente dito. Mas o tipo e a profundidade dos questionamentos que tive oportunidade de experimentar foram, sem dúvida, significativos da arena de conflitos e afetos em que estava me inserindo.

Em todos os distritos tive oportunidade de experimentar um espaço de cerca de uma hora na reunião ordinária de coordenadores³¹ para discutirmos a proposta. Somente no Distrito Sul, fizemos uma reunião preparatória com a Diretora do distrito e alguns de seus apoiadores. Nos demais, a discussão ocorreu simultaneamente com diretores, apoiadores e coordenadores. Nessas reuniões foram distribuídos os termos de consentimento esclarecido para os gestores (Apêndice 2), deixando um exemplar especialmente para aqueles que demonstravam interesse em fazer parte da avaliação. Dessa forma, além de favorecer a decisão informada sobre a participação dos interessados, ofertava algo escrito, que especificava o que era e o que pretendia a pesquisa, facilitando o contato para dentro da unidade com os demais agentes envolvidos. Após cada uma dessas discussões, um relatório era enviado aos diretores de distrito e/ou apoiadores distritais referenciados na Câmara Técnica de forma que pudessem validá-los. As principais correções referiram-se a informações incompletas tais como nomes de participantes e unidades.

³⁰ Campo da pesquisa segundo Minayo (1996) é o “recorte espacial que corresponde à abrangência, em termos empíricos, do recorte teórico correspondente ao objeto de investigação”.

³¹ Esta reunião ocorre numa frequência determinada, geralmente quinzenal, em que se discutem os temas de interesse das coordenações de unidade, bem como dos dirigentes da SMS. É um colegiado de co-gestão ampliado da SMS.

Nas reuniões, apresentava a proposta da pesquisa, indicando como se daria o formato da coleta de dados. Relatava que seriam realizados dois encontros com o grupo dos gestores e dos profissionais e um com os usuários³², com duração prevista de 3 horas cada e um encontro final com todos eles de forma a validar as considerações especificadas por cada grupo, bem como debatê-las entre si de forma a apreender possíveis aproximações e distanciamentos de pontos de vista. Contava também que o roteiro do primeiro encontro com gestores e profissionais seria o contrato de trabalho, a conceituação de Educação em Saúde do grupo e o levantamento de elementos para avaliação da experiência. No segundo, também seria realizada uma discussão em grupo ou grupo focal adaptado (WESTPHAL et al., 1996; MINAYO, 1996; OLIVEIRA, 2001; FURTADO, 2001; MERCADO et al., 2002; VASCONCELOS, EDUARDO 2002), com base nos elementos apontados no encontro anterior, quando individualmente seria produzida uma avaliação da experiência analisada e subsequente seu compartilhamento e o levantamento de nomes dos convidados para a próxima reunião.

Durante as discussões foram feitos questionamentos e obtidas valiosas informações. Tais como:

- a) Conformação da Câmara Técnica e o espaço institucional da Educação em Saúde;
- b) Interesse dos gestores em avaliar as experiências;
- c) Indicações de questões para a avaliação específica das práticas (que foram contempladas no roteiro dos gestores, posteriormente);
- d) Pactuação da proposta teórico-metodológica;
- e) Critérios de avaliação de mérito e do processo utilizados pelo Prêmio;
- f) Aspectos operacionais da pesquisa.

4.4.1- A conformação da Câmara Técnica e o espaço institucional da Educação em Saúde

Durante os debates foi sendo indicada a maneira como era vista, pelos gestores da Secretaria, a posição institucional da Educação em Saúde. Foram explorados alguns motivos para as dificuldades encontradas na constituição da Câmara. Para alguns, ela era

³²Em relação aos usuários apontava que provavelmente, não seria possível realizar dois encontros, devido às dificuldades de locomoção dos mesmos, sendo as estratégias da reunião adequadas a essa e outras necessidades.

vista como uma estrutura não organicamente ligada à Rede, especialmente quando formulava propostas para avaliação das práticas. Percebia-se, nessa situação, um olhar de quem era “de fora” do trabalho desenvolvido nas unidades. Já havia sido caracterizada a necessidade de avaliação, mas parecia vir com uma postura aparentemente “traíçoeira”, ou seja, avaliar para mostrar erros e acirrar eventuais disputas internas, o que gerava desconfiança.

Outras possibilidades que foram levantadas para as dificuldades de constituição daquele fórum foi o de que os representantes dos distritos não socializavam em reuniões distritais o que se discutia na Câmara. Por um lado, os gestores de nível central queixavam-se da omissão, por outro, os representantes de nível intermediário nas reuniões da Câmara ressentiam-se da dificuldade de priorizar atividades de planejamento e reflexão em seu trabalho cotidiano em detrimento das demandas ligadas diretamente à assistência convencional. Quando participavam, sentiam-se usurpando tempo precioso que serviria para fazer trabalho “mais produtivo”, ou seja, a “consulta” e ou ações diretas e emergentes da Vigilância. Este argumento poderia ser ou não confirmado durante a pesquisa a ser desenvolvida, uma vez que este “ativismo” poderia ser identificado em outros espaços de gestão e trabalho da Rede, não exclusivos da Educação em Saúde.

Com a explicitação da proposta da investigação nos distritos foi-me possível evidenciar as contribuições da pesquisa para a superação desta eventual desconfiança sobre quem avalia, pois a perspectiva adotada partia da premissa já indicada, de que os próprios beneficiários fariam avaliação. Ou seja, selávamos um compromisso de que não seria feita uma avaliação persecutória, exclusivamente fiscalizadora. Assim, pois, a negociação em torno do referencial criou as condições para efetivar a proposta. O que não queria dizer, por outro lado, uma subsunção completa dos pressupostos e conceitos da pesquisadora às representações dos sujeitos da pesquisa. (VASCONCELOS, EDUARDO 2002).

4.4.2- Interesse dos gestores em avaliar as experiências

Nestas reuniões, constatei também o interesse que a maioria dos gestores demonstrava em avaliar as práticas educativas em saúde expressas pela forma como, por exemplo, os coordenadores se dispuseram a participar, mesmo não tendo trabalhos de

sua unidade selecionados, pois muitos deles levaram os termos de consentimento esclarecido durante as reuniões, faziam questões, propondo formas de encaminhamento para a pesquisa. Houve indicação de dirigentes para que seus coordenadores participassem, mesmo sem ter experiências selecionadas, defendendo que seria importante especialmente para os coordenadores que iniciavam sua vivência como gestores. Ou, ainda, porque abriam um canal com a pesquisadora para futuros trabalhos de reflexão sobre processos de avaliação das práticas desenvolvidas nas unidades.

4.4.3- Indicações de questões para a avaliação específica das práticas

Foi apontada a possibilidade dos grupos estabelecerem suas prioridades de avaliação e a análise das dificuldades de continuidade dos projetos. Alguns já arriscavam respostas: muitos dependiam do profissional que o desenvolvia, isto é, quando ele saía da unidade, ou tinha suas atividades alteradas, muitas vezes acabava. Outro fator levantado era o descompasso entre o que o coordenador do grupo educativo ofertava aos usuários e a encomenda que estes tinham para o grupo do qual participavam. Outra explicação dada para a continuidade era de que, quanto menos “educativo” se tornava o grupo e mais “de convivência” entre profissionais e usuários suas atividades eram, mais potencialmente terapêutico se tornava, perenizando-se. Foi mencionado também que muitos profissionais sentiam-se culpados quando “deixavam” os usuários fazerem coisas tipo passear, fazer excursões. Mas ressaltavam que isto fazia um bem “danado” e, entretanto, não era visto com bons olhos, especialmente pelos colegas que delas não participavam.

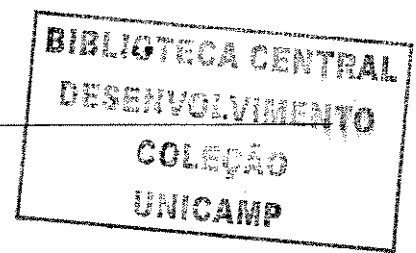
4.4.4- Pactuação da proposta teórico-metodológica

Alguns aspectos levantados foram, desde o início, revelando referências supostamente consensadas: a identidade com a perspectiva da complexidade e do referencial sistêmico da pesquisa; a oportunidade de ter alguma experiência em avaliar suas práticas, bem como do registro histórico do que se estava fazendo sob o Paidéia; os critérios de seleção como necessidade de alguma maturidade na implantação dos projetos; a busca de apreensão qualitativa das ações educativas em saúde e a participação dos usuários. Além disto, com aquela discussão, alguns perceberam pontos que não tinham

pensado sobre os projetos de sua unidade, destacando o potencial de aprendizado. Ressaltaram também sua culpabilização costumeira, pois momentos como estes eram tidos como perda de tempo: pesquisar, analisar, refletir sobre o que se fazia não seria trabalho...

Entretanto, importantes críticas às opções feitas até aquele momento pelo desenho da pesquisa, foram apontadas:

- Avaliação realizada exclusivamente pelos depoimentos dos sujeitos: Discutiu-se que deveria ser contemplada na análise das informações coletadas, além das representações, indicadores que reforçassem ou não o que os sujeitos traziam, apontando para a necessidade de triangulação e complementaridade imbricada com o referencial quantitativo.
- Amostras restritas a práticas educativas em saúde como trabalho com grupos: considerando que a Educação em Saúde está presente em todas as ações dos profissionais, acreditava-se que os trabalhos apresentados ao Prêmio Estímulo poderiam conter um enfoque mais restrito aos grupos, excluindo perspectivas que a reconheçam como inserida em todos os momentos do cotidiano. Caberia à pesquisa investigar este aspecto.
- Necessidade de inclusão de todas as unidades de saúde para uma avaliação de impacto minimamente satisfatória: a pesquisa não pretendia avaliar impacto; nosso foco buscava considerar as reflexões dos agentes sobre suas práticas para aprimorá-las, tratando os indicadores de resultado como pano de fundo e elemento para análise, fazendo mediações e contextualizações sem inferências diretas sobre ações, com eventuais repercussões singulares. Seriam necessárias outras pesquisas para conformar um quadro mais completo dos efeitos das mudanças de práticas profissionais.
- Construção da conceituação sobre Educação em Saúde com o grupo: coerentemente com o referencial teórico-metodológico adotado, associado à investigação do objeto analisado, foi reforçado o caráter educativo dos dispositivos grupais comuns à pesquisa social, que propiciariam ampliação e problematização conceitual acerca das práticas dos sujeitos, criando condições de trocas e novas ressignificações.



- Retornos da pesquisa para as unidades participantes: aqueles advindos da própria participação nos grupos, que poderiam apoiar reformulações de práticas, outro referente ao processamento da participação nas reuniões, após a validação e mesmo o debate entre os segmentos para que pudessem vislumbrar formulações e considerações que o processo suscitou.

4.4.5- Critérios de avaliação de mérito e do processo utilizado pelo Prêmio

- Críticas ao processo de seleção que poderiam afetar a pesquisa: entendimento equivocado das instruções para participação dos trabalhos³³; atraso ou prazo pequeno para orientação sobre formatação dos projetos³⁴; critérios muito acadêmicos com pouca preocupação se a proposta acontecia “de verdade”; muitas ações não foram inscritas³⁵; diferenças de representatividade nas intervenções inscritas³⁶. Ressalto que a maior ou menor procedência das críticas, não afetava de forma impeditiva a investigação, uma vez que não realizei a seleção por critérios de mérito. Apenas os categorizei segundo os traçadores. Por outro lado, o direcionamento do processo de inscrição com prazos diferenciados, acarretou a não inclusão de projetos que se encaixariam nos critérios de seleção da pesquisa. Tais aspectos contextualizavam a proposta, que se pretendia aproximativa com o real, com os limites que tais pesquisas comportam. Todavia, esta seleção tornou possível resgatar trabalhos que se ofereciam para avaliação.
- Seleção “acertada” de alguns projetos mencionada por dirigentes: trabalhos complexos, que permitiriam análise de vários aspectos em conexão; concordância com a representatividade de alguns projetos nas unidades; experiências que se credenciavam por terem um “olhar favorável” de quem tentava acertar com o Paidéia. Dentro destas colocações, há situações esperadas no processo de pesquisa social e outras que

³³Inscreveram-se projetos que não haviam sido implantados, por exemplo.

³⁴Citaram prejuízos na inscrição de projetos valorosos.

³⁵Seja por medo da avaliação, seja pela cultura de não escrever.

³⁶Houve unidades que conseguiram inscrever todos os trabalhos que desenvolviam, enquanto outras priorizaram suas melhores experiências.

inspiravam cuidados maiores. Quanto à complexidade e à representatividade, eram características importantes para serem valorizadas na amostra. Entretanto, o fato de termos selecionado experiências que “vestiram a camisa”, evidenciava uma maior confiança por parte dos gestores na participação e construção do processo, mas poderia também diminuir a legitimidade dos resultados da pesquisa. As experiências que contradiziam de alguma forma o que estava previsto, seja nos propósitos, seja na execução do trabalho, em suas articulações com a Educação em Saúde, poderiam ter sido afastadas de nossa seleção. O que poderia nos tranquilizar, entretanto, em relação aos resultados que pretendíamos obter, é que, embora não sendo selecionados aqueles que traziam tais contradições, as próprias práticas educativas em saúde são sociais, contraditórias e complexas. Este pressuposto garantiria certa tranquilidade na condução do percurso eleito. Ou seja, tais contradições apareceriam, mais cedo ou mais tarde. Mas não afasta o cuidado permanente, mesmo sabendo que não é possível o controle das circunstâncias, seja da pesquisa, seja da vida concreta.

- Distorções provocadas pela seleção por traçador: Eventualmente alguns gestores poderiam não priorizar em seus serviços o traçador escolhido pela pesquisa. Assim, essa escolha é um ônus a ser considerado no desenvolvimento da investigação. Por outro lado, a categorização dos traçadores procurou incluir trabalhos na classificação, na medida em que havia mais de uma clientela ou finalidade presente no projeto³⁷.

4.4.6- Aspectos operacionais da pesquisa

Facilidade de organização de agendas pelos gestores e participação da pesquisadora em reuniões de equipe para esclarecer e convidar representantes de profissionais. Foi reforçada a participação conjunta por segmento e a disponibilidade da pesquisadora para aceitar convites³⁸, com agendamento prévio.

³⁷Exemplos disto é o projeto Centro de Convivência Itinerante, em que havia dois focos como os do Adulto/Idoso e os do Meio ambiente e foram agrupados em ambos traçadores.

³⁸Tive oportunidade de participar da reunião com a equipe II do Aurélia.

Os projetos selecionados apresentados às equipes de coordenadores e diretores nos distritos podem ser visualizados no Quadro 1:

Quadro 1- Nomes das práticas educativas em saúde do idoso e adulto (PESIA) selecionadas por Distritos, autores e CS's ou módulos de saúde

	Nome do projeto	Autores	Centro de Saúde
N	Grupo de Caminhada	Equipe azul	Valença
O	Projeto Crê-Vida Feliz	Equipe do CS	Valença
R	Idosos com Prazer	- ³⁹	Módulo Campina Grande
O	Grupo Ginástica “Renascer”	Equipe Azul	Valença
E	Grupo Viva a Vida – Relato de Experiência de Projeto Terapêutico em Grupo	-	Valença
S			
T	Abordagem não Farmacológica da dor crônica	Ana Antunes, Adriana Souza Costa, Benedita de Fátima Teodora, Isabel Cristina Santos, Nilton Ricardo Viana Pozo, Rita Diniz Frech, Rosely Yoshida	Floresta
E			
	Projeto Vivavida	Equipe do CS	Boa Vista
N	Programa de Visita Domiciliar do CS Aurélia – Sistematização de atendimento às pessoas restritas ao leito e ao lar	Equipe II Miriam F. Santos Paulo A. Rodrigues Neide A. Andrade	Aurélia
O			
R	Grupos integrados Lian Gong e Fuxico	Luiz A. Cruz Adriana A Ferrarezi Leandro F. Silva Maria Leny Freire Teresa C. F. Ramos e colaboradores	Módulo Jardim Rosália
T			
E			

³⁹ Todas as informações foram literalmente transcritas dos trabalhos apresentados ao Prêmio Estímulo.

L	Projeto Terapêutico “De bem com a vida” – Projeto de Terapia Ocupacional do Módulo Santa Maria	-	Joaquim Egídio – Santa Maria
	Prótese Total para a 3a Idade	-	Costa e Silva
E S	Qualidade de vida na melhor idade	Carla C. F. Cruz, Diego Banhos, Diego D. S. Bietresatto, Eleanora C. Sartoram, Jefferson Prado, Lourdes Moura, Regina Palomo, Ricardo Almeida, Tatiane Lene, Terezinha Shigeyosi	Costa e Silva
	Grupo Renovação	Equipe Vermelha	Centro
T	Centro de Convivência Itinerante – uma experiência intersetorial	Clarice A. S. Ribeiro, Jussara A. D. Pierini, Linete C. S. Maia, Maria Clélia S. C. Vale, Nancy C. P. Silva, Ricardo O. Almeida	Taquaral e Costa e Silva
E	Abrace sua praça – uma lição de cidadania	Equipe C. S. 31 de março Sônia Antonioli	31 de março
	Programa de tratamento de úlceras crônicas na unidade básica de saúde	Débora Massetto, Gisele C. Gomes, Cláudia Scandiuizzi, Daniela C. Krutinsky, Marco A. Henrique	Sousas
S U	Projeto Terapêutico desenvolvido para mulheres da faixa etária do climatério inicial (40 a 55 anos)	-	Vista Alegre
D O	Baile da Feliz Idade: uma experiência impactante na saúde coletiva	Rosana Aparecida Garcia	Santa Lúcia
E S	Proposta de intervenção na população acima de 55 anos residente na área de abrangência do CS Vista Alegre	Priscila E. F. Franchini Eleilange A. E. Quadros Maureen A. M. Russel Ester R. Silva	Vista Alegre
T E	Hipertensão e Diabetes – melhoria e qualidade de vida	Carla C. L. Mercadante, Francisca A. Santos, Jussara M. Silva, Rosana C. Santos, Marli A. L. Ribeiro	Capivari

S	Corpo, espaço e criação – Espaço para Convívio do CS J Paranapanema	-	Paranapanema
U	Atendimento Domiciliar no centro de saúde Vila Rica	-	Vila Rica
L	Qualidade de vida na Terceira Idade	Equipe do CS	Santa Odila

Fonte: Projetos inscritos ao Prêmio Estímulo 2003, processamento pela pesquisadora, CETS, julho/2004.

Assim, ficou definido, nestas reuniões, que cada coordenador/a de unidade, bem como apoiador ou diretor de distrito poderia participar, representando o projeto selecionado de sua unidade/distrito, bem como deveria convidar pelo menos um representante dentre os profissionais de sua unidade que realizasse tal prática, criando condições para sua participação. Este convite deveria respeitar o interesse e a indicação da equipe realizadora do projeto. Esta equipe, por sua vez e num segundo momento, também faria o mesmo processo com os usuários do projeto que implementava, favorecendo também a sua participação. Neste sentido, as reuniões com os gestores foram sucedidas pelas dos profissionais, que, por sua vez, ocorreram antecipadamente às dos usuários.

4.5- Os grupos com gestores, profissionais e usuários

Os dispositivos grupais têm sido cada vez mais largamente utilizados como estratégias de coleta de dados em projetos de pesquisa. As discussões grupais ou mais especificamente os grupos focais tem se constituído numa “metodologia de investigação de processos e representações sociais e culturais de grupos específicos da sociedade, referentes a temas, valores, atitudes e hábitos, formação de opiniões, consumo de produtos e serviços, etc.” (VASCONCELOS, EDUARDO 2002).

Segundo WESTPHAL et al. (1996), o grupo focal ou de discussão é uma técnica de pesquisa qualitativa em que se desenvolve uma sessão grupal, com objetivo de verificar, a partir do próprio ponto de vista de seus participantes (cerca de 6 a 15 pessoas),

a compreensão de uma experiência, problema, idéia ou evento. Este grupo é selecionado por apresentar um traço comum que orienta a investigação e se apóia no fato de que a interação grupal produz resultados e aproximações do problema, a partir de sua dimensão cognitiva. Geralmente, conta com a presença de um animador ou moderador ou facilitador que procura intervir para aquecer o grupo em função da discussão de um roteiro de questões que abordam determinado tema, procurando ajudá-lo no aprofundamento da reflexão.

O moderador deve perseguir a não indução consciente ou inconsciente do grupo diante de suas compreensões sobre o tema. Ele é o responsável por coordenar a discussão, explicando as prerrogativas do método, desencadeando os pontos orientadores da discussão, cuidando para que os temas sejam explorados da melhor forma pelo grupo e fazendo sínteses a respeito de cada ponto abordado, de forma a conferir interpretações desenvolvidas. Há também uma pessoa responsável por anotar as falas dos participantes, procurando colocar o centro de cada argumento ou narrativa. Esta mesma pessoa pode acumular ou não as atribuições de anotar os gestos e expressões dos participantes que se caracterizam como linguagem não-verbal, principalmente aquelas que evidenciam conteúdos não ditos.

Trabalhando nesta pesquisa a partir das representações sociais de grupos de interesse na avaliação de práticas de Educação em Saúde, presumo, em concordância com JIMÉNEZ-DOMÍNGUEZ (s.d.), que o mundo social se constrói imerso em significados e símbolos e que a intersubjetividade presente nesses grupos de discussão é peça-chave da pesquisa qualitativa, ou seja, é ponto de partida para captar os significados sociais de uma realidade reconstruída e partilhada de maneira intersubjetiva. Nesse sentido, o objeto e o objetivo da investigação seria captar o sentido intersubjetivo que se atribui a uma ação, obtendo uma compreensão mais profunda dos significados, tal como se apresentam às pessoas e aos grupos sociais, constituindo-se num estudo interpretativo, no qual o investigador também é responsável pela produção de sentido.

Para OLTRAMARI (2003), o sentido que os grupos conferem às suas ações é pautado por suas necessidades, interesses e desejos. Assim, quando uma pessoa, ou melhor, uma pessoa inserida numa rede de contatos constituídos social e historicamente, atribui um determinado valor a um objeto ou pessoa ou interação, geralmente o faz pensando positiva ou negativamente numa categorização de uma imagem previamente pensada e

correlacionada ao grupo social a que pertence, conferindo-lhe um nome, status e características propiciadoras de sua comunicação e compreensão. Assim, as representações sociais não seriam uma tradução da realidade vivida, mas uma nova leitura compartilhada por um senso comum que expressa teorias e concepções, inclusive de conhecimentos científicos socializados na apreensão do mundo, mediante um olhar objetivado daquele grupo, segundo o lugar social, cultural e econômico que ocupam seus integrantes.

Dessa forma, reafirmando minhas considerações em estudo anterior (OLIVEIRA, 2001), de que a análise crítica acerca do que é mais evidente e do que perpassa de maneira quase obscura às linguagens verbal e não-verbal dos sujeitos, a análise das representações sociais deve ser capaz de evidenciar aquilo que é habitual, consensual, ou de conformidade com as autoridades instituídas naquele contexto. Mas também deve vislumbrar a resistência a elas, inclusive nas estereotípias de resistência a estas mesmas autoridades, presentes “na mistura de idéias das elites dominantes, da população em geral, das correntes filosóficas e científicas” características dos vários campos de conhecimento e práticas envolvidos na investigação em curso (OLIVEIRA, 2001). Entretanto, assinalo a impossibilidade de compreender tais representações em sua totalidade, uma vez que esta aproximação se dá num determinado momento de uma história, em que ocorrem cotidianas reelaborações pelos sujeitos da pesquisa na sua relação com outros sujeitos sociais, ou mesmo no próprio “setting” onde se dão as entrevistas coletivas.

Nesta pesquisa, diante da realização de vários grupos com clientela diferentes e da impossibilidade de conseguir observadores e anotadores em todos eles, o grupo focal foi realizado de forma adaptada. As reuniões com gestores⁴⁰ e profissionais foram realizadas sem sua presença. Na reunião com usuários, contamos com uma anotadora e uma problematizadora. Esta função foi criada para este grupo, a fim de que pudéssemos ter alguém que cuidasse de aprofundar com o grupo aspectos críticos dos projetos selecionados para que os participantes se sentissem encorajados/respaldados a colocar questões/opiniões, que, talvez, não fizessem sem esse apoio. Há um consenso de que para os usuários, diante das várias barreiras culturais e sociais, que dificultariam a expressão durante a reunião, seria providencial que se tivesse uma estratégia de facilitação como essa, além da moderadora.

⁴⁰ Apenas na primeira reunião com os gestores pude contar, durante parte da reunião, com uma anotadora.

Todos estes grupos realizaram-se no decorrer do segundo semestre de 2004. Ocorreram em espaços agendados da Secretaria de Saúde ou da Secretaria de Cultura Esportes e Turismo, que facilitavam o acesso. As reuniões duravam aproximadamente de duas horas a duas horas e meia e todas foram gravadas e transcritas em relatórios validados pelos participantes. Esta validação ocorria através de envio de mensagens eletrônicas. Os gestores e profissionais em sua maioria tinham “e-mails”. Aqueles que não tinham receberam os relatórios por escrito. Os usuários tiveram oportunidade de validar sua discussão, com a apresentação realizada na reunião geral que será descrita adiante.

Geralmente, nas primeiras reuniões com cada segmento fazíamos uma rodada de apresentações, seguida da discussão do roteiro proposto, abordagem dos pontos previstos e uma rápida avaliação do encontro.

4.5.1- O primeiro grupo⁴¹ com os gestores

A data da reunião foi articulada com as referências em cada um dos distritos, pois elas saberiam informar de impossibilidades de encontro com a maioria. Todos foram avisados por “e-mail” e contato telefônico.

Participaram 18 gestores: apoiadores do Distrito Norte, Sul, Leste, Sudoeste, a diretora do Distrito Noroeste, os coordenadores do Ambulatório do CEASA, do Pronto-Socorro Anchieta, dos Centros de Saúde do Floresta, do Valença, do Balão do Laranja, do Capivari, do Paranapanema, do Santa Odila, do Anchieta, de Sousas, do Taquaral, uma representante do CETS e uma enfermeira que substituiu a coordenadora do Vila Rica.

No início, após o pedido de autorização para gravação, apresentaram-se relatando suas expectativas em participar, embora um ou outro apontasse dificuldades em função do envolvimento com suas rotinas de trabalho: Sucupira⁴² contou que estava “fechando” as frequências dos funcionários de sua unidade e não tinha expectativa para colocar naquele momento.

⁴¹O termo grupo está referenciado no grupo focal adaptado e diz respeito a encontros ou reuniões com os segmentos específicos.

⁴²Daqui em diante neste texto, em função de manter a confidencialidade das informações prestadas pelos sujeitos de pesquisa, os gestores passarão a ser reconhecidos por nomes de árvores do cerrado brasileiro.

Mas a maioria pretendia conhecer e aprender sobre avaliação, levando esse conhecimento para seu trabalho, alavancando os projetos da unidade (Mangaba, Copaíba, Angico, Cedro). Alguns, inclusive, citaram o interesse específico pela avaliação não quantitativa (Angelim), bem como uma inclinação pela área de Educação em Saúde. Buriti, apesar de não ter trabalho selecionado, disse estar participando pela oportunidade de aprendizagem e também *“porque já trabalhei muito com este tema (...)”*. Carnaúba e Vinhático acentuaram a oportunidade de aprendizagem e Ipê relatou não saber como poderia contribuir com a discussão que se iniciava. Jacarandá e Barbatimão se instigavam sobre como poderiam contribuir neste papel de gestor, sendo que este último ressaltou seu envolvimento com o tema, porque se dependesse de sua agenda atribulada também não poderia estar ali.

Em seguida foram apresentados os objetivos da pesquisa, esclarecidas algumas dúvidas sobre sua participação no processo (sobre a necessidade de participação nos próximos encontros e a sequência de participação de cada segmento) e iniciada a discussão do roteiro de atividades daquela tarde.

Seguiu-se o trabalho de aquecimento do grupo para construção compartilhada de conhecimentos sobre o conceito de Educação em Saúde. O jeito de trabalhar proposto utilizou gravuras como objetos intermediários (ROJAS-BERMÚDEZ, 1980). Os participantes reconheceram nestas gravuras elementos que simbolizavam a Educação em Saúde para eles, trocaram entre si estas impressões e formularam frases, em quatro trios ou duplas, conceituando-a. Durante a discussão em subgrupos, chegaram três novos integrantes para discussão. Após este momento, foi feita uma apresentação e sistematização do conceito definido. As apresentações foram feitas na forma de música (um grupo cantou um rap “Tá em Construção”), em painel ou leitura de anotações. O conceito elaborado e apresentado a seguir focava a construção de conhecimento compartilhada, cujos aspectos serão analisados posteriormente:

Troca, partilha, prazer, autonomia, caminho coletivo de construção de conhecimento a todo o momento, que dificilmente consegue ser praticado, especialmente em relação ao usuário.

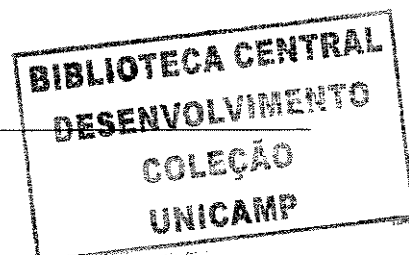
No momento subsequente, o trabalho focalizou a avaliação, isto é, aquilo que o grupo identificava que deveria ser avaliado nos projetos. Antes de distribuir as sinopses que serviriam de apoio para construção de perguntas de avaliação, foi necessário esclarecer que os projetos ali descritos não eram os premiados, mas os que foram selecionados, segundo a categorização por traçadores. Propus que cada integrante escolhesse um ou mais de um trabalho para analisar. Seria possível apostar numa visão geral das práticas para construir suas perguntas para avaliação.

As perguntas formuladas não tiveram autoria identificada, cada uma das 23 foram colocadas no centro da roda e lidas por outro componente do grupo. Como a maioria delas era genérica e o objetivo era mapear o interesse do grupo, um novo roteiro seria sistematizado, contendo, inclusive, formulações da pesquisadora.

Na sequência, o grupo combinou o próximo encontro. Primeiro contribuíram para a definição de critérios de seleção dos profissionais: deveriam ter vivenciado o projeto em alguma medida, dando preferência a quem tenha feito isto por mais tempo. Definiriam, prioritariamente, um ou no máximo dois representantes por projeto. Seria importante que a própria equipe sugerisse o nome. Esclareci que os gestores não produziram perguntas para que os profissionais respondessem e vice-versa. Foi feita uma votação e definida a data e horário da próxima reunião, sendo que o primeiro grupo com os profissionais teve seu agendamento indicado após o segundo encontro com os gestores, como previsto. Apontei que os profissionais das unidades com práticas selecionadas estavam convidados, independente da presença do gestor na reunião anterior.

4.5.2- O segundo grupo com os gestores

No segundo encontro participaram nove gestores. Os mesmos apoiadores do Distrito Norte, Sul, Leste e Sudoeste, a diretora da Noroeste, os coordenadores do Ambulatório do CEASA, do Centro de Saúde do Floresta e do Balão do Laranja e a representante do CETS.



Naquela tarde fria, a maioria das pessoas demorou a chegar, porque tiveram alguns compromissos que terminaram tarde ou tiveram dificuldade de encontrar o local. Cogitamos a hipótese do encontro não ocorrer. Mas, devagar, começaram a chegar e iniciamos nossa conversa com uma hora de atraso. Quando estávamos pelo meio dos trabalhos, os últimos integrantes do grupo apareceram e dois deles tiveram que se retirar antes do término combinado, por conta de compromissos. Sempre que chegavam novos integrantes havia uma atenção especial em aproximá-los do trabalho desenvolvido.

O interesse anteriormente demonstrado por esse grupo em participar das atividades avaliativas, especialmente pela aproximação com o campo de saberes e práticas da Educação em Saúde, não era suficiente para garantir uma representação numérica mais efetiva durante as discussões. Os compromissos advindos do papel de gestor pareciam intimá-los, a todo o momento, em rever sua opção de participar. O que inicialmente, pareceu-me uma decorrência esperada das dificuldades atribuídas à gestão, trouxe certo incômodo pelos percalços operacionais que poderiam acarretar à pesquisa.

Naquela reunião, como de praxe, pontuei o início da gravação, sendo validado o relatório da reunião anterior, reforçada a necessidade de atualização dos “e-mails” e combinado o horário de término.

Na apresentação da proposta para aquela tarde, apontei que começaríamos validando a reformatação do roteiro de perguntas de avaliação, construída a partir daquelas 23 perguntas produzidas no encontro anterior e esclareci que estas questões validadas seriam respondidas por eles mesmos a partir da escolha de uma prática para avaliar. É que as perguntas produzidas necessitavam que fosse especificado o projeto ao qual se referiam. Alertei que a escolha seria mais fácil para os que vinham de unidades com experiências selecionadas, mas que a coisa se complicava, na medida em que eram dos distritos, ou de unidades que não tinham projeto, ou ainda do CETS que, especificamente, não tinha como atribuição acompanhar projetos de intervenção das unidades. Para se ter uma idéia, naquele momento somente uma das presentes era coordenadora de unidade com projeto selecionado.

Foram definidos alguns critérios para escolha, que poderia ser facilitada pela leitura das sinopses: a aproximação com algum deles pelo acompanhamento realizado pelo distrito ou atuação conjunta entre unidades. Às três pessoas presentes do mesmo distrito, foi sugerido que se distribuissem de forma a não escolherem o mesmo projeto para analisar.

A análise individual por escrito de cada experiência seria realizada na forma de tópicos, de preferência e, posteriormente, apresentada ao grupo, encaminhando este material à pesquisadora. Cada pergunta seria respondida por todos na sequência, sendo discutidas à medida que fossem sendo apresentadas.

Apresento a seguir o roteiro discutido e validado pelos gestores (Quadro 2):

Quadro 2- Roteiro de perguntas avaliativas validado pelos gestores, com base nas questões por eles mesmos formuladas na reunião anterior.

PERGUNTAS FORMULADAS PELOS GESTORES EM 01/07/2004 E AGRUPADAS PELA PESQUISADORA	CATEGORIAS-CHAVE E ROTEIRO DE PERGUNTAS FORMULADO A PARTIR DA PRODUÇÃO DOS GESTORES
4. “No Projeto Crê-Vida Feliz (Valença) não entendi a avaliação. Gostaria de saber qual a população alvo – idoso, adulto ou também criança e adolescente. Isto altera a avaliação não? A questão da avaliação é para mim um grande desafio.” 16. “O que se entende quando o resultado obtido é ‘humanização do atendimento’ e ‘melhora na qualidade de vida?’” 19. “Qual a perspectiva de alta? Como isto está sendo avaliado (se estiver sendo avaliado)?”⁴³	FORMATAÇÃO DOS PROJETOS (OBJETIVOS, METAS, MÉTODOS, TÉCNICAS, POPULAÇÃO ENVOLVIDA, RESULTADOS ESPERADOS, INSTRUMENTOS DE AVALIAÇÃO) 1. Os projetos especificaram os componentes formais necessários para sua realização?
3. “Como poderia ser avaliado o processo do ponto de vista do sujeito (usuário)? Que instrumentos usar? Que falas priorizar?” Ex: Baile da Feliz Idade (CS Santa Lúcia) 11. “O que eu gostaria de avaliar: - índice de cura das feridas (do Projeto); - as dificuldades encontradas no dia a dia (ex: falta de material para curativo de Bota de Unna); - capacitação dos trabalhadores em realizar técnicas propostas; - satisfação do usuário neste projeto”. 14. “Como avaliar a qualidade de vida dos idosos? Projeto Viva Vida – Boa Vista” 16. “O que se entende quando o resultado obtido é ‘humanização do atendimento’ e ‘melhora na qualidade de vida?’” 18. “Como tem se dado a avaliação dos resultados e a continuidade dos trabalhos desenvolvidos?”	INSTRUMENTOS DE AVALIAÇÃO DOS PROJETOS 2. Foram utilizados instrumentos de avaliação? Quais foram os instrumentos de avaliação já utilizados? Que resultados foram encontrados?

⁴³ Alteração feita no momento de validação do roteiro com o grupo, escrita em caractere itálico.

19. "Qual a perspectiva de alta? Como isto está sendo avaliado (se estiver sendo avaliado)?" 23. Corpo, Espaço e Criação – "Qual o impacto (sentido) das diversas oficinas (atividades) no cotidiano dos usuários/voluntários? O que motiva os usuários a participar das oficinas?"	
1. "O que mudou na vida dos integrantes desses grupos após a implementação desses projetos? De que maneira os resultados exitosos relatados junto à população atendida pelo projeto têm contribuído para a mudança das práticas (relações) da EQUIPE de saúde no espaço institucional (isto é, no cotidiano do CS)?" 8. "Qual o impacto da participação dos usuários nas oficinas no cotidiano dos usuários/voluntários?" 9. "A maioria dos projetos têm número 'limitado' de pacientes... Como é a repercussão desses projetos na comunidade? Há um reconhecimento? São divulgados? Despertam interesse?" 13. "– Houve continuidade? – Precisava entender melhor as metodologias utilizadas. – Como os saberes dos usuários foram considerados? – Como considerou a possibilidade na construção da reflexão crítica da realidade para transformação da mesma?" 15. "Como está o projeto hoje, passados 02 anos do início?" 16. "O que se entende quando o resultado obtido é 'humanização do atendimento' e 'melhora na qualidade de vida?'" 20. "Como avaliar se o projeto desenvolvido provocou mudanças de hábitos nos atores envolvidos? Somente relatos e avaliação técnica são suficientes?" 23. Corpo, Espaço e Criação – "Qual o impacto (sentido) das diversas oficinas (atividades) no cotidiano dos usuários/voluntários? O que motiva os usuários a participar das oficinas?"	TRANSFORMAÇÕES COM/NOS PROJETOS 3. Quais transformações que os projetos produzem nas práticas, nos sujeitos envolvidos e no perfil epidemiológico?
2. "Os usuários que participam do projeto se sentem parte fundamental, a ponto de continuarem com as atividades, independentemente, da maior ou menor atuação dos profissionais?" 5. "Como estão hoje estes projetos, têm continuidade?" 7. Corpo, Espaço e Criação – "O que motiva os usuários a participarem das oficinas?" 8. "Qual o impacto da participação dos usuários nas oficinas no cotidiano dos usuários/voluntários?" 9. "A maioria dos projetos têm número 'limitado' de pacientes... Como é a repercussão desses projetos na comunidade? Há um reconhecimento? São divulgados? Despertam interesse?" 12. "Os temas/atividades foram definidos a partir do desejo dos usuários ou apenas da necessidade 'detectada' pelo profissional?" 13. "– Houve continuidade? – Precisava entender melhor as metodologias utilizadas. – Como os saberes dos usuários foram considerados? – Como considerou a possibilidade na construção da reflexão crítica da realidade para transformação da mesma?" 18. "Como tem se dado a avaliação dos resultados e a continuidade dos trabalhos desenvolvidos?" 23. Corpo, Espaço e Criação – "Qual o impacto (sentido) das diversas oficinas (atividades) no cotidiano dos usuários/voluntários? O que motiva os usuários a participar das oficinas?"	CONTINUIDADE NOS PROJETOS 4. Os projetos têm continuidade? Por que, sim? Por que, não?

Pesquisadora: Como se articulam ou desarticulam as ofertas realizadas pelos profissionais da unidade e as demandas dos usuários diante das atividades de Educação em Saúde realizadas? Pesquisadora: Quais os fatores podem ser indicados para a não continuidade de atividades educativas em saúde analisadas? Pesquisadora: Quais as dificuldades de manter os grupos educativos em saúde “funcionando”?	
2. “Os usuários que participam do projeto se sentem parte fundamental, a ponto de continuarem com as atividades, independentemente, da maior ou menor atuação dos profissionais?” 6. “Até onde deve haver ‘tutela’ dos profissionais de saúde para alguns grupos?”	AUTONOMIA NOS PROJETOS 5. Os projetos contemplam o desenvolvimento de autonomia dos sujeitos?
17. “Qual o entendimento que os outros membros da equipe (que não estão diretamente relacionados com o projeto) têm do projeto? Conhecem e incentivam? É realmente da unidade?” 21. “Qual o sentimento da ELR (Equipe Local de Referência) em realizar o projeto na Unidade?” Pesquisadora: Os trabalhos selecionados para avaliação são reconhecidos/legitimados na unidade?	LEGITIMIDADE INTERNA DOS PROJETOS À UNIDADE 6. Os projetos têm legitimidade na própria equipe?
16. “O que se entende quando o resultado obtido é ‘humanização do atendimento’ e ‘melhora na qualidade de vida?’”	INCLUSÃO SOCIAL NOS PROJETOS 7. Os projetos contemplam a inclusão social? De que forma?
12. “Os temas/atividades foram definidos a partir do desejo dos usuários ou apenas da necessidade ‘detectada’ pelo profissional?” 13. “- Houve continuidade? – Precisava entender melhor as metodologias utilizadas. – Como os saberes dos usuários foram considerados? – Como considerou a possibilidade na construção da reflexão crítica da realidade para transformação da mesma?” Conceito de Educação em Saúde formulado pelo grupo⁴⁴: Troca, partilha, prazer, autonomia, caminho coletivo de construção de conhecimento a todo o momento, que dificilmente consegue ser praticado, especialmente em relação ao usuário.	CONSTRUÇÃO COMPARTILHADA DE CONHECIMENTO NAS TROCAS COM OS USUÁRIOS 8. Como se dão as trocas com os usuários nos projetos?

A validação ocorria na medida em que eu lia as perguntas da coluna à esquerda e as cotizava com o conteúdo das categorias/perguntas formuladas. Ressaltei inicialmente que algumas perguntas se repetiam em mais de uma categoria, já que elas continham conteúdos diferentes misturados nelas. Indiquei também que minhas formulações continham elementos não explicitados pelos gestores, mas que vindo à tona facilitariam a análise. As categorias serviam para isso mesmo, isto é, para decompor estes conteúdos, permitindo sua explicitação.

⁴⁴Para produzir esta categoria a pesquisadora trouxe a formulação do conceito de Educação em Saúde do grupo, que foi validado nesta reunião.

Assim, categorias como ‘Continuidade nos projetos’, ‘Transformações nos projetos’ e ‘Instrumentos de Avaliação’ foram criadas pela necessidade de agregar as perguntas produzidas. Estas três categorias tinham alcançado a representação de doze⁴⁵, oito e seis perguntas produzidas na reunião anterior, respectivamente. Ao contrário, o tema da inclusão social, que aparece com apenas uma pergunta, foi elevado à categoria como *“uma ênfase nossa de que esta questão fosse analisada nos projetos”*, procurando criar condições de contemplar na análise essa diretriz do SUS. As demais categorias respondiam por duas perguntas do roteiro anterior. Este reequilíbrio de conteúdos contemplado através das categorias com a inclusão de outras que não estavam dentro das preocupações mais evidentes dos gestores visava também criar um instrumento que permitisse ter um enfoque extensivo. As perguntas formuladas para especificar as categorias tinham o interesse de não induzir respostas.

Com o andamento da discussão, alguns participantes procuraram estabelecer relações de uma pergunta que constava no rol de uma categoria, aproximando-a de outra, no que foram apoiados por mim. Dessa forma, algumas perguntas foram incluídas em outras categorias como a 16 e a 19.

Ipê e Vinhático propuseram que a categoria ‘Transformações nos Projetos’ fosse reformulada para ‘Transformações *com*/nos Projetos’, pois consideravam que se mantivéssemos como na formulação anterior, estaríamos somente caracterizando as mudanças no **processo** de produção dos trabalhos e não os **resultados** que viriam **com** as atividades desenvolvidas. Houve concordância, porque tais categorias já estavam contempladas, na medida em que os subitens existentes nela como ‘nas práticas’ ou ‘nos sujeitos envolvidos’, se relacionavam aos processos de trabalho. Além disso, quando era colocado ‘no perfil epidemiológico’ estava sendo indicado um referencial de impacto sobre a saúde individual e coletiva da população do Centro de Saúde alcançada pela atividade. (DONABEDIAN, 1980)

Durante as discussões, os participantes expressavam seu entendimento de conceitos utilizados no roteiro de perguntas. Neste sentido, procurei levar em conta aspectos da avaliação relativos a questões mais gerais dos projetos.

⁴⁵Das 12, 9 perguntas produzidas na reunião passada e 3 trazidas por mim.

Confirmando a indicação anterior, para a maioria dos gestores foi difícil escolher uma experiência. Alguns deles não estavam convencidos desta necessidade. Houve resistência e debate, ficando evidente que muitos não tinham tido oportunidade de conhecer os projetos de suas áreas de gestão. Fortalecendo e legitimando a opção metodológica foi ressaltado por uma das integrantes que era objetivo trabalhar a partir do interesse explícito do sujeito para criar possibilidade da auto-avaliação, como um processo de aprendizado próprio para ação cotidiana. Aí também estariam incluídos os gestores. Por isso era importante aproximar-se de uma experiência que conhecesse mais e utilizasse a sinopse para lembrar ou conhecer aspectos que faltavam.

Outras questões também apareceram: Barbatimão analisou que o grupo foi muito exigente com as perguntas de avaliação dos projetos, diferentemente do conceito idealizado de Educação em Saúde que formularam. Justificou esse jeito com a posição que ocupavam, que é a de gestor. Disse que acabaram por formular perguntas difíceis de responder. Timbaúva destacou que a maior dificuldade nos processos de avaliação corrente era fazer avaliação de impacto.

A dificuldade de escolha de uma experiência para avaliação por parte dos gestores poderia futuramente esclarecer diferenças de interesse de cada segmento em avaliar ou participar da investigação. Era esperado que o trabalhador que realiza o projeto tivesse bastante interesse em refletir sobre o que estava fazendo, ou que o gestor quisesse saber como andavam os projetos que estavam sendo realizados nas unidades gerenciadas por eles, ou mesmo os usuários quisessem opinar sobre aquilo que experimentavam nos serviços. Não estava previsto, entretanto, que os gestores das unidades onde os projetos se realizavam –os coordenadores de centros de saúde– participassem em menor número do que outros gestores, tais como apoiadores, gestores de outras unidades, ou diretores de distritos. Mas esta situação parecia ser uma evidência da dinâmica gestora dos projetos nas unidades, que talvez pudesse ser mais bem compreendida posteriormente.

Como o grupo começava a antecipar questões que poderiam ser colocadas durante a avaliação, solicitei que efetivassem a seleção da prática e passassem a analisá-la. A representante do CETS colocou sua grande dificuldade de escolha. Não sabia nem qual critério usar para selecionar. Ela se disse surpresa com as falas dos gestores que também

não conheciam os projetos. O grupo de uma forma geral se debruçou, então, sobre a tarefa colocada.

Jequitibá quis avaliar o Idosos com Prazer, que é da sua unidade. Jacarandá e Carnaúba, como dupla, e Timbaúva, Barbatimão e Buriti levaram em conta suas maiores aproximações e conhecimentos dos projetos escolhidos. Copaíba e Ipê selecionaram os seus diante do fato de terem sido desencadeados a partir de ofertas de capacitação feitas pela Secretaria, o que gostariam de analisar. Vinhático escolheu ao acaso, dado seu completo desconhecimento daquelas experiências.

Como assinalado na apresentação da dinâmica da reunião com os grupos, os participantes apresentaram o que haviam escrito, colocando cada um a sua resposta e debatendo-a com os demais, na seqüência prevista do roteiro. Algumas questões se imbricavam em outras. Fui demarcando estas superposições e resgatando pontos que não haviam sido discutidos, de forma que todas as questões do roteiro fossem tratadas pelos presentes.

Ao final da discussão, instados a se posicionar sobre como tinha sido o processo de avaliação, relataram que estavam tensos no início, temerosos por não conseguirem responder as próprias perguntas. Barbatimão relatou: *“Eu achei que fosse ser mais difícil.”* Timbaúva e outros concordaram.

4.5.3- O primeiro grupo com os profissionais

Conforme mencionado, a data da reunião havia sido agendada com os gestores, facilitando a vinda dos profissionais ao encontro, uma vez que os primeiros deveriam convidá-los conforme os critérios combinados, liberar sua agenda para que participassem e, em alguns casos, até ajudar com o transporte para que viessem.

Esta primeira reunião foi realizada com a participação de 23 profissionais. Participaram dela um representante de cada uma das experiências como: do Vivavida (Boa Vista), do Programa de Visita Domiciliar – sistematização de seguimento às pessoas restritas ao leito e ao lar (Aurélia), do Grupos Integrados de Lian Gong e Fuxico

(Rosália – Anchieta), do Projeto Terapêutico De bem com a vida (Santa Maria – Joaquim Egídio), do Prótese Total para 3ª Idade (Costa e Silva), do Abraça sua Praça – uma lição de cidadania (31 Março), do Programa de Tratamento de Úlceras Crônicas na UBS (Sousas), do Caminhada (Valença), do Viva a Vida (Valença), do Idosos com Prazer (Campina Grande – Floresta), do Abordagem não Farmacológica da Dor Crônica (Floresta), do Baile da Feliz Idade (Santa Lúcia), do Hipertensão e Diabetes – melhoria e qualidade de vida (Capivari) e do Qualidade de Vida na 3ª Idade (Santa Odila). Compareceram dois representantes do Corpo, Espaço e Criação (Paranapanema), do Grupo Ginástica Renascer (Valença) e do Crê-Vida Feliz (Valença)⁴⁶. O Centro de Convivência Itinerante esteve representado por três profissionais, sendo um deles do Costa e Silva e duas do Taquaral.

Com 30 minutos de atraso, solicitei permissão para gravação e que especificassem, durante sua apresentação, o que sabiam da proposta que estava se iniciando.

Nas apresentações, prevaleceu a idéia de que estavam ali porque o projeto havia sido selecionado para participar, mas não sabiam ao certo de quê. Viam-se nesta situação Nastúrcio⁴⁷, Orégano, Alecrim, Arruda, Manjerição, Cebolinha, Cavalinha, Cerofólio, Babosa, Borago e Confrei. Poejo referiu estar ali porque seu projeto foi selecionado por ser direcionado aos idosos. A maioria citava o fato de terem o trabalho dirigido a idosos, mas não colocava isto como critério para participação (Alecrim, Arruda, Cavalinha, Cerefólio, Babosa, Confrei, Aquileia). Gerânio, especificamente, perguntou se este era o critério de participação, mas indicou que fora convidado pela coordenadora, porque seu trabalho foi interrompido durante um tempo pela saída de uma das profissionais da equipe e que agora ele estava continuando. Hortelã-pimenta disse que *“eu tô aqui por causa do nosso grupo que acabou não saindo”*, parecendo que o convite da coordenação havia sido feito porque o projeto não tinha tido continuidade e seria necessário identificar os motivos para isso. Aquileia relacionou sua vinda ao fato de ser convidada para representar um projeto escolhido pela apresentação no Paidéia, *“e foi um projeto voltado para idosos, porque foi uma das coisas que você*

⁴⁶No caso do Crê-vida Feliz a trabalhadora veio acompanhada de uma usuária, presidente do Grupo.

⁴⁷Também para manter a confidencialidade das informações prestadas pelos sujeitos de pesquisa, os profissionais passarão a ser reconhecidos por nomes de plantas medicinais.

(se dirigindo à pesquisadora) *encontrou, porque a grande maioria era voltada para esta faixa etária*". Provavelmente sua idéia sobre o critério veio de minhas explicações durante a oportunidade que tive de realizar uma reunião com a equipe desta participante. Borago citou que seu projeto foi premiado no Prêmio Estímulo Paidéia, mas não relacionou isto ao convite para participar da reunião.

A pouca clareza sobre os critérios de seleção das experiências revela tradicionais problemas de comunicação, evidentes nas diferenças e inseguranças entre o que é emitido e o que é captado e depois repassado, ou mesmo de que os próprios coordenadores, ao convidá-los, não tenham sido específicos, o que poderia estar correlacionado à dinâmica gestora da unidade. Caberia, então, uma investigação posterior deste aspecto.

De forma geral, as apresentações traziam riqueza de detalhes sobre o que era realizado pelos projetos, especificando atividades:

Poejo: *"Atualmente nós temos 5 grupos de Lian (...) fazem alongamento. (...) Noventa e nove por cento são idosos. (...) todo mês (...) faz uma viagem (...) almoço no bairro, ou aniversário (...) baile, (...) cursos de artesanato, material reciclado, (...) Yoga, pintura em tecido (...). A gente tá sempre procurando (...) atividades... (...) o mês todo (...)"*.

Cerofólio: *"o que a gente sabe que era para falar do projeto (...). A gente tem o grupo de ginástica postural, o Lian Gong (...) Caminhada, de ginástica também, e a gente trabalha com os idosos e grupo de gestantes..."*

Babosa⁴⁸: *"estar representando (...) o grupo de vivência... A gente trabalha juntamente com os agentes de saúde. Normalmente (...) 60 idosos neste grupo, (...) ginástica, Lian Gong, hidroginástica, caminhadas, passeios, chás da tarde, junto com outros Centros de Saúde. E também estou representando o grupo de Prótese, que (...) foi uma experiência (...) (que) a Prefeitura pode expandir (...) (para) alguns Centros de Saúde(...) também"*.

⁴⁸Inicialmente esta participante indicava representar dois projetos. Com o andamento da pesquisa, ela optou por um deles, isto é, o de Prótese na 3ª Idade.

Alecrim estava *“pelo projeto (...) é dirigido à Terceira Idade (...) (com) intenção de unir a 3ª Idade com os adolescentes e crianças, trabalhando ginástica, palestras, tirando os idosos da casa, fazendo com que eles participem mais da sociedade”*.

Arruda contou que o projeto é voltado para pessoas mais de 3ª Idade, mas também *“têm um vínculo com os adolescentes e outros grupos, (...) Lian Gong e de atividades como o Fuxico, passeios... Fizemos vários passeios... (...) a gente fez um trabalho integrado (...) intersetorial, (...) com vários grupos mesmo”*.

Combinei com o grupo o horário de término da reunião, passando a apresentar a proposta do trabalho daquela manhã, distribuindo e lendo com eles o roteiro escrito. Enquanto começava, ainda estavam chegando pessoas, que foram integradas ao trabalho desenvolvido.

Recapitulei, então, a trajetória da pesquisa até o momento, aproveitando para destacar a importância do papel deles no contato com os usuários para participar da pesquisa. Sugeri que os próprios usuários selecionassem sua representação, frisando a necessidade de parcimônia e representatividade na escolha. Alguns participantes conferiram suas estratégias de escolha com o grupo.

No momento seguinte problematizei com eles o conceito de Educação em Saúde, conforme descrito na abordagem com os gestores. Enquanto os sete subgrupos iam terminando suas discussões, entreguei o termo de consentimento esclarecido, explicando sua finalidade, solicitando que lessem e assinassem, pedindo que os retornassem ao final do encontro (Apêndice 2). Esclareci que quem estava representando mais de uma experiência, naquele momento de preenchimento do formulário deveria efetivar sua escolha por uma.

Em seguida, os subgrupos foram apresentando suas conclusões, que foram anotadas em painel. A cada relato solicitei que completassem informações, relendo ao final o que havia sido escrito, para conferir se tinha sido fiel ao relatado. Solicitei também que identificassem aspectos que mereciam destaque ou aprofundamento. E assim ficou minha sistematização validada pelo grupo:

→ educadores e educandos precisam de acompanhamento, fazendo trocas, com muito respeito;

- como fazer quando não se tem mais interesse pelo processo de cuidado ou de educação?
Quem vai dar continuidade ao projeto? Quais são as condições de sustentabilidade dos projetos? Muitas dificuldades de continuidade de projetos se devem à falta de pessoal; os projetos deveriam ter condições de sustentabilidade que independessem do profissional que os realiza;
- é importante trabalhar o usuário como multiplicador;
- em algumas experiências falta maestro → gestor;
- é importante existir trocas e aprendizagem em todos os níveis, compromisso e insistência na idéia;
- somos gestores dos projetos também, podemos superar limites postos;
- há situações em que não é possível ser gestor.

Cabe esclarecer que esse elementos conceituais serão objeto de análise no capítulo seguinte.

Nas discussões que se seguiram, os participantes expressavam sua compreensão dos trabalhos, antecipando o momento avaliativo do encontro. Procurei direcionar a conversa para iniciarmos a construção das questões de interesse para avaliação, mas estavam aquecidos em realizá-la sem seguir o roteiro previsto pela pesquisa. Somente quando o tempo já se adiantava, sendo instados a redirecionar o trabalho, é que concordaram em retornar ao proposto.

É interessante notar, entretanto, que o conceito de Educação em Saúde formulado pelo grupo, diferentemente do produzido pelos gestores, vinha já carregado de aspectos relacionados à avaliação, especialmente questões relacionadas à continuidade ou as dificuldades na sua implementação. Certamente seu interesse tinha este elemento como prioridade.

Propus, então, que formulassem uma pergunta que traduzisse seu interesse em avaliar sua ação, pedindo que fossem específicos. Ao distribuir as sinopses, alertei para que a versão utilizada estivesse desatualizada, pois advinha da época da inscrição no Prêmio Estímulo. Frisei novamente a necessidade de identificar qual era o projeto que cada um representava.

Foram formuladas 18 perguntas. Com elas seguiu-se a mesma sistemática realizada com os gestores, definindo a agenda para próxima reunião com os profissionais, sendo também definida a agenda com o grupo dos usuários.

Em relação aos usuários, algumas questões foram novamente mencionadas e esclarecidas. Poejo reforçou a necessidade de tempo suficiente para poder trabalhar com o grupo, a escolha. Foram aprofundados os critérios e as distorções advindas de eventuais direcionamentos nesse processo. Realcei que, neste tipo de pesquisa, o mais importante seria explicitar como foi feito determinado processo, para que este aspecto fosse levado em conta como contexto da produção dos dados e sua correspondente relativização. Questões como a parcimônia e representatividade na seleção, a participação de usuários independente da presença de profissionais na reunião anterior, ou mesmo a imprescindível presença dos profissionais⁴⁹ nos dois encontros previstos foram novamente abordadas.

Em seguida, passamos a definir os dias, horários e local das reuniões, procurando adequar-se à facilidade de acesso, pois isto vinha como queixa dos participantes. Foram sugeridos, então, como critérios complementares para seleção do usuário, a possibilidade de participação no dia agendado, o conhecimento do projeto e o interesse em participar desta avaliação. O grupo sugeriu que fosse viabilizado com os distritos, o transporte dos usuários até o local da reunião.

Na rodada de avaliação deste encontro, foi valorizada a participação, porque puderam dar continuidade à discussão acerca do que faziam na unidade, reforçando a necessidade de propostas como esta no acompanhamento e fortalecimento do trabalho.

Depois disso, a reunião foi aberta aos informes. Dente-de-leão destacou a importância sobre a formação do Conselho Municipal do Idoso, pois lá se discutia a priorização de verbas, informando também sobre o local e as agendas de reuniões ordinárias. Lembrou da necessidade de envolvimento de todos na Conferência e nas pré-conferências que aconteceriam em cada região em breve. Deixou o convite para que ligassem para ela, pois era conselheira municipal da saúde do idoso:

⁴⁹O combinado era que em casos excepcionais poderia haver substituições, assegurando-se a “passagem de plantão”, isto é, fossem prestadas informações circunstanciadas que permitissem ao novo integrante ter familiaridade suficiente para autonomia decisória.

“então qualquer informação que vocês queiram, me liguem no Valença, o que vocês precisarem saber... (...) Para levar os idosos para lá, para levar os problemas, as discussões, pra gente ver se melhora. Porque é uma coisa escondida ainda, eles não sabem que eles têm direito no Estatuto.”

Orégano também trouxe seu informe sobre um bazar que seria realizado em seu Centro de Saúde, convidando a todos.

4.5.4- O segundo grupo com os profissionais

Da segunda reunião participaram 16 trabalhadores. Compareceu outra representante do Vivavida (Boa Vista) e do Crê-Vida Feliz (Valença). Estiveram presentes a mesma representante do Programa de Visita Domiciliar – sistematização de seguimento às pessoas restritas ao leito e ao lar (Aurélia), do Grupos Integrados de Lian Gong e Fuxico (Rosália – Anchieta), do projeto Prótese Total para 3ª Idade (Costa e Silva), do Abrace sua Praça – uma lição de cidadania (31 Março), do Caminhada, do Grupo Ginástica Renascer, do Viva a Vida (os três trabalhos do Valença), do Hipertensão e Diabetes – melhoria e qualidade de vida (Capivari), do Corpo, Espaço e Criação (Paranapanema) e do Qualidade de Vida na 3ª Idade (Santa Odila). Os três representantes do Centro de Convivência Itinerante (Costa e Silva e Taquaral) também participaram.

Iniciamos a reunião com 15 minutos de atraso, numa manhã meio nublada e calorenta, no mesmo local em que realizamos a anterior, a partir da solicitação de que, em função da gravação, falassem mais alto, já que continuávamos com problemas de barulho.

Em seguida, apresentei o roteiro de trabalho da manhã, seguindo os mesmos passos apontados na segunda reunião com gestores.

Passei, então, à validação do roteiro apresentado a seguir (Quadro 3):

Quadro 3- Roteiro de perguntas avaliativas, validado pelos profissionais, com base nas questões por eles mesmos formuladas na reunião anterior

PERGUNTAS FORMULADAS PELOS TRABALHADORES EM 26/08/2004 E AGRUPADAS PELA PESQUISADORA	CATEGORIAS-CHAVE E ROTEIRO DE PERGUNTAS FORMULADO A PARTIR DA PRODUÇÃO DOS TRABALHADORES
1. Prótese total para a 3ª Idade: Qual o critério para a inserção do paciente no projeto. Já que foram somente 15 vagas. Apesar de os pacientes não terem condições de custear e suas necessidades serem constatadas, muitos não conseguem usar as próteses. Foi realizado algum trabalho voltado à motivação e real desejo do paciente em se restabelecer? Qualidade de vida para 3ª Idade. Como está sendo realizada a avaliação dos objetivos alcançados? 4. Qual é a percentagem de diminuição de medicamento para dor e anti-depressivo dos grupos? 7. Grupo Viva Vida – O grupo Viva Vida não é “rotineiro”. Sempre são levadas dinâmicas diferentes, novos exercícios, troca de experiências, etc., porém, como saber o quê os participantes pensam? Esta pergunta foi feita aos mesmos. Dizem que tudo é maravilhoso, mas como de fato saber se nós “gestores” estamos agradando? Faço esta pergunta pelo fato dos participantes do grupo serem muito tímidos. Outro aspecto negativo é a dificuldade de que nós “gestores” do grupo temos em conseguir vagas nas capacitações oferecidas na Rede, precisamos de cursos de atualização. 8. Grupo Esperança – qual a importância do Grupo na questão social? 9. Qualidade de Vida na 3ª Idade – qual a avaliação dos participantes deste projeto na vida, no dia-a-dia e até mesmo na convivência com familiares, com a sociedade e consigo mesmo? 11. Grupo de ginástica postural – como está sendo o resultado do projeto desde que iniciou até o presente momento? 13. Qual o resultado obtido no projeto? O que trouxe de positivo e negativo? 14. Qual o parâmetro que temos para avaliarmos questões subjetivas? Será que há uma apreensão do Centro de Convivência para cada um? Como avaliar se houve uma mudança de atitude sem ser pela clínica? 15. Como estão se sentindo após 02 anos de grupo Crê-Vida os idosos, se estão mais saudáveis e valorizados?	TRANSFORMAÇÕES PROMOVIDAS PELOS PROJETOS 1. Quais formas de avaliação já foram desenvolvidas nos projetos? O que elas encontraram? 2. Quais foram as transformações promovidas pelos projetos no âmbito individual, familiar e sóciocomunitário? 3. Quais instrumentos ou estratégias poderiam ser desenvolvidos para ampliar a confiança nas avaliações obtidas ou que poderemos ainda obter?
2. Baile da Feliz Idade – uma experiência impactante na Saúde Coletiva. Uma forma de adquirir recursos para passeios com os participantes do Baile. E interação com bailes que são realizados em outras regiões. 3. De bem com a vida – os gestores deste trabalho não têm a mesma visão na condução do mesmo – o que está errado? Perdeu-se o objetivo? Auto-sustento do grupo, futuro processo de cooperativismo. Falta um gerente para o projeto? O perfil de cada profissional é completamente antagônico? 6. Projeto de Visita Domiciliar do CS Aurélia – Sistematização de atendimento às pessoas restritas ao leito e ao lar – Porque o projeto está emperrado no meio do caminho? 7. Grupo Viva Vida – O grupo Viva Vida não é “rotineiro”. Sempre são levadas dinâmicas diferentes, novos exercícios, troca de experiências, etc., porém, como saber o quê os participantes pensam? Esta pergunta foi feita aos mesmos. Dizem que tudo é maravilhoso, mas como de fato saber se nós “gestores” estamos agradando? Faço esta pergunta pelo fato dos participantes do grupo serem muito tímidos. Outro aspecto negativo é a dificuldade de que nós “gestores” do grupo temos em conseguir vagas nas capacitações oferecidas na Rede, precisamos de cursos de atualização. 12. É possível haver mais ações intersetoriais em conjunto entre comunidade com realidades diferentes? 16. Programa de tratamento de úlceras crônicas na unidade básica de saúde – quais as dificuldades da implantação do projeto e continuidade do tratamento visto que em serviço público dependemos dos materiais comprados por eles? (descontinuidade do tratamento por falta ou mudança do material). 18. Porque mais pessoas da comunidade não participam do projeto?	CONTINUIDADE E AMPLIAÇÃO DOS PROJETOS Quais são os fatores que têm facilitado e/ou têm dificultado a continuidade dos projetos? Explique porque eles ocorrem.

3. De bem com a vida – os gestores deste trabalho não têm a mesma visão na condução do mesmo – o que está errado? Perdeu-se o objetivo? Auto-sustento do grupo, futuro processo de cooperativismo. Falta um gerente para o projeto? O perfil de cada profissional é completamente antagônico? 5. Projeto Vivavida – como dar a atenção devida ao projeto com tantas prioridades que nos chegam no dia-a-dia? 6. Projeto de Visita Domiciliar do CS Aurélia – Sistematização de atendimento às pessoas restritas ao leito e ao lar – Porque o projeto está emperrado no meio do caminho?⁵⁰ 7. Grupo Viva Vida – O grupo Viva Vida não é “rotineiro”. Sempre são levadas dinâmicas diferentes, novos exercícios, troca de experiências, etc., porém, como saber o quê os participantes pensam? Esta pergunta foi feita aos mesmos. Dizem que tudo é maravilhoso, mas como de fato saber se nós “gestores” estamos agradando? Faço esta pergunta pelo fato dos participantes do grupo serem muito tímidos. Outro aspecto negativo é a dificuldade de que nós “gestores” do grupo temos em conseguir vagas nas capacitações oferecidas na Rede, precisamos de cursos de atualização. 16. Programa de tratamento de úlceras crônicas na unidade básica de saúde – quais as dificuldades da implantação do projeto e continuidade do tratamento visto que em serviço público dependemos dos materiais comprados por eles? (descontinuidade do tratamento por falta ou mudança do material). 17. Grupos integrados – Lian Gong e Fuxico – uma semente que germinou – Porque as pessoas perdem o interesse (os profissionais envolvidos) sem pensar no todo?	ARTICULAÇÃO ENTRE AÇÕES EDUCATIVAS EM SAÚDE E GESTÃO DOS SERVIÇOS DE SAÚDE Como a gestão dos serviços interferiu e/ou interfere no desenvolvimento dos projetos?
1. Prótese total para a 3ª Idade: Qual o critério para a inserção do paciente no projeto. Já que foram somente 15 vagas. Apesar de os pacientes não terem condições de custear e suas necessidades serem constatadas, muitos não conseguem usar as próteses. Foi realizado algum trabalho voltado à motivação e real desejo do paciente em se restabelecer? Qualidade de vida para 3ª Idade. Como está sendo realizada a avaliação dos objetivos alcançados? 10. Abordagem não farmacológica da Dor Crônica – como conscientizar o usuário a se tratar de uma dor crônica sem o uso de fármacos?	RELAÇÃO COM OS USUÁRIOS NOS PROJETOS Qual é o papel dos usuários nos projetos?

A sistemática de validação ocorreu da mesma forma que com os gestores, procurando relacionar os conteúdos subsumidos nas 18 perguntas formuladas na reunião anterior à categorização proposta. No início da leitura comparativa das questões, mais precisamente até o final das nove questões correspondentes à primeira categoria, não foram feitas quaisquer propostas de mudanças no roteiro. Por duas vezes a pesquisadora interrompeu sua fala, questionando se havia dúvidas ou novas proposições. Neste momento da validação chegaram novos participantes do grupo.

Diferentemente de como fiz com os gestores, não me senti instada a entrar em detalhes sobre como produzi tais categorias. Mas seria pertinente indicar que, de uma forma um pouco diferenciada também, procurei trabalhar mais com o que veio do grupo, agrupando as perguntas segundo a frequência mais evidente de representação dos

⁵⁰Esta e as demais que estão em caractere itálico foram incluídas no momento da validação do roteiro por sugestão de participantes do grupo.

conteúdos. Era muito expressivo o interesse em debater as ‘Transformações promovidas pelos projetos’, com nove perguntas caracterizadas, seguido dos aspectos relacionados à sua ‘Continuidade e Ampliação’, agrupados em sete questões. Aparecia também com certa representatividade o interesse pela ‘Articulação das ações educativas em saúde com a gestão’, com quatro perguntas. Apesar de seu conteúdo aparecer de forma pouco explícita em duas perguntas, a categoria ‘Papel dos usuários’ foi inserida. Aliás, seria necessário apontar, que o enfoque dado em ambas estava relacionado à adesão dos pacientes à indicação terapêutica proposta pelos profissionais. Desta forma, a categoria por mim introduzida buscava ampliar os conteúdos até o momento indicados, questionando qual seria o papel dos usuários nas ações desenvolvidas.

As primeiras colocações a respeito da categorização vieram de Orégano e constatavam que algumas perguntas tinham muitos e densos conteúdos embutidos e que era pertinente decompô-los, como estava sendo proposto. Indicou esta situação para perguntas como a 1 e a 14, ressaltando que ambas traziam conteúdos bastante subjetivos para a análise. A pesquisadora procurou relacionar as questões contidas em sua fala com a decomposição de conteúdos presentes em sua categorização, procurando o foco da discussão. Aquileia, por sua vez, procurou captar da pergunta sobre a desconfiança na avaliação, a dificuldade de receber uma avaliação negativa, chegando a ponderar que às vezes seria melhor nem realizar a avaliação, pois esta poderia expor a necessidade por mais recursos, que não existiriam. Alguns concordaram e outros discordaram de suas afirmações.

Interferi, buscando o foco da discussão. Mas fui percebendo que o grupo também gostaria de conversar e aprender sobre avaliação. Neste sentido, procurei não sair tanto do foco, mas também atendi sua disposição no momento. Resgatei falas, procurando aprofundar sua compreensão a respeito do aspecto abordado.

Na medida em que foram espaçando e diminuindo as falas, a validação do roteiro foi retomada. Foi importante apoiar a explicitação da compreensão do grupo relativa ao papel dos usuários. Assim, as avaliações sobre este tópico puderam ser balizadas por um marco teórico mais abrangente e ao mesmo tempo específico. Minha hipótese é que esse processo tenha sido educativo para alguns, na medida em que possa ter permitido alguma ressignificação conceitual. Se este aspecto estiver presente, poderia ser, talvez, evidenciado no próximo capítulo, sendo também uma aposta da pesquisa em andamento.

Como não foram levantadas mais considerações, passei a distribuir as sinopses, solicitando aos presentes que respondessem ao roteiro validado. Após alguns momentos, retomei as orientações sobre o que era para fazer com Aneto, a partir de um pedido seu.

Escrevendo-as individualmente ou em subgrupos, as avaliações sobre cada um dos projetos foram ficando prontas. Também foram seguidos os mesmos procedimentos que na reunião dos gestores, com o enfoque sobre a abordagem das superposições e toda a extensão das questões. A discussão foi bastante acalorada, tocando em todos os aspectos do roteiro de forma satisfatória e em alguns casos, aprofundando-os. Ela foi suspensa mesmo sem ter sido esgotada pelo grupo, mas o essencial havia sido apontado.

Passamos às combinações a respeito da próxima reunião com os usuários. Chequei aspectos relacionados ao transporte, bem como ao local da reunião, sendo ressaltada a presença somente dos usuários. A respeito da seleção deles, vários presentes disseram estar tranquilos quanto ao processo. Camomila relatou que foram convidados um coordenador de um dos equipamentos sociais envolvidos no projeto e um usuário propriamente dito. Foi reforçada a propriedade de avaliarem quando era necessária a ampliação do número de usuários. Manjerição colocou suas preocupações de que na próxima reunião estivéssemos atentos à precariedade da leitura, alfabetização e entendimento dos usuários. Tranquilizei-a quanto aos preparativos da abordagem do grupo que contemplavam essa característica dos participantes. Foram esclarecidos aspectos da aplicação do termo de consentimento esclarecido com os usuários, informando que seriam levados exemplares do mesmo para serem entregues e preenchidos na hora (Apêndice 3). Havia sido enviados formulários para que os profissionais pudessem apoiar os usuários no preenchimento, considerando a relação de confiança existente entre ambos. Relatei que uma filha de um usuário havia me ligado para entender o que era aquele documento, reafirmando que isto havia facilitado o contato.

Por último, pedi às pessoas que o material escrito naquela reunião e os seus termos de consentimento esclarecidos fossem entregues.

4.5.5- O grupo com os usuários

A preparação desta reunião foi um pouco diferente das outras. Construímos uma estratégia que supunha permitir uma melhor aproximação conceitual e expressão dos usuários do que estava sendo avaliado, mas também que ficasse atenta à tendência verificada em outros trabalhos com esse tipo de grupo, em que a postura prevalente era a de apenas confirmar ou corroborar a validade ou a excelência da intervenção sob avaliação. Como os usuários dependem do trabalho desenvolvido, tendem a se sentir gratos pela sua existência e temerosos de apontar falhas, suspeitando de consequências indesejáveis para si ou para a intervenção, a partir de seu posicionamento mais crítico. A proposta, então, foi a de trabalhar, valendo-se dos pontos negativos, positivos e as melhorias a serem alcançadas, combinado com a participação de um profissional que realizasse a problematização de questões, além de uma anotadora, conforme apontado anteriormente. Esta escolha trazia um risco: poderia permitir uma aproximação facilitada com o objeto, reforçada pelos efeitos da intervenção problematizadora, mas poderia também redundar numa caracterização simplificadora da realidade analisada, ressaltando um posicionamento de subalternidade deste grupo de interesse perante os outros. Assumi os riscos da opção adotada.

Da reunião com usuários participaram 18 pessoas. Um representante de projetos como: o Hipertensão e Diabetes – melhoria e qualidade de vida (Capivari), o Qualidade de Vida na 3ª Idade (Santa Odila), o Baile da Feliz Idade (Santa Lúcia), o Programa de Visita Domiciliar – sistematização de seguimento às pessoas restritas ao leito e ao lar (Aurélia), o Prótese na 3ª Idade (Costa e Silva), o Abraça sua Praça – uma lição de cidadania (31 Março) e o Grupo de Caminhada (Valença). Dois representantes dos seguintes trabalhos: uma aluna e uma oficineira do Corpo, Espaço e Criação (Paranapanema), uma representante acompanhada por uma agente comunitária do Vivavida (Boa Vista), Qualidade de Vida na Melhor Idade (Costa e Silva) e o Grupo Renascer (Valença). E três representantes (sendo duas usuárias e uma agente comunitária de saúde que também é usuária) do Projeto Terapêutico De bem com a vida (Santa Maria - Joaquim Egídio).

Naquela manhã ensolarada, no horário previsto de início da reunião contávamos com apenas 2 usuários e a anotadora da pesquisa presentes, além de mim. Enquanto os demais participantes não chegavam, começamos uma conversa sobre como andavam os projetos de que faziam parte e o trabalho de pesquisa.

Apresentei-me e expliquei que as pessoas que ainda iam chegar representavam projetos de vários Centros de Saúde voltados para a melhoria da qualidade de vida. Que aquele momento fora criado para avaliar esse tipo de prática educativa em saúde e que já havia realizado estes encontros com os gestores e com os profissionais. Que agora era a vez dos usuários.

Chuva-de-ouro⁵¹ falou muito bem do trabalho realizado, descrevendo-o e revelando várias transformações que teve em sua vida. Boca-de-leão também descreveu suas atividades, ressaltando a importância que dava à participação da médica da unidade no grupo. Neste momento chegaram mais seis pessoas, contando de sua dificuldade de chegar ao local, por ele ser *“muito escondido”*. Apresentei-me novamente, bem como à pesquisa, solicitando autorização para gravar. Alguns demonstraram certo desconforto com a gravação. Justifiquei a necessidade dizendo que ficaria mais fácil para captar as informações que eles traziam. Aquiesceram ao pedido. Ligando o gravador, a pesquisadora disse: *“vai ter uma hora que vocês nem vão mais nem lembrar que está gravando...”*

Continuando as apresentações, Copo-de-leite passou a contar sua história no projeto, de como ele mudou sua vida e do aprendizado alcançado, ao passo que Cravo relatava sua inserção como oficineira e as dificuldades de falta de material. Novos participantes chegaram. Neste momento 16 pessoas estavam participando da reunião, 14 mulheres e 02 homens. Pedi novamente permissão para gravar e sugeri que fossem mais sucintos em suas apresentações.

Descrevendo muito brevemente as atividades de que participavam, frisaram principalmente as mudanças que experimentaram após participarem delas (Musa, Azaléia, Miosótis, Helicônia, Orquídea, Liziantus, Antúrios). Alpina referiu que foi convidado por duas profissionais do projeto e Girassol disse que a colega que a convidou, assegurou que mesmo sendo trabalhadora podia vir, porque também era usuária e conhecia bem o projeto. Houve também quem fizesse falas emocionadas de gratidão, como Liziantus: estava *“desenganada. Ia operar o joelho. Daí comecei a fazer o Lian Gong. Foi maravilhoso em 3 meses sou outra. Faço caminhada e ginástica.”* Achava que tudo isso *“tira a doença com a mão.”* Demonstrou um agradecimento profundo e contou que foi recuperando a *“saúde aos poucos”*. Terminou

⁵¹ Pelos mesmos motivos anteriormente assinalados com os demais sujeitos de pesquisa, os usuários passarão a ser reconhecidos por nomes de flores.

recomendando o trabalho. Gérbera ressaltou os efeitos terapêuticos do trabalho e falou demonstrando emoção na voz e alegria nos olhos: “*Não vejo a hora de chegar 3ª feira.*” E fez uma colocação: “*Não tem agradecimento que pague a alguém que encaminha a gente para um caminho bom. Eu vou na cidade e fico olhando para aprender e tudo sai da cabeça da gente.*”. Crisântemo, além de descrever o projeto, procurou reforçar em tom de brincadeira a dança como componente que o diferenciava dos demais. Dália, sentindo-se meio deslocada no grupo, pois seu projeto era diferente dos demais, apontou “*não faço atividades. Não participo de nada.*” Mas ressaltou que o Centro de Saúde “*tem ótimos médicos. Excelente. Cuida do pai em casa.*”

Seguindo a roda formada, a anotadora e a problematizadora se apresentaram. A segunda reforçou seu papel dizendo que estava ali para “*escarafunchar*”, pois iria fazer o trabalho de questionar a opinião reinante. Crisântemo brincou com a idéia de que algumas pessoas (Liziantus e Miosótis) disseram não gostar de estar aposentadas. Ela, ao contrário, ressaltou que gostava porque assim “*(...) posso ajudar. Minha vida é a população. Vivo para os outros e para mim também. Sou um beija-flor.*” Contou que era conhecida como “*Maria do povo.*” Liziantus reforçou que sentiu muito ser aposentada, mas “*se não fosse o CS eu estava em baixo da terra. Muitas aposentadas amigas minhas não saem da cama e de casa.*”

A partir de uma pergunta de Azaléia, sobre o que era “*aquele papel*” que receberam, a pesquisadora explicou a finalidade do termo de consentimento esclarecido. Disse que era para autorizar a participação de cada um na pesquisa. E que também tinha ali alguns telefones que eles podiam usar, caso se sentissem desrespeitados por alguma situação. Combinou com o grupo que poderiam ser entregues preenchidos e assinados ao final. A postura geral do grupo foi de concordância em participar. Azaléia ressaltou “*tem que saber primeiro para depois assinar.*”

Na sequência, a pesquisadora solicitou ao grupo que contassem como foram escolhidos para estar ali, naquele dia, discutindo os projetos.

Enquanto começavam a contar seus motivos, mais duas pessoas chegaram à reunião, perfazendo um total de 18 usuários participando. Lírio disse que era usuária e que a agente de saúde veio acompanhá-la. Esta usuária relatou que era “*muito nervosa e que a agente de saúde ia falar por ela.*” É interessante verificar que, na composição deste grupo há

duas trabalhadoras participando⁵², sendo que no caso da última, há uma menção explícita de que participaria para falar pela usuária. Apesar de se ter alertado, mais de uma vez, para que cada segmento pudesse se reunir separadamente, a fim de que não houvesse interferências e constrangimentos entre grupos de interesse diferentes, sua ocorrência denotava, talvez, uma tentativa neste sentido. Mesmo que não intencional –e provavelmente negada, caso fosse questionada--, é sabido que a desigualdade sócioeconômica e cultural entre usuários e profissionais públicos aparece num desequilíbrio de poder e de interlocução pendente para o lado dos profissionais e não o contrário. Assim, há que identificar na análise das falas e gestos, se esta presença teria provocado mudanças de rumo no processo grupal ou mesmo nas considerações gerais e debates que se construíram ali.

Boca-de-leão, Chuva-de-ouro, Alpina, Lírio, Antúrios e Gérbera disseram ser as que participavam há mais tempo das atividades e por isto foram convidadas pelos profissionais agenciadores. Copo-de-leite, Cravo, Crisântemo, Liziantus e Musa relataram ser reconhecidas como referência, seja porque ajudavam a mantê-las, buscando recursos, seja porque eram procuradas para resolver os problemas que surgiam, ou porque já deram entrevistas falando da intervenção anteriormente. Azaléia e Helicônia disseram ter sido convidadas pelos profissionais para contar da *“ginástica, das coisas boas que aconteceram”* ou *“para eu vir, porque ganhei dentadura”*. Miosótis disse que era a participante com maior disponibilidade de vir, porque não tinha outros compromissos, enquanto Orquídea contou que veio porque ninguém quis vir e o grupo e as profissionais convidaram. Dália e Girassol disseram não saber por que vieram, mas a primeira relatou ter sido convidada pela agenciadora do projeto, supondo ter sido chamada por que era ansiosa. A segunda disse que apenas veio para acompanhar as usuárias, enquanto que, anteriormente, havia mencionado ter sido convidada pela colega porque conhecia o projeto.

Comparando a preparação dos profissionais pelos gestores com esse relato dos usuários convidados pelos profissionais, parece ter havido um diferencial, uma vez que a maioria dos profissionais, quando vieram pela primeira vez na reunião contaram não saber muito bem porque seu trabalho havia sido selecionado, ao passo que estes usuários evidenciaram estar melhor situados quanto aos motivos para estarem ali, posto que a

⁵²No primeiro grupo com profissionais, Dente-de-leão trouxe a presidente do projeto de que faz parte, que participou das discussões em subgrupo, mas não se posicionou em plenário.

maioria (exceto três pessoas) referiu que tinha algum tipo de representatividade, mesmo aquelas que teriam vindo para contar as coisas positivas.

Solicitei, então, que identificassem aspectos positivos e negativos das ações, insistindo que estes últimos também fossem lembrados. O grupo se dispersou um pouco, surgindo um burburinho. Um a um, começaram a relatar a história de constituição de seus grupos, ressaltando as transformações positivas que vivenciaram após participarem deles, seus feitos junto com colegas e participantes e o bem-estar proveniente deste convívio. A problematizadora solicitou, então, com um jeito coloquial para que também falassem de coisas que precisavam melhorar, do que ainda não estava bom. Eles demonstraram concordar com o que ela pedia. Enquanto as falas se desenvolviam, fui anotando-as num painel, procurando sistematizá-las e resumi-las, quando se repetiam. Alguns começaram também a citar melhorias que poderiam ser feitas para a continuidade dos projetos. Foram realçadas mudanças positivas para o andamento do atendimento nas unidades. Procurando comprovar os resultados do trabalho realizado, Boca-de-leão mostrou seu cartão de consultas, indicando a mudança e o controle sobre sua pressão arterial após sua participação no projeto.

Depois de vários posicionamentos defendendo os projetos de que faziam parte, Cravo fez uma fala destacando, inicialmente, os pontos positivos, mas começando um levantamento dos pontos negativos, que dificultavam a continuidade do trabalho. Eles estavam principalmente relacionados à falta de recursos materiais tais como espaço para funcionamento, verba para compra de materiais manufaturados, infra-estrutura (eletricidade, falta de segurança, dentre outras) em geral para viabilizar as atividades. Descreveram várias estratégias desenvolvidas para conquistar auto-sustentação e melhorias neste campo.

Na medida em que o grupo começou a acentuar os pontos negativos dos projetos, a problematizadora procurou realçar seu lado positivo, contrabalançando o movimento grupal. Neste contexto, Liziantus buscou compor uma idéia geral sobre as dificuldades que os projetos enfrentavam, realçando a falta de espaço físico para realização das atividades que estava presente em todas as falas. Mesmo com as investidas da problematizadora, o grupo continuou investigando os aspectos negativos, acentuando o tom

das críticas, referentes ao pequeno envolvimento de alguns profissionais com as atividades. Algumas pessoas também colocaram exemplos de situações e saídas para melhorar os projetos, como a divulgação na comunidade para evitar boicotes, a necessidade de participação na Conferência do Idoso para lutar por mais verbas para os projetos, dentre outras sugestões.

Intervim, tentando validar o painel de avaliação que vinha compondo com as colocações do grupo, mas os participantes estavam aquecidos para continuar fazendo suas análises. Algumas falas eram interrompidas, sem que fosse possível terminá-las. Muitas brincadeiras com as falas de Crisântemo, que reclamava do excesso de participantes no Baile que organizava. Quando Copo-de-leite e Cravo mencionaram ter que se retirar, insisti na consulta ao grupo sobre a sistematização da discussão. Mas ele ainda queria se posicionar, colocando as necessidades de organização para manutenção das atividades com a mudança da Administração, discutindo quais seriam as melhores estratégias para ter sucesso em seus objetivos. A problematizadora também questionava Chuva-de-ouro e Dália, que se posicionaram pouco durante as discussões para que trouxessem suas contribuições, especialmente sobre os aspectos negativos dos projetos. Neste momento, Copo-de-leite e Cravo se despediram e saíram da reunião.

Voltei a propor a validação do painel e o grupo finalmente aquiesceu. Fui lendo ponto a ponto, modificando itens com as sugestões, que foram poucas.

Agradei a presença e o empenho de todos na valiosa participação que tiveram. Lembrei que haveria outro encontro com eles em breve, que ainda seria comunicado.

Alguns membros do grupo elogiaram o encontro: Boca-de-leão disse ser bom conhecer outros projetos. Gérbera gostou de conhecer outras pessoas. Azaléia contou que estava nervosa no começo, mas que depois foi tranquilo. Musa reforçou que gostaria de encontrar novamente o grupo, para que não esquecêssemos dela.

Mediante a apresentação de tais discussões nos grupos de interesse, considero pertinente recapitular que, apesar de convidadas aquelas 23 práticas educativas em saúde do idoso e adulto (PESIA), tendo em vista os encontros realizados, somente foi possível contar efetivamente com a participação de 18 atividades que envolveram 14 unidades de saúde dos

5 distritos, conforme quadro a seguir (Quadro 4). O critério-chave para considerar que uma intervenção participou de forma efetiva é o fato de se ter pelo menos um sujeito dos grupos de interesse participando da segunda reunião em que os grupos (no caso dos gestores e profissionais) realizaram a avaliação dos trabalhos:

Quadro 4- Nomes dos presentes nas reuniões de avaliação das Práticas Educativas em Saúde do Idoso e Adulto (PESIA) avaliadas, segundo os gestores, profissionais e usuários, centros e distritos de saúde (sem considerar reunião de validação)

	PESIA	Gestores (árvores do cerrado)		Participantes Profissionais (plantas medicinais)		Usuários (flores)	Centros de Saúde
		1º grupo	2º grupo	1º grupo	2º grupo		
N	Grupo de Caminhada	Angico	-	Salsa	Salsa	Musa	Valença
O R	Projeto Crê-Vida Feliz	Buriti	Buriti	Dente de Leão (Mulata do Campo)	Erva-cidreira	-	Valença e região
O	Idosos com Prazer	Jequitibá	Jequitibá	Gerânio	-	-	Campina Grande
E	Grupo Viva a Vida	Barbatimão	Barbatimão	Confrei	Confrei	-	Valença
S T E	Grupo Ginástica "Renascer"	-	-	Cerefólio e Coentro	Cerefólio e Coentro	Alpina e Azaléia	Valença
N	Projeto Vivavida	Angelim*	-	Alecrim	Aneto	Lírio (Alecrim como acompanhante)	Boa Vista
O R	Programa de Visita Domiciliar	Vinhático	Vinhático	Aquileia	Aquileia	Dália	Aurélia
T E	Grupos integrados Lian Gong e Fuxico	Jatobá*, Carnaúba e Jacarandá	Carnaúba e Jacarandá	Arruda	Arruda	-	Rosália
L	Projeto Terapêutico "De bem com a vida"	Araticum	-	-	-	Antúrios, Gérbera e Girassol	Santa Maria
E	Prótese Total para a 3ª Idade	Pau Terra	-	Babosa	Babosa	Helicônia	Costa e Silva
S	Qualidade de vida na melhor idade	Ipê	Ipê	-	-	Liziantus e Orquídea	Costa e Silva
T	Centro de Convivência Itinerante	-	-	Borago, Calêndula e Camomila	Borago, Calêndula e Camomila	-	Costa e Silva e Taquaral
E	Abrace sua praça	-	-	Cavalinha	Cavalinha	Miosótis	31 de Março

S U	Baile da Feliz Idade	-	-	Lavanda	-	Crisântemo	Santa Lúcia
D O E	Intervenção na população acima de 55 anos	Copaíba	Copaíba	-	-	-	Vista Alegre
S T E	Hipertensão e Diabetes – melhoria e qualidade de vida	Sucupira	-	Manjerição	Manjerição	Boca-de-leão	Capivari
S U	Corpo, espaço e criação	Mangaba e Timbaúva	Timbaúva	Orégano e Nastúrcio	Orégano	Copo-de-leite e Cravo	Paranapanema
L	Qualidade de vida na Terceira Idade	Cedro	-	Poejo	Poejo	Chuva-de-ouro	Santa Odila

* Os gestores foram identificados por mim como representantes deste projeto, uma vez que, nesta reunião, os presentes não haviam realizado tal escolha e nenhuma PESIA de sua unidade havia sido selecionada.

Tendo em vista a definição de quais as experiências que efetivamente participaram da pesquisa, apresentadas no Quadro 4, desenvolvo a seguir um condensado de categorias articuladas acerca das práticas educativas em saúde avaliadas, baseado no conceito de modelo teórico indicado por FURTADO (2001). Segundo este autor, o modelo teórico permite esclarecer as concepções acerca da cadeia de objetivos e resultados da intervenção que os grupos de interesse e pesquisador reconhecem como ponto de partida para desenvolverem uma avaliação. No caso desta investigação, por causa das dificuldades de tempo e operacionalização, não foi possível realizar esta sistematização com os grupos. E meu interesse em expô-la aqui é o de que sejam explicitadas algumas informações necessárias à compreensão do processo avaliatório em curso, como ocorre na Figura 1, a seguir:

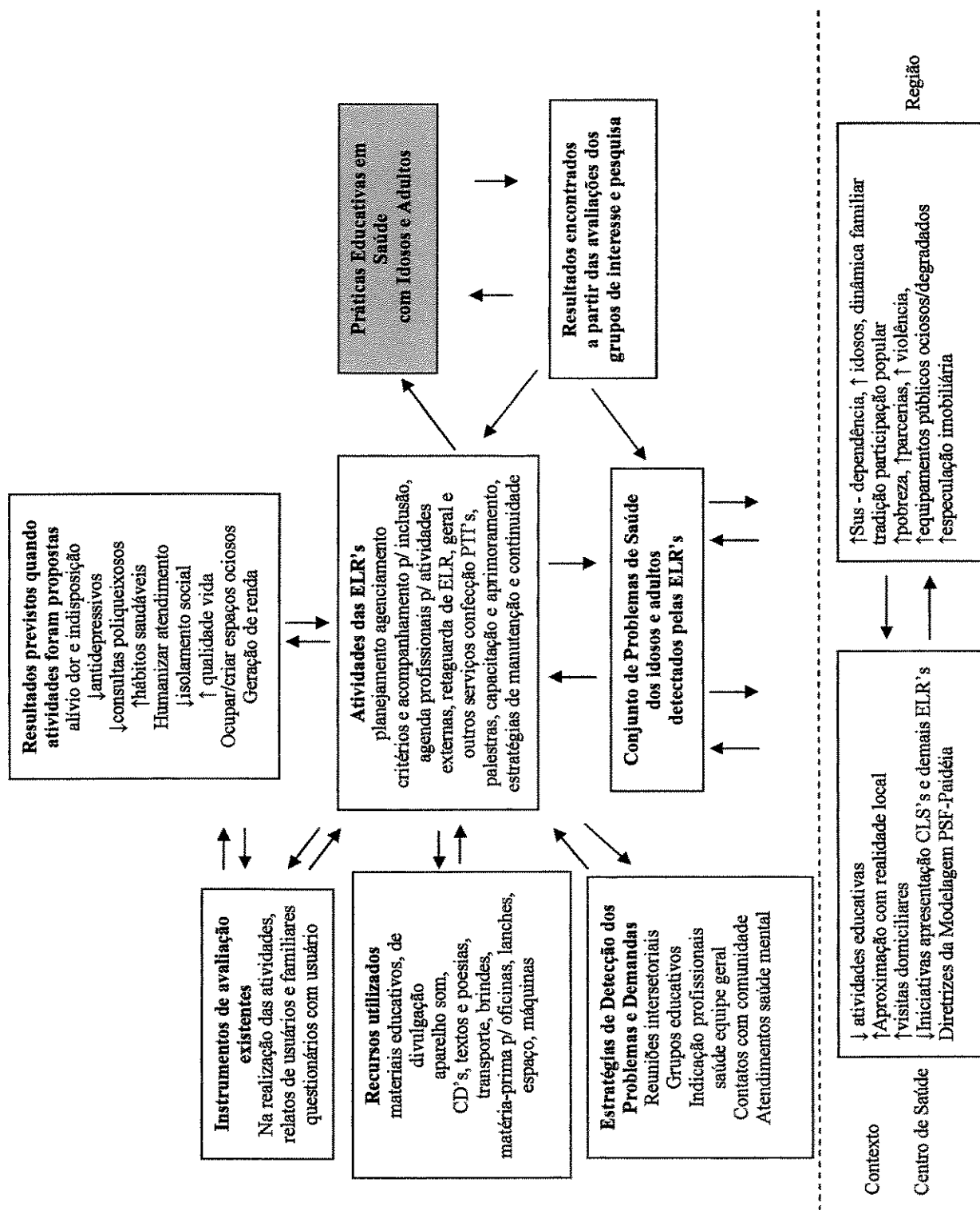


Figura 1 - Condensado de categorias articuladas acerca das práticas educativas em saúde do idoso e adulto (PESIA) analisadas.

4.5.6- O grupo com todos os segmentos para validação e debate

Retomando o desenho da investigação, venho procurando descrever e analisar tal percurso a partir do referencial da avaliação participativa de FURTADO (2001) e aquela denominada participante ou emancipatória adotada por SAUL (2001). Nesta etapa da pesquisa, o trabalho contou com estes referenciais, de forma que subsidiassem a proposta de reunir os grupos de interesse para validar percepções e construções expressas, promovendo também espaços de negociação para construção comum das mudanças nas práticas.

Para FURTADO (2001), o trabalho de avaliação junto aos grupos de interesse supõe etapas de aprofundamento e construção de agendas de negociação dos dissensos, bem como a coleta, produção e apresentação de dados para refinamento destas construções para serem apresentadas ao fórum de negociação de conflitos. Nesta pesquisa foi possível realizar uma única discussão entre os segmentos envolvidos com a avaliação das práticas selecionadas como um ensaio para eventuais outros encontros de aprofundamento. Foi um primeiro exercício de um processo de avaliação participante de práticas educativas em saúde na Rede de Campinas, que teria sensibilizado também esses agentes sobre a continuidade e necessidade de avaliação.

Nesse sentido, neste encontro realizou-se um primeiro momento para validar as discussões anteriormente realizadas e, em seguida, foi possível criar um espaço em que sete, dos 18 projetos avaliados, debateram o andamento dos trabalhos, produzindo propostas de aprimoramento.

Desta reunião participaram 7 usuários, 13 profissionais e 7 gestores. Pelos usuários compareceram representantes do Hipertensão e Diabetes – melhoria e qualidade de vida (Capivari), do Qualidade de Vida na 3ª Idade (Santa Odila), do Baile da Feliz Idade (Santa Lúcia), do Projeto Terapêutico De bem com a vida⁵³ (Santa Maria/Joaquim Egídio), do Qualidade de Vida na Melhor Idade originalmente, mas que participou da discussão sobre o Centro de Convivência Itinerante⁵⁴ (Costa e Silva), do Prótese na 3ª Idade (Costa e Silva) e do Abraça sua Praça – uma lição de cidadania (31 Março).

⁵³Era uma agente comunitária de saúde que também era usuária do Projeto.

⁵⁴Isto ocorreu provavelmente porque, no momento de debate sobre cada projeto, era mais numerosa a composição de participantes do Centro de Convivência Itinerante.

Os profissionais presentes eram do Projeto Corpo, Espaço e Criação (Paranapanema), do Programa de Visita Domiciliar do Aurélia, do Grupo de Ginástica Renascer (Valença), do Prótese Total para 3ª Idade (Costa e Silva), do Centro de Convivência Itinerante (um do Costa e Silva e duas do Taquaral), do Abrace sua Praça (31 Março), do Crê-Vida Feliz (Valença), do Viva a Vida (Valença), do Hipertensão e Diabetes – melhoria e qualidade de vida⁵⁵ (Capivari), do Qualidade de Vida na 3ª Idade (Santa Odila) e do Projeto Terapêutico De bem com a vida (Santa Maria/Joaquim Egidio).

Pelos gestores compareceram representantes do Qualidade de Vida na 3ª Idade (Santa Odila), do projeto Baile da Feliz Idade⁵⁶ (Santa Lúcia), do Centro de Convivência Itinerante⁵⁷, do Abrace sua Praça – uma lição de cidadania (31 Março), do Corpo, Espaço e Criação (Paranapanema), do Grupos Integrados de Lian Gong e Fuxico (Rosália), do Hipertensão e Diabetes – melhoria e qualidade de vida (Capivari) e uma substituta da representante do CETS.

Duplas de moderadores e observadores/anotadores foram constituídas para acompanhar e coordenar as reuniões com cada um dos segmentos envolvidos, sendo que participei como moderadora no grupo dos profissionais. Os demais moderadores e anotadores eram profissionais com vivência em coordenação ou facilitação de trabalhos grupais, ou mesmo na coordenação de grupos focais para pesquisa. Contei ainda com uma pessoa fazendo o apoio logístico, além da participação de uma pós-graduanda envolvida com avaliação de projetos, que veio aprender com nossa experiência. Assim, eram 35 pessoas participando naquela manhã calorenta e ensolarada de dezembro.

A reunião teve início com quase uma hora de atraso. Foi iniciada com informações sobre a gravação e o pedido de que, por isso, falassem pausadamente. Com agradecimentos aos presentes e congratulações por participarem de um momento que coroava todo o processo de avaliação, desde o segundo semestre do ano anterior,

⁵⁵Uma substituta da profissional que participou nas duas reuniões anteriores.

⁵⁶Nas outras reuniões, esta representante analisou o projeto Intervenção na população acima de 55 anos do Vista Alegre, mas nesta, como havia uma usuária do Baile Feliz Idade e nenhum outro parceiro da experiência que analisou, acabou por se envolver na discussão desta experiência de seu distrito.

⁵⁷Além das coordenadoras do Costa e Silva e do 31 de Março que participaram pela primeira vez do grupo, as coordenadoras do Santa Odila e do Capivari retomaram sua participação, demonstrando interesse nos encaminhamentos ou resultados da pesquisa.

foi introduzido o primeiro momento de apresentação dos participantes. Solicitei-lhes que falassem seus nomes, de onde eram, que projeto representavam e, no caso dos auxiliares de pesquisa, que colocassem o que fariam durante a reunião.

Apresentei, então, o roteiro de trabalho da manhã, com destaque para os subgrupos formados por segmento específico para validação das reuniões anteriores. Realcei a importância da participação da dupla de acompanhantes da pesquisa em cada grupo, especialmente do anotador, pois *“a experiência me mostrou que o fato de não ter o anotador durante as reuniões, depois dá bastante dificuldade na hora de perceber o que foi falado.”* A preocupação com a fidedignidade e validação dos dados estava também relacionada a este aspecto. Depois os grupos retornariam para o saguão central a fim de se redividirem por outro critério, isto é, cada representante de um projeto procuraria os dois outros segmentos presentes para que se reunissem e pudessem discutir suas avaliações e proposições. Fariam um intervalo para um lanche e em seguida os subgrupos dos projetos apresentariam suas considerações aos demais para um debate. Daí então, faríamos uma avaliação deste processo de avaliação, encerrando a reunião.

Enquanto apresentava o roteiro, aproveitei para alertar a todos que a pessoa responsável pela infra-estrutura estava fazendo fotos que serviriam para *“a gente guardar de memória”* ou que poderiam ser enviadas aos que se interessassem. Mas alertei que *“as fotos que vão constar na pesquisa (Apêndice 5) (...) não vão mostrar o rosto das pessoas, porque (...) tem que preservar a identidade.”* Este aspecto teve algum impacto no grupo, pois em algumas situações era citado em tom jocoso, para brincar com o processo de pesquisa, talvez criticando certo exagero ou artificialismo na manutenção da confidencialidade dos sujeitos de pesquisa.

Passei, então, à divisão dos subgrupos pelos espaços existentes.

4.5.6.1- O subgrupo com os usuários

Este grupo ficou na sala grande onde ocorria a plenária. A moderadora começou o trabalho conferindo se se lembravam dela da outra reunião⁵⁸, apresentando a nova anotadora, constatando que no grupo anterior havia umas oito ou sete pessoas a mais e recapitulando o que havia sido feito até o momento.

⁵⁸Na reunião anterior ela havia feito o papel de anotadora e por isto mesmo foi convidada para participar desta como coordenadora ou moderadora.

Recordou que havia sido construída a síntese do que apontaram num painel, adicionadas de anotações da pesquisadora e das gravações para composição de um relatório que estava sendo submetido a eles novamente em transparências⁵⁹. Esclareceu que no painel havia pontos específicos de cada experiência e gerais, quando envolviam mais de uma.

Lembrou também que os pontos do painel estavam agregados como ‘positivos’, ‘negativos’ e ‘o que precisa melhorar’, como discutiram na reunião anterior e agora estavam sendo apresentados de outra forma. Identificou que o que estava como pontos positivos no encontro anterior apareciam como ‘transformações’, que os aspectos negativos foram agrupados nos fatores que dificultavam a continuidade dos projetos e o que precisava melhorar foi traduzido em aspectos que facilitavam a continuidade.

Esta mudança veio pela necessidade de análise das informações coletadas, de forma a aproximar os conteúdos das categorias, por necessidade do tipo de abordagem realizada com os diferentes segmentos, vale dizer, uma maneira com os gestores e profissionais e outra com usuários.

Passou, então, a apresentar os pontos positivos, procurando esclarecer sua formulação a cada apresentação. Os usuários buscavam reconhecê-los, tirando dúvidas, colocando novas informações, contextualizando as afirmações da transparência, na maioria das vezes concordando com elas. Aproveitavam também para reforçar as opiniões que tinham, as contribuições das práticas para mudanças em sua vida. A moderadora resgatava de sua memória e dos demais como cada apontamento havia sido produzido, lembrando-se muitas vezes quem havia colocado cada questão. Quando percebia que havia uma informação nova que não constava da transparência, refazia o texto anotando junto a cada ponto e confirmando com o grupo se se adequavam às sugestões de mudança. Estas modificações eram não só porque o grupo corrigia a informação, mas também porque haviam ocorrido mudanças na realidade deles, seja porque conquistaram melhorias desejadas, seja porque, naquele momento, a afirmação não procedia mais no contexto do projeto.

⁵⁹Dentro das preocupações adotadas quanto à aproximação com o referencial conceitual de vida dos usuários, preferi apresentar ponto a ponto aos usuários suas considerações, utilizando as transparências como veículo de visualização, enquanto que com profissionais e gestores suas considerações constavam de planilhas que foram lidas individualmente e validadas.

Em algumas considerações, havia menção explícita de que tinha sido indicada por um projeto específico e, neste caso, o representante não estava presente. Quando isto ocorria, eles lembravam da afirmação e o ponto era validado. Esta situação ocorreu com algumas afirmações ligadas ao projeto do Boa Vista tais como: *‘Está tendo melhorias no espaço do Boa Vista’* e *‘Boa Vista tem vários espaços que articula com Secretaria de Cultura, Esportes e Turismo’*.

Mas ocorreu também não se lembrarem de quem havia proposto alguma consideração, ou mesmo não se recordarem em que condições havia ocorrido. Isto ocorreu com a afirmação *‘Aluguel de casa pelo Cândido Ferreira pode não continuar’*. Pesquisando no relatório da reunião anterior, foi verificado que esta fala foi feita por uma das representantes do projeto Corpo, Espaço e Criação do Paranapanema, contando das dificuldades de conseguir um espaço para instalar suas oficinas e que aquele serviço de saúde parceiro estava alugando a casa, mas preferiam que fosse um espaço próprio da Prefeitura, por medo de que a relação daquela instituição com a Administração pudesse ser interrompida de alguma forma e trouxesse algum revés para o projeto.

Em outras duas situações não se recordaram de quem havia mencionado ou em que situação tinha surgido os apontamentos: *‘A coordenação do Centro de Saúde luta pouco para se ter mais espaço’* e *‘A Administração que não cria espaços para as crianças de rua’*. Ambas as citações foram levantadas na transcrição de falas para produção dos relatórios⁶⁰. Portanto, não constavam do painel no momento da primeira reunião. Mas estavam marcados de forma diferenciada na transparência para que a moderadora destacasse para os participantes, sendo, portanto, mais necessária ainda sua validação. No caso da primeira afirmação, aparecia na reunião anterior da seguinte maneira, citada por Liziantus:

*“Eu acho (...) que a coordenadora do Centro de Saúde devia lutar
mais um pouco para poder conseguir o espaço de todo mundo (...).”*

A passagem em que os participantes referiram não se recordar da fala é a seguinte:

⁶⁰Este procedimento foi seguido para que não fossem deixadas para trás afirmações que não foram coletadas no calor dos acontecimentos, seguindo uma mesma conduta durante toda coleta de dados da pesquisa.

Moderadora: “Aí tem mais dois pontos. (...) ‘A coordenação do Centro de Saúde luta *pouco* para se ter mais espaço.’ (...) Vocês lembram disso?” Liziantus: “Não sei quem foi.” (...) Moderadora: “(...) Mas a fala aqui era assim: a coordenação *do* Centro de Saúde não tá batalhando para ter espaço.(...) Não era uma coisa de vocês?” Liziantus: “Não.” (...) Moderadora: “O grupo não reconheceu ter levantado esse problema.”

Existem pelo menos duas possibilidades para explicar a situação relatada: a participante não se lembrou mesmo de ter colocado tal afirmação ou, como era uma questão delicada de expor, especialmente porque nesta reunião a coordenadora estava presente, preferiu negar que a tenha feito.

A pesquisa foi proposta para que este tipo de conflito de opiniões ficasse evidente, de forma que sua explicitação, abordagem e debate pudessem contribuir no aprimoramento dos trabalhos, mesmo que não sejam aprofundados com todos como gostaríamos. Caberia também verificar no decorrer do processo de análise se tais situações podem ser confirmadas ou não, na medida em que conteúdos não ditos puderem ser evidenciados.

No caso da segunda afirmação a respeito das crianças de rua, a citação foi feita na reunião anterior também por Liziantus:

“Existe um lado *também*, (...) a Administração poderia (...) recolher as crianças de rua, (...). Crianças que estão fora da escola, em vez de ficar brincando na rua, quer dizer, aprender o que não serve. (...)”

Na reunião de validação, o grupo trouxe o seguinte, tentando se lembrar da fala:

Moderadora: “E o último seria ‘A Administração que não cria espaços para as crianças de rua.’ Vocês lembram dessa fala?” Boca-de-leão: “Eu não lembro.” Pausa. Liziantus: “Seria aquele projeto, como é que chama.... (...) Miosótis: “Tem o Núcleo do Costa e Silva.” Moderadora: “Esse aqui vocês não lembram, dessa fala.” Liziantus: “Eu lembro de pouquinho, mas não sei onde que era.”

Neste caso, como a questão não envolvia aspectos conflituosos na relação entre os presentes, provavelmente houve o esquecimento da participante sobre sua fala na reunião anterior.

Ao contrário das citações não reconhecidas pelo grupo, outra que foi feita por alguém que não estava presente, mas foi lembrada em riqueza de detalhes por outra participante, era a seguinte: 'Falta de local de trabalho com mais estrutura , especialmente espaço físico para uso de oficina (energia elétrica, por exemplo)'. O trecho em que isto aconteceu foi transcrito da seguinte forma:

Moderadora: *"(...) falta de local adequado com mais estrutura... (...)."*

Miosótis: *"Era de um outro projeto. (...) Tinha as máquinas, mas não tinha local para colocar as máquinas."* Moderadora: *"É mesmo. Não tinha energia elétrica. (...) Que memória, hein, Miosótis?"*

Este tipo de situação vem demonstrar que a validação também ocorre da forma mais adequada na medida em que a situação discutida é relevante para os participantes. As lembranças certamente estão relacionadas ao interesse e à importância conferida àquele ponto. Sua implicação com ele. A questão do espaço e a falta de infra-estrutura foi um aspecto que o grupo valorizou bastante em todas suas citações.

Durante a discussão das sugestões para melhoria dos projetos, além de lê-las e confirmá-las ou mudar sua formulação, fizeram sugestões uns aos outros, propondo mudanças que poderiam promover, envolvendo-se enquanto população mobilizada junto ao poder público, ou mesmo mediante sugestões sobre como melhorar relacionamentos com outros membros da comunidade local. Havia ali sinais de que ocorria construção coletiva de conhecimento e participação. Como explicitação disso propuseram que se organizassem para discutir com a nova gestão que tomaria posse em breve a continuidade e aprimoramento dos projetos.

Após a validação concluída, a moderadora encaminhou os presentes para o intervalo onde seria servido um lanche. Simultaneamente ao grupo dos usuários, os gestores e profissionais também se reuniam. A seguir os relatos do que ocorria nessas reuniões.

4.5.6.2- O subgrupo com os gestores

A discussão do grupo iniciou-se com o pedido da coordenadora, para se aproximarem e se concentrarem na discussão. Naquele dia, estes participantes estavam bem ansiosos e expectantes em relação ao anúncio do nome do novo secretário de saúde, que seria feito a qualquer momento.

Principiando os trabalhos, a moderadora recordou seu papel e o da anotadora, distribuindo as planilhas individualizadas com as falas de cada um durante as reuniões anteriores para que lessem e fizessem suas correções por escrito. Esclareceu que aqueles que não tinham depoimentos para serem validados, que era a maioria do grupo⁶¹, participariam da discussão subsequente às ponderações dos que estavam validando suas falas, seguindo as questões do roteiro. Todos receberam um exemplar de planilha para irem seguindo a discussão em função do roteiro de categorias que elas continham. Após ler o roteiro de perguntas (Quadro 2) que deu origem ao instrumento individualizado de validação mediante as categorias correspondentes (Apêndice 6.), procurou esclarecer a codificação utilizada (os sinais gráficos, a disposição de questões trazidas pelos participantes antes da validação do roteiro, bem como as respostas dadas, dentre outros aspectos levantados).

O grupo leu as planilhas por alguns minutos e os três participantes fizeram suas correções e anotações. A sala em que estavam era pequena e, se fechada a porta, não tinha ventilação. O grupo dos usuários estava no salão próximo, fazendo algum barulho. Foram abrindo e fechando a porta intercaladamente durante a reunião, para permitir alguma ventilação e também não deixar o barulho atrapalhar o andamento das discussões.

Seguindo o roteiro, a moderadora procurou aquecer o grupo, colocando um exemplo de resposta de alguém que não estava presente à primeira questão. Inicialmente, os participantes que validavam as respostas começaram se posicionar, procurando confirmar o que tinham escrito. À medida que os assuntos iam sendo trazidos, os demais participantes também opinavam, refletiam, traziam contribuições novas ao processo.

⁶¹Os presentes naquela reunião que tinham depoimentos para serem validados eram Jacarandá, Copaíba e Timbaúva.

O grupo afastou-se facilmente da validação. Tinham muitas colocações e novidades para contar e refletir. As questões que eram tratadas naquele momento, a primeira e a segunda do roteiro (Quadro 2), tinham conteúdos também bastante parecidos, fazendo com que o debate fluísse, produzindo novas reflexões. A coordenadora procurava organizar as falas, dando a vez a quem demonstrava interesse em se posicionar, garantindo que não falassem mais que uma pessoa ao mesmo tempo. Procurava também dar a vez a quem não havia opinado.

Até aquele momento, praticamente, todos os assuntos do roteiro tinham sido tratados de forma exploratória com uma questão se enlaçando na outra. De uma forma geral, os participantes demonstravam bastante envolvimento com o que debatiam e uns com os outros. Um ia reforçando a opinião do outro, ou discordando do que o outro dizia. A coordenadora interveio procurando encaminhar o grupo para uma primeira síntese das discussões. Mas teve dificuldade para que o grupo viesse nesse caminho. Propôs algumas vezes essa sistematização, mas na sequência o grupo continuava a opinar, analisando e defendendo seus pontos de vista sobre aspectos do roteiro de avaliação. A tendência geral não era aprofundar na análise de um projeto específico, mas tratar da avaliação de uma forma geral.

Finalmente o grupo ouviu com atenção sua sistematização, que foi sendo apresentada de forma a encadear um conteúdo com outro, marcando as contribuições mais importantes, citando, inclusive, seus nomes quando determinadas considerações eram feitas. Sendo objeto de análise posterior desta pesquisa, assinalo desde já que tais indicações trouxeram elementos captados, preliminarmente, como achados mais evidentes da investigação.

Após a síntese, entendendo que somente a primeira questão havia sido abordada de forma satisfatória, a coordenadora colocou a segunda pergunta em discussão, mas o grupo demoveu-a da idéia, argumentando que já haviam discutido vários tópicos do roteiro. Alguns participantes retomaram aspectos da conversa que consideravam como necessários aprofundar e que já tinham sido abordados anteriormente. Posteriormente, a coordenadora arrematou duas questões que se relacionavam aos instrumentos de avaliação utilizados, que julgava já terem sido respondidas e solicitou também que abordassem o tópico relativo

aos resultados esperados. Alguns validavam suas respostas e outros, ao fazerem isso, colocavam novas informações sobre os trabalhos.

A partir da informação do intervalo para o lanche, a coordenadora posicionou-se de forma mais enfática na busca da validação das impressões, expressando a necessidade de ir fechando os trabalhos daquele momento. Restavam apenas três perguntas colocadas em discussão no grupo: uma que dizia respeito à inclusão social, outra sobre as trocas com os usuários e aquela sobre as transformações com e nos projetos. Em relação às trocas, a forma como a coordenadora apresentou a questão deu a entender que eram aquelas entre os próprios usuários e não aquilo que o roteiro indicava, que era a relação dos profissionais com os usuários: “*Como é que você percebe, bem, essa questão dos usuários, as trocas entre eles. As outras solidariedades... As outras coisas que são disparadas...*” Inicialmente a conversa descreveu situações relacionadas ao enfoque dado pela coordenadora, mas a partir da colocação de Caviúna do Cerrado a proposta se voltou para o que a pesquisa propunha:

*“À medida que a gente propicia que o trabalhador crie um espaço de troca **pra ele** (...) ele pode **reproduzir** essa prática com o usuário. Eu acho que o que ampliou muito foi isso: ele **aprende** a olhar para o usuário (...). A identificar a troca com o usuário. (...) Então na hora que ele faz o treino da alteridade com outro trabalhador, ele faz com o usuário. É outro elemento.”* (grifos da autora)

Dáí em diante a opinião que foi trazida para o grupo concordava com o olhar proposto pela pesquisa. A coordenadora buscou, então, o último tema, provocando o grupo para que se colocasse frente à questão das transformações. Pelo adiantado da hora, a discussão deste ponto ficou prejudicada naquele momento.

4.5.6.3- O subgrupo com os profissionais

Quando cheguei⁶² para coordenar este grupo, ele já estava reunido, conversando sobre os projetos em avaliação. Aquileia estava com a palavra, comentando sobre as dificuldades mais recentes de seu trabalho no transporte de usuários.

⁶²Foi indicado anteriormente que eu acumulava esta atribuição nesse grupo. Em alguns momentos ficaram mais evidentes minhas dificuldades em combinar ambas as tarefas.

Seguindo a mesma lógica da reunião com os gestores, comecei distribuindo o material indicado aos profissionais (Apêndice 7), explicando a tarefa e as características que esta planilha continha (individualização, sinais gráficos, disposição dos conteúdos, etc.). Para explicar a disposição dos itens na planilha, retomei as etapas anteriores da pesquisa e solicitei que as anotações fossem entregues ao final da reunião do subgrupo. Expliquei para alguns novos integrantes⁶³, que poderiam contribuir com a discussão do grupo, na medida em que a validação fosse ocorrendo, colocando suas opiniões e informações sobre os trabalhos.

Um trio de representantes do Centro de Convivência Itinerante reuniu-se para a validação e o restante fez sua tarefa individualmente. Sálvia trabalhou sobre a planilha de Manjerição, enquanto Azedinha, leu as de suas colegas do Boa Vista que estavam ausentes. Fiz algumas orientações individualmente. Durante a leitura alguns participantes fizeram várias brincadeiras em torno do “disfarce” nas fotos realizadas. Estas brincadeiras pareceram relevantes e reveladoras de certa persecutoriedade dos participantes, aventada anteriormente.

Em seguida, os participantes foram convidados a indicar suas correções. O trio Borago, Calêndula e Camomila indicaram suas correções ao texto, bem como Poejo, Aquileia e Orégano. Houve esclarecimentos que buscaram sanar mal-entendidos ocorridos nas reuniões anteriores. Na sequência, também validaram suas considerações Babosa, Sálvia, Cavalinha, Confrei e Erva-Cidreira. Enquanto faziam estes questionamentos, iniciou-se uma polêmica, a partir de um depoimento pungente feito por Poejo. Quebrando o ritmo do grupo e procurando que voltasse para o foco da validação, questionei uma participante que não tinha ainda apresentado suas correções. Ela confirmou não ter modificações ao texto.

Num determinado momento em que me ausentei do subgrupo para atender uma demanda de outro, o anotador interveio na discussão, procurando que especificassem melhor seus entendimentos a respeito da polêmica levantada por Poejo. Essa problematização envolveu muito o grupo, que processou a situação e buscou saídas em conjunto, procurando subsidiar a companheira no equacionamento da questão.

⁶³Diferente dos gestores, somente dois eram os novos membros do grupo dos profissionais: Sálvia e Azedinha.

Propuseram mudanças nos encaminhamentos dos trabalhos de membros do grupo. Realizaram discussões que se voltavam ao tema de mudança da gestão e os temores, inquietações, dilemas, ansiedades, interferindo nas práticas desenvolvidas. Foi um momento emocionante e cheio de contraditos, com posicionamentos fortes, onde constatarem diferentes realidades entre os serviços. Num determinado momento, percebi que solicitaram, inclusive, que a coordenadora se posicionasse. Isto ocorreu quando Azedinha estava fazendo suas conjecturas para explicar o que poderia estar acontecendo com Poejo e Orégano pede minha cumplicidade na análise:

*“E acontece muito de que não são **todos** os agentes que são envolvidos com grupos. (...) aquele que é envolvido (...) quando chegam as demandas (...) às vezes até os **próprios** colegas de trabalho, querem (...) Que ela fique (...) nivelada a eles, passando por aquilo e deixando o grupo dela...” Orégano: “Tá vendo, Navara?”*
(grifos da autora)

Outras explicações e algumas indicações de saídas foram apontadas. Por fim, intervim solicitando que, pelo adiantado da hora, suspendessem a discussão para continuá-la a partir da constituição dos subgrupos por projetos que se seguiria, ressaltando que a questão em debate seria melhor discutida se fossem envolvidos os outros dois segmentos presentes, reforçando que esta interface seria fundamental para o encaminhamento deste tipo de situação.

A reunião terminou com Orégano mostrando para os presentes o pôster do novo espaço de convívio inaugurado recentemente, fruto dos desdobramentos do projeto de que faz parte.

4.5.6.4- Plenária com todos após o lanche

Na sequência do lanche, com uma intervenção enfática de Pequi, após minhas tentativas para retomar os trabalhos com o grupo, fez-se rapidamente silêncio para que se comesçassem as atividades. Várias pessoas haviam se retirado durante o intervalo.

Apresentei a proposta de trabalho para o momento, solicitando que se redistribuíssem em subgrupos por projetos. Constataram que alguns participantes ficariam sem parceiros para a discussão e estes aguardaram o término das discussões. Formaram-se

7 subgrupos, que conversaram sobre os pontos positivos, negativos e as melhorias para a continuidade das intervenções, debatendo por cerca de uma hora. Não se perceberam polêmicas durante tais discussões. Provavelmente, foram trazidos para a discussão somente os consensos anteriormente apontados. Este anticlímax de não explicitação dos conflitos que contrariava os objetivos e a metodologia proposta pelo trabalho avaliativo em curso podia estar evidenciando os limites do tempo de aprofundamento reflexivo operados, mas também da pequena convivência entre os participantes do processo, advindos da pequena experiência de grupalidade, especialmente aquela que propicia o debate de opiniões dissonantes ou divergentes. Somente a extensão da experiência a outros encontros, que nos permitisse explicitar claramente quais eram os pontos de aproximação e distanciamento para aprofundamento das discussões entre os grupos de interesse é que poderia nos indicar outros caminhos de elucidação e apropriação. Mas naquele momento não nos era possível continuar tal busca, devido aos tempos predeterminados de pesquisa.

As considerações foram elencadas em painéis apresentados por um relator de cada subgrupo. Durante as apresentações, geralmente o relator lia o cartaz, sendo que alguns deles contaram um pouco da história do projeto (Babosa, Borago, Cedro e Azedinha). Durante a apresentação de Borago, Pequi fez algumas considerações completando seu relato. Ao final da apresentação, havia 14 pessoas no grupo. O tempo já havia estourado, mas o grupo permanecia atento às questões levantadas pelos expositores. Agradei, novamente, a participação de todos e solicitei que fizessem alguma complementação necessária. Ninguém quis se colocar, dizendo que o que era importante já havia sido mencionado.

Desculpei-me por ainda fazer uma solicitação ao grupo, apesar do adiantado da hora, perguntei sobre a participação na avaliação dos projetos. De forma geral, apontaram o incremento de práticas avaliativas nas unidades relacionado ao processo de pesquisa.

Com estes relatos, o grupo terminou suas atividades, com as pessoas se despedindo, desejando Feliz Natal, solicitando cópias das fotos. Agradei o empenho de todos em permanecerem todo o tempo e o envolvimento com o processo. Várias pessoas se despediram, algumas foram para o centro da sala e se abraçaram.

No sentido de facilitar a compreensão do desenvolvimento da pesquisa, bem como identificar as propostas que se pretendeu atingir, do ponto de vista da construção de categorizações desenvolvidas até agora, retomo no quadro a seguir (Quadro 5) os momentos do desenho metodológico, os objetivos delineados, as atividades desenvolvidas e as categorias avaliativas produzidas, segundo os grupos de interesse, as diretrizes indicadas pela modelagem e o referencial teórico-metodológico adotado:

Quadro 5- Desenho metodológico de avaliação e categorização produzida até o momento, a partir dos grupos de interesse, modelagem analisada e referenciais teórico-metodológicos

Momentos	Objetivos	Atividades desenvolvidas	Categorias criadas segundo	
		para categorização	Grupos de interesse	Modelagem
Definições a partir das aproximações conceituais com a modelagem de contexto das práticas educativas em saúde avaliadas	Caracterizar os referenciais conceituais e metodológicos da pesquisa e recorte teórico-metodológico do objeto investigado.	Pesquisa e análise de marcos teóricos da pesquisa. Reconhecimento dos pressupostos conceituais da modelagem de contexto das práticas educativas em saúde avaliadas e correlacioná-los com o campo de saber e práticas da Educação em Saúde com vistas a identificar categorias para investigação.	-	Clinica Ampliada e o processo de produção de saúde; Papel do agente comunitário de saúde; Participação popular e comunitária e gestão colegiada; Capacitação voltada para a mudança.
Identificação do grupo de interesse dos gestores	Tendo em vista as implicações da pesquisadora, identificar o interesse deste grupo em avaliar as práticas educativas em saúde, legitimar a investigação proposta e construir/pactuar desenho da pesquisa.	-	-	-
Identificação dos grupos de interesse dos profissionais e usuários	Identificar quais experiências e atores sociais participariam da avaliação, segundo critérios de seleção construídos com os gestores.	-	-	-
Apresentação e pactuação em reuniões distritais	Apresentar, debater e consensuar com gestores em nível distrital e coordenadores locais as práticas educativas em saúde a serem avaliadas. Convidar os coordenadores para participar da avaliação e solicitar seu apoio na logística e na sensibilização dos profissionais e usuários envolvidos.	-	-	-

Reuniões com grupos de interesse: gestores	Identificar concepções sobre práticas educativas em saúde analisadas, perguntas de avaliação e realizar avaliação das práticas.	Levantamento e sistematização de roteiro de perguntas avaliativas.	Formatação; avaliações existentes; resultados alcançados; transformações nas práticas, nos sujeitos e no perfil epidemiológico; fatores de continuidade e descontinuidade; autonomia; legitimidade interna à unidade; inclusão social; construção compartilhada de conhecimentos.	-
Reuniões com grupos de interesse: profissionais	Identificar concepções sobre práticas educativas em saúde analisadas, perguntas de avaliação e realizar avaliação das práticas.	Levantamento e sistematização de roteiro de perguntas avaliativas.	Avaliações existentes; resultados alcançados; transformações individuais, familiares e sociocomunitárias; instrumentos para ampliar confiança nas avaliações; fatores de continuidade e descontinuidade; gestão interferindo nas práticas; papel dos usuários.	-
Reuniões com grupos de interesse: usuários	Identificar pontos positivos, negativos e necessidades de melhoria dos projetos.	Categorias apresentadas. Correspondência com categorias identificadas por outros grupos de interesse.	Pontos positivos: transformações encontradas; pontos negativos: fatores de descontinuidade; sugestões de melhoria: fatores de continuidade.	-
Reunião de validação e debate	Validar, debater avaliações e propor maneiras de aprimoramento das PESIA com os grupos de interesse.	-	-	-

4.6- Questões para análise, considerando as representações sociais dos grupos de interesse sistematizadas em categorias de avaliação construídas pela pesquisa

Quando produzi algumas reflexões acerca do marco teórico orientador da investigação, reconheci uma movimentação interna que buscava três ordens de validação: uma que trazia a perspectiva do gestor dos serviços, ocupado com a mudança que as práticas avaliadas potencialmente promoviam, outra focada no olhar epistemológico pautado nas maneiras de construção da avaliação para promover conhecimento e ainda outra que carregava o ponto de vista político e afetivo de quem constrói alternativas de

conhecimento imbricadas com a própria prática de construção de uma política pública como o SUS. Durante a análise que será desenvolvida no próximo capítulo, tais balizamentos estarão perpassados por categorias que foram identificadas (Quadro 5) ou serão apontadas outras em função da interpretação dos gestos e falas produzidas pelos sujeitos.

Assim, pois, considerando essas três ordens de validação apresentadas, a sistematização que venho construindo suscita algumas questões que mereceriam ser arroladas para que os próximos passos da pesquisa sejam realizados de forma a alcançar ou se aproximar o máximo possível dos objetivos por ela colocados:

- Validação de repercussões nas práticas
 - O que os agentes envolvidos entenderam por práticas de Educação em Saúde?
 - Como os projetos selecionados constituíam-se prioritariamente em grupos educativos, seria possível reconhecer se coexistem concepções da Educação em Saúde como prática cotidiana?
 - Houve ampliação da clínica e/ou de concepções acerca da saúde/doença como processo ampliado de produção de qualidade de vida, autonomia e inclusão social?
 - Os agentes comunitários de saúde promoveram o agenciamento deste olhar para dentro da equipe e para fora do serviço?
 - A participação comunitária e popular e a co-gestão ou gestão colegiada foram potencializadas?
 - A capacitação voltada para mudança de práticas constituiu-se como espaço de reflexão construtivista, formulação e produção de conhecimento e de práticas interdisciplinares e antiopressivas preconizadas pela modelagem?
 - Como a dinâmica gerencial cotidiana das equipes gerais influenciou a realização e a continuidade dos projetos?

- Validação de uma maneira de avaliar
 - Quais seriam as questões de interesse em avaliar?
 - Haveria focos diferenciados de avaliação, dependendo do olhar interessado de cada grupo de envolvidos?
 - Quais são suas representações sobre tais práticas?
 - Foram percebidas mudanças?
 - É possível obter indicadores quantitativos de resultado confiáveis que corroborem ou contra-restem as representações sociais indicadas pelos participantes?
 - Como a dinâmica gerencial cotidiana influenciou o processo de pesquisa?
 - Considerando que alguns depoimentos de participantes apontaram que houve aprimoramento de alguns projetos influenciado pela pesquisa, a fraca explicitação de conflitos entre os segmentos envolvidos influenciou nos resultados da avaliação?
 - A abordagem diferenciada dos usuários prejudicou a captação de seus pontos de vista durante o processo?
 - Como a pesquisa contribuiu com o aprimoramento dos projetos avaliados?
 - A pesquisa contribuiu com a qualificação dos processos de avaliação do trabalho das equipes?

- Validação do olhar militante na avaliação das próprias práticas
 - É possível realizar tal maneira de avaliar, tendo em vista as implicações da pesquisadora, atravessadas pelos interesses enquanto gestora e educadora em saúde de legitimação/deslegitimação da política avaliada?
 - Quais as potencialidades e limites criados por essa situação?

Dessa forma, passarei ao trabalho de análise, considerando tais questionamentos colocados, tomando as representações sociais dos segmentos envolvidos, procurando explorá-las e perscrutá-las para condensar aproximações, distanciamentos e complementaridades nelas presentes.

5- ANÁLISE DAS REPRESENTAÇÕES SOCIAIS

Descobri aos 13 anos que o que me dava prazer nas
 leituras não era a beleza das frases, mas a doença delas.
 Comuniquei ao Padre Ezequiel, um meu Preceptor,
 esse gosto esquisito.
 Eu pensava que fosse um sujeito escaleno.
 --Gostar de fazer defeitos na frase é muito saudável,
 o Padre me disse.
 Ele fez um limpamento em meus receios.
 O Padre falou ainda: Manoel, isso não é doença,
 pode muito que você carregue para o resto da vida um certo gosto por nada...
 E se riu.
 Você não é de bugre? --ele continuou.
 Que sim, eu respondi.
 Veja que bugre só pega por desvios, não anda em estradas --
 Pois é nos desvios que encontra as melhores surpresas e os arituncs maduros.
 Há que apenas saber errar bem o seu idioma.
 Esse Padre Ezequiel foi o meu primeiro professor de agramática.
 (BARROS, 2001)

Conforme venho indicando, meu interesse nesta pesquisa é o de avaliar as
 práticas educativas em saúde do idoso/adulto desenvolvidas no Paidéia, a fim de contribuir
 para sua apropriação como elemento de educação, gestão e de fortalecimento do SUS,
 construindo esta análise com os grupos envolvidos com tais práticas, bem como subsidiar
 discussões relativas ao campo da avaliação participativa de serviços e ações em saúde.

Reiterando o referencial adotado nessa pesquisa e enfocando a
 multidimensionalidade e a polissemia do termo qualidade no campo da avaliação de
 serviços e ações de saúde, UCHIMURA e BOSI (2002) propuseram que tais análises
 identificassem os fatores de qualidade de avaliação em cada situação, assumindo a
 subjetividade e a singularidade de cada uma, pois conforme o interesse dos grupos ou
 atores sociais envolvidos há uma variação no entendimento e julgamento das relevâncias e
 especificidades de cada intervenção. Para essas autoras, mesmo considerando os esforços
 em apontar componentes resultantes de uma transposição de fatores de qualidade

produzidos num contexto⁶⁴ para outro, essas tentativas redundariam numa perspectiva fragmentada e reducionista que conduziria a uma avaliação dos componentes formais dos programas ou intervenções e não aquilo que realmente faz sentido para os envolvidos.

Sendo assim, minha trajetória neste capítulo em que apresento os resultados do trabalho, procurou reorganizar os relatos colhidos nas reuniões grupais, construindo uma categorização⁶⁵ destas representações numa necessidade de “revelar o movimento intrínseco do conhecimento e da experiência” (NUNES, 2000), mas de forma que não perdesse, ou melhor, que realizasse intencionalmente um movimento pelos “nadas”, como nos instiga o poeta pantaneiro. Porque a alquimia do verbo precisaria ser uma busca da “verdez primal (...) descascando as palavras até chegar ao caroço, ao lírico seminal de cada uma⁶⁶”. Às vezes não vinha junto o sedimento que confere sentido àquilo que se quis dizer, pelo fato de que algumas categorias separavam conteúdos que apareciam juntos e, na sua forma de exposição, não me foi possível trazê-los de forma inteira. Havia também superposições. Havia ainda conteúdos que, ao emanarem dos depoimentos das experiências, indicavam-me uma reunião inesperada com outra categoria, em função da minha compreensão fragmentada dos conceitos⁶⁷. Foram escolhas que acabei fazendo, segundo meu olhar interessado. Meu percurso foi, ao reter as falas já categorizadas previamente, ler e ler e ler muitas vezes, procurando apreender sentidos internos contextualizados com os momentos em que cada uma foi expressa, para procurar não perder o limo, orientando-me também

⁶⁴ As autoras (UCHIMURA e BOSI, 2002) indicaram autores que reconheceram fatores de qualidade como efetividade (relação do impacto real com o impacto potencial numa situação ideal), eficácia (capacidade de produzir o efeito desejado), eficiência (relação entre o efeito real e os custos da produção), equidade (distribuição dos serviços de acordo com as necessidades de saúde objetivas e percebidas da população), qualidade científico-técnica (nível de aplicação do conhecimento e da tecnologia), acessibilidade (remoção de obstáculos físicos, financeiros e outros para utilização dos serviços disponíveis), aceitação (fornecimento de serviços que estão de acordo com as normas culturais, sociais e outras, e com as expectativas dos usuários em potencial), continuidade (tratamento dentro de uma perspectiva integral, em que o paciente recebe os serviços em sequência e intervalo apropriados) e comunicação eficaz (interação que facilita e promove a cooperação do paciente em relação às observações prescritas pelos profissionais).

⁶⁵ Segundo Minayo (1996), “as categorias são rubricas ou classes as quais reúnem um grupo de elementos sob um título genérico, agrupamento esse efetuado em razão dos caracteres comuns desses elementos”.

⁶⁶ Na orelha do livro citado do poeta, Ênio Silveira recupera estes seus ensinamentos, esclarecendo-nos, entretanto, que as “palavras têm sedimentos. Têm boa cópia de lodo, usos do povo, cheiros de infância, permanências por antros, ancestralidades, bosta de morcegos etc.”

⁶⁷ Isto aconteceu, por exemplo, quando fui situar a categoria “papel dos usuários”. Esperava apresentá-la no contexto da Clínica Ampliada e da Produção do processo saúde-doença, mas aquilo que se apresentou nas falas dos participantes me apontou que deveria incluí-la na “Participação Popular e Comunitária”. Outra reunião inesperada advinda de aproximações relevantes de conteúdos veio com a adição de representações produzidas pelos sujeitos, quando discutiram as perguntas avaliativas, tais como ‘autonomia’ e ‘inclusão social’ que foram trazidas para esta primeira parte da discussão do marco teórico.

“manuelinamente” pelos desvios. Daí acabava por criar novas categorias, às vezes mais verdadeiras com o que estava percebendo das representações dos sujeitos. Agrupando-as novamente.

O estudo interpretativo das representações sociais, segundo MERCADO-MARTÍNEZ e BOSI (2004), caracteriza-se por uma situação de pesquisa em que o pesquisador mediante a teoria adotada apropria-se de conceitos, ou de correlações de conceitos, a partir dos quais os dados parecidos são agrupados em determinadas categorias. Assim, a explicitação dos procedimentos adotados na análise, segundo este autor, seria uma necessidade por diferentes motivos: primeiro porque o uso de uma determinada postura teórico-metodológica não corresponde inexoravelmente ao emprego de determinado método de análise, mas também pelo fato de que seu conhecimento pode trazer benefícios para o próprio pesquisador na medida em que sua proposta se converteria em objeto de interesse e debate público, ou mesmo para leitores e estudiosos do tema que experimentariam analisar as correspondentes adequações entre objeto de estudo, determinada perspectiva teórica e sua operacionalização analítica. Para este autor, diferentemente dos estudos quantitativos, as investigações qualitativas costumam não se ocupar com tal evidenciação, o que pode nos fazer supor que cada pesquisador desenvolve um método próprio, reinventando a roda a cada processo investigativo.

Mesmo reconhecendo que a forma com que cada investigador se apropria de um método de análise lhe é própria e está bastante condicionada às idiossincrasias do momento investigativo, conforme citei anteriormente amparada no mesmo autor, procurei adotar uma perspectiva aproximativa, interativa e circular com objeto de compreensão, opção inerente às necessidades experimentadas por uma pesquisa-ação, em que as representações sociais acerca das práticas avaliadas eram, em muitos aspectos, compartilhadas pela pesquisadora. Como já assinalado, esse caminho supunha uma flexibilidade e um diálogo permanente até que se produzisse algo mais consistente e coerente com outras análises operadas, mas também supunha a expressão de incoerências presentes na medida em que essas se apresentavam evidentes. Algumas vezes, foi necessário voltar aos informantes, ou mesmo conferir outras fontes de dados para aprofundar aspectos confusos ou contraditórios do conteúdo do material obtido.

Dessa forma, passo a detalhar as categorias ou fatores de qualidade de avaliação, procurando indicar suas características consensuais, complementares e de dissenso, contextualizadas por dados disponíveis que nos permitam apreender os limites e as possibilidades do processo de avaliação participativa desenvolvido. Procurarei, principalmente, destacar aspectos que se referem aos projetos de forma generalizada, bem como aqueles que são específicos de um ou mais deles, quando necessário.

Pretendo abordar, nessa primeira parte do capítulo, relacionadas à constituição da modelagem Paidéia mediatizadas pela Educação em Saúde, os seguintes fatores de qualidade:

- Clínica Ampliada e da produção de saúde
 - Necessidades de saúde dos usuários
 - Processo de produção de saúde/doença
 - Abordagem da pessoa em cuidado
 - Como se via o idoso
 - Construção de autonomia com os usuários
- Participação popular e comunitária⁶⁸
 - Papel dos usuários
 - Participação comunitária para manutenção e ampliação das práticas
 - Envolvendo a mobilização de recursos pela própria comunidade
 - Envolvendo reivindicações junto ao poder público
 - Participação Popular que extrapola a ação nas práticas
 - Inclusão social
 - Intersetorialidade
- Papel dos agentes comunitários de saúde
- Capacitação voltada para mudança.

⁶⁸Esclareço que a categoria indicada anteriormente incluía a gestão colegiada, conforme a definição proposta pela modelagem. Entretanto, devido à importância que este fator de qualidade tomou no desenvolvimento do trabalho de campo, bem como pelo enfoque dado pela pesquisa a ele, o que será posteriormente analisado, foi necessário suprimi-lo desta categoria e caracterizá-lo inteiramente como “gestão interferindo nas práticas”.

5.1- Análise das representações sociais a respeito de categorias constituintes da modelagem mediatizadas pela Educação em Saúde

5.1.1- Clínica Ampliada e Produção de Saúde

A partir da proposta de categorização assinalada, os conceitos que facilitariam a compreensão deste primeiro item são: as necessidades de saúde que se pretendia atender, as concepções do processo de produção de saúde/doença, as abordagens profissionais da pessoa em cuidado, as aceções sobre idoso e a construção de autonomia com os usuários.

5.1.1.1- Necessidade de saúde dos usuários

A inquietação básica que orientou a concepção da grande maioria dos trabalhos partia das necessidades de convivência dos usuários percebidas pelos profissionais, que por seu lado pretendiam promover ações desmedicalizantes, responsivas a uma demanda recorrente ao serviço. Tanto gestores como profissionais destacaram que a lógica das atividades propostas teria partido de uma visão mais imediata de saúde que, gradativamente, foi se ampliando.

A origem dos projetos como o Intervenção junto à população acima de 55 anos do Vista Alegre, o Espaço, Corpo e Criação, o Qualidade de Vida na Melhor Idade (Costa e Silva), o Grupos Integrados de Lian Gong caracterizavam-se no dizer de Carnaúba⁶⁹ por:

“(...) partir das necessidades das pessoas cri(ando)-se um projeto com os trabalhadores. E começou um trabalho voluntário (...) a população demandou esse trabalho.”

Acentuando a necessidade de convivência no Qualidade de vida na 3ª Idade (Santa Odila) e no do Centro de Convivência Itinerante, a compreensão dos profissionais baseava-se no que Poejo expressou da seguinte forma:

“(...) grande parte deles (dos usuários) não vão⁷⁰ fazer o exercício. (...) Vão lá por causa deste encontro, (...) hoje e aqui, uma senhora (...) falou (...) ‘vamos no Lian (...) por que em casa a gente cruza com o marido e não se fala.’ (...) lá a gente conta tudo (...).”

⁶⁹Veja a Quadro 4, se for necessário consultar a participação, por segmento, de cada um dos nomes dos sujeitos de pesquisa, cuja denominação especifica as árvores do cerrado para os gestores, plantas medicinais para os profissionais e flores para os usuários.

⁷⁰As palavras em negrito, durante falas, representam ênfase dada pelo sujeito.

Já no De bem com a vida, no Qualidade de Vida na Melhor Idade (Costa e Silva) e no Vivavida do Boa Vista havia uma nítida preocupação com a desmedicalização das ações de saúde:

Alecrim: *“Tínhamos muita gente dentro de casa e na fila do CS. Por isso foi criado o projeto. (...) **todo dia** no Centro de Saúde, porque eles estavam buscando alguma coisa a mais e não só remédio.”* (grifo da autora)

Girassol: *“Aqueles pessoas ficavam o **dia inteiro** ali. (...) não iam **embora** e ficavam conversando... Uma queria diazepam, outra queria não sei o quê... (...) **Aí a gente resolveu pensar.** (...) **Dai começou a surgir essa idéia** do artesanato.”*

Vários usuários (Helicônia, Copo-de-leite, Crisântemo, Miosótis, Liziantus, Girassol, Gérbera e Lírio), de seu lado, demarcavam que sua vivência anterior se caracterizava como depressiva, cheia de dores no corpo, obesidade, pouca sociabilidade, sendo que alguns deles relacionavam-nas ao processo de aposentadoria:

Miosótis: *“tinha depressão, porque fui aposentada sem esperar e entrei em depressão. Eu não comia e engordava. (...) Eu mesmo era uma mulher **fechada**. (...) não conversava, (...) não saía. (...) a vida da gente sempre foi de segurar tudo por dentro, aí a gente estora (sic). (...) (Eu estava) Com dor nas pernas, no joelho... (...) Antes ficava em casa.”*

Liziantus: *“(...) aposentar me deixou doida. (...) se não fosse o CS eu estava em baixo da terra. Muitas aposentadas amigas minhas não saem da cama e de casa. (...)”*

Os depoimentos denotavam o trabalho voltado para captar e dar encaminhamento ao que é considerado como valor de uso para os usuários, numa “interseção partilhada” com os profissionais que buscaram contemplar as definições macropolíticas da modelagem, bem como as micropoliticamente constituídas pelo jogo de percepções e comunicações no cotidiano das unidades (MERHY, 2002).

Reforçando esta compreensão acerca da sensibilidade do trabalhador para aferir o que poderia ser entendido como necessidade de saúde, no dizer de Babosa do Prótese total para 3ª Idade:

“ela (a usuária) não foi buscar. (...) E dentro de um grupo um profissional enxergou ela, né. (...) A senhora gostaria de ser inserida?” (...) Quer dizer, ela nem foi atrás, caiu como uma bênção na mão dela. Então a gente precisa ficar esperto. Porque às vezes a gente sabe da necessidade do paciente e deixa passar.”

Por outro lado, há citações que mencionaram um descompasso entre a oferta do serviço e a necessidade de saúde de certos usuários:

Babosa: “(...) No caso do Lar do Idoso sentimos o equipamento um tanto decepcionado no que se refere ao uso de prótese pelos moradores. Pensamos que resolveríamos os problemas de alimentação, mastigação, mas os idosos não conseguem usar (...) a gente não soube trabalhar com o paciente (...), com transtornos mentais ou mais idosos, ou que ficaram muito tempo desdentados... (...) de mostrar pra eles como seria a prótese.”

Nesse sentido Orégano questionou a abordagem realizada frente às dificuldades levantadas por Babosa, apontando uma desconexão com a necessidade do paciente:

“(...) ‘foi realizado algum trabalho voltado à motivação e real desejo do paciente em se restabelecer?’ (...) porque a questão aqui é subjetiva. E muitas vezes quando você vê ‘o real desejo do paciente em se restabelecer’ (...) porque ele tem de ficar desdentado. E que gosto que tem...” Babosa: “É que pra ele...” Orégano: “Então porque nós oferecemos isso, quando ele (não) está tão adaptado para esse negócio? Porque é o nosso desejo e não no desejo dele, né?”

Provavelmente a necessidade dos usuários de asilos do Prótese para a 3ª Idade tenha sido captada como carência. Para MERHY (2002), freqüentemente, a necessidade de saúde entendida como carência tem como substrato um julgamento de valor determinado de fora para dentro acerca de sua legitimidade, direcionando o trabalho desenvolvido pelos profissionais condutores dessas propostas. Este autor assinala, entretanto, que a necessidade de saúde precisa ser compreendida enquanto tudo aquilo que permite ao usuário estar no mundo, constituindo-se de um modo autodeterminado. Elas poderiam ser atravessadas por lógicas distintas entre si, ou mesmo em relação às dos profissionais. Ele nos alerta de que não seria o caso de recusar um juízo de valor acerca da necessidade do usuário,

mas identificá-lo e neste processo de análise, produzir outras formas de abordagem apropriadas aos processos de ampliação de autonomia e qualidade de vida. Coloco aqui um trecho que me parece ser esclarecedor sobre este movimento que se verifica no processo de trabalho em saúde, característico da postura mais comum do profissional de saúde:

O intervir e o compreender são duas atitudes que, ao mesmo tempo, se completam e se antagonizam. Compreendendo, intervém-se melhor. Intervindo, compreende-se. Mas, intervindo, também se fecha para a compreensão. E ainda mais: o empenho na compreensão resulta em passividade. A síntese entre essas duas atitudes, intervir e compreender, acontece por conflito e colaboração (...). Pela natureza de sua prática, o profissional de saúde tende mais para o intervir. Uma intervenção que, muitas vezes, não respeita os valores da população. (VASCONCELOS, EYMARD 1999).

Mas também o entendimento destas experiências como uma possível resposta para esta clientela “que vai diariamente ao Centro de Saúde” que “busca algo além da medicação”, precisa ser destacado. Tanto os vários estudos que se apóiam nas perspectivas sociológicas (BARBOSA, 2003), quanto aqueles alicerçados na proposta psicoterapêutica (PROENÇA et al., 1997) procuraram explicar e propor alternativas para abordagem do fenômeno, cada vez mais recorrente nos serviços de saúde.

BARBOSA (2003), partindo de propostas da Sociologia Ambiental e Contemporânea sobre os efeitos da modernidade na qualidade de vida e na subjetividade das sociedades complexas atuais, procurou evidenciar que

a expressão difusa de sintomas manifestos no corpo, que se identificam através do sentir-se doente, e da incapacidade de evidenciar suas necessidades e sofrimentos se configuram em metáforas corpóreas que adviriam da incapacidade de poder lidar com as dificuldades e as transformações sociais e ambientais do mundo contemporâneo. Ela indicou que aqueles que conseguiram curar-se foram justamente aqueles que conseguiram significar suas próprias existências, evidenciaram sua problemática e encontraram sua identidade social perdida. (BARBOSA, 2003)

Já PROENÇA et al. (1997), procurando criar alternativas terapêuticas para o que chama de “paciente somatizante”⁷¹, utilizaram-se dos referenciais da Medicina Psicossomática e de algumas apropriações de conceitos da Psicanálise, para apoiar a abordagem dos “transtornos de somatização” que seriam “respostas somáticas, indicadora(s) de alterações emocionais, supervalorizadas dentro de um estilo de ampliação das sensações corporais próprio a estes pacientes” (PROENÇA, 1997). Estes autores, que desenvolvem seu trabalho em hospital universitário público, inserido numa equipe multiprofissional, propôs duas alternativas de abordagem desta clientela, isto é, a interconsulta e os atendimentos grupais, dando ênfase à segunda. Pressupondo que os instrumentais da Psicanálise são insuficientes para o trabalho com esses pacientes, ressaltou a relevância do meio cultural, do momento histórico, do perfil ocupacional ou do estrato social como suporte para o trabalho de decodificação desenvolvido nos grupos. Como tais pessoas têm maiores dificuldades de expressão verbal, poderiam criar no trabalho de grupo uma “ponte semiótica entre sintomas corporais e sofrimentos emocionais” (PROENÇA et al., 1997), onde os conflitos (familiares, mais frequentemente relacionados com violência e sexualidade) tornar-se-iam mais acessíveis à elaboração, com esta escuta e conseqüente verbalização, constituindo-se também como alternativas à somatização. Assim o autor reforça que a ultrapassagem do sofrimento corporal poderia se dar se houvesse uma ampliação do repertório de possibilidades de expressão emocional.

Para efeito da nossa pesquisa, as propostas de explicação e de intervenção se combinam, mas assinalo que o trabalho desenvolvido nos Centros de Saúde de Campinas contém uma terceira vertente de abordagem, em que alternativas terapêuticas desmedicalizantes e desestigmatizantes foram promovidas, trazendo resultados também significativos, como se poderá ver adiante.

5.1.1.2- Processo de produção de saúde/doença

De forma geral, os gestores (Barbatimão, Sucupira), profissionais (Camomila, Manjerição, Azedinha) e usuários (Crisântemo, Liziantus, Gérbera, Boca-de-leão) desenvolveram suas reflexões sobre este tema, correlacionando-o de forma ampliada à

⁷¹ Ou melhor dizendo: “pessoas inconformadas com resultados negativos de exames que retornam ao sistema de saúde sob a alegação de que necessitam ser melhor examinados (...) (que) resistem à admitir que seus problemas sejam de origem emocional” (PROENÇA et al., 1997).

qualidade de vida, ou seja, atribuindo influência neste processo aos aspectos que promovem a vida humana (condições socioeconômicas, intersubjetividades, elementos estéticos, religiosos).

- Viva a Vida do Valença:

Barbatimão: “(...) *Eles* (os realizadores do projeto) *tenham buscado referências **fora** do seu universo. (...) Passeios e fazer outras coisas. Mesmo na discussão dos temas, eles (...) saem daquele cotidiano, (...) da unidade de saúde, não fica naquela coisa da patologia, do grupo pelo grupo, e abria para outras referências (...) do bairro, da cidade.*”

- De bem com a vida:

Azedinha: “São pessoas extremamente **acabadas**, maltratadas pelo sol, pelo serviço **pesado**, pela vida, pelo alcoolismo do marido, dela própria às vezes... Então a gente quis trabalhar **muito** essa coisa da estética com eles.”

Gérbera: “É uma terapia que a gente tem. A gente vê e as coisas desaparecerem. (...)”

- Baile Feliz Idade:

Crisântemo: “*enquanto todos trabalham, nós só dançamos*”. (...) “Agora é hora de dançar! (...) Tudo é alegria. (...) Tem pessoas que ainda procuram remédio. Não gostam do forró. (...) eu não gosto de medicina (...) (uma conhecida) vive pegando remédio, está cheia de remédio. (...) Que o médico fica curando só com remédio. (...) Como vai curar? (...) Angústia, é só sair (de casa, para passear, se divertir). Tem coisa que o remédio não cura. (...) Dançando tranqüila, não tem depressão.”

De acordo com o interesse por afirmação no debate com outros setores que disputam a condução das políticas sociais, havia quem pleiteasse uma ampliação do campo de intervenção através da compreensão de que “*tudo é saúde*”, enquanto havia quem se preocupasse com a medicalização operada por outros campos de saberes e práticas, recusando uma aproximação limitada com seu objeto:

- Centro de Convivência Itinerante:

Camomila: “quando discutiam o projeto com a Secretaria de Educação e eles diziam ‘Ah, isso não dá certo.’ (...) ‘Porque não tem professor’ (...) mas isso acontece muito. Acho que todo mundo nota isso, que acontece. É que tudo é saúde.”

- Hipertensão e Diabetes – melhoria e qualidade de vida:

Manjerição: “Então a criança que tem a dificuldade de aprendizado, (...) Então vai para o Centro de Saúde, vai passar com o psicólogo (...) em nenhum momento se trabalha (...) ‘Olha, tem comida em casa, o pai separou’. **Na Escola. Tudo é doença. Já se adoeceu tudo e quem cuida de doença? É a saúde.**” (grifos da autora)

Em relação à compreensão ampliada de saúde, tanto uma gestora (Sucupira) quanto um usuário (Boca-de-leão) acentuaram a existência de profissionais que não têm tal visão, pois se pautariam pela acepção biologicista, denotando um caminho a percorrer na busca contra-hegemônica de constituição de novas ferramentas de produção do cuidado:

- Hipertensão e Diabetes – melhoria e qualidade de vida:

Boca-de-leão: “alivia a cabeça, sai e encontra os amigos e se esquece de tudo. (...) Não dá para ficar vendo parede. (...) Mas cada um de vocês têm um médico. (...) Se fosse por ele, eu continuaria indo no Mário Gatti⁷². Porque minha pressão era pior (...).” (grifos da autora)

De outra forma Caviúna do Cerrado buscou acentuar as especificidades da produção de saúde, relacionadas a aspectos biológicos, ressaltando que o trabalho educativo em saúde também produz resultados orgânicos:

“É que a gente acha assim que (...) o fato da gente ter a grupalidade já melhora as relações. E ao melhorar as relações já está contando com a melhoria na qualidade de vida. (...) **na saúde,** (...) uma caminhada que vai trabalhar a circulação sanguínea (...). Eu acho que tem esse outro lado da vida **gostosa,** mas tem o lado **também,** que é o lado de quem foi buscar por saúde. (...).”

⁷²Hospital público municipal referência no atendimento aos campineiros.

Segundo NUNES (2000), na atualidade, há um consenso em afirmar que o processo de produção do binômio saúde/doença é um processo social, porque é constituído por práticas sociais macro em suas dimensões histórica e estrutural e micro na perspectiva dos indivíduos doentes ou de seus familiares e grupos de contato. Mas também porque a recuperação histórica explicita modelos de compreensão e intervenção sobre a realidade que foram constituídos e constituíram tais processos. O autor destacava que inúmeros estudos desenvolvidos, que procuraram apreender tais conceitos das práticas sociais, estabeleceram momentos demarcadores em que a explicação pendia mais para a chamada causalidade social da doença e outros, que também conviveram com estes, que destacavam suas descobertas etiológicas ou biologicistas, ou ainda outros que foram se aproximando de sua dimensão simbólica e psicológica de compreensão. Concordando com este autor, cito sua síntese:

a experiência com o sofrimento está entretecida nas estruturas sociais e, em lugar de ser meramente uma experiência individual, 'as experiências leigas são construções e produções sociais coletivas da realidade', e sendo muitas vezes atravessada pelos movimentos sociais são também 'formas sociopolíticas de se relacionar o sofrimento (NUNES, 2000).

Esta sistematização nos é útil porque permite captar das representações destes agentes da saúde em Campinas, uma visão ampliada que considera os fatores estruturais, como também a dimensão simbólica no processo. O destaque dado à perspectiva biológica de causação, advém da necessidade de que a participante teve de acentuar a potência da ação educativa em saúde, uma prática eminentemente simbólica e subjetiva, de influenciar a produção de saúde. Assim, colocava-se, talvez, confrontando o paradigma médico hegemônico de explicação.

De outra maneira, Salsa questionou os pressupostos da modelagem, tendo em vista a concepção de produção de saúde que subsidiaria algumas propostas de gerenciamento do Programa:

*"Eu acho que quando fizeram essa divisão (dos territórios dos CS's), em áreas de abrangência **muito** grandes, a gente têm 5 áreas de verdade muito diferentes dentro de um mesmo Centro de Saúde. Eles visavam o usuário. (...) O maior objetivo do Paidéia foi pensando na*

*doença e não **na** saúde. Porque quando você visualiza um usuário, você está visualizando um **doente**. Quando você visualiza a **unidade**, cê tá visualizando a **prevenção**. (...) Então eu acho **isso** contradição. É usuário? (...) ...e todos são usuários? Seria diferente”.*

Esta trabalhadora, quando colocava a unidade como espaço de “prevenção”, defendendo uma outra divisão do território de atuação como garantidora do “olhar” de saúde para o Paidéia e a pessoa em cuidado como “doente”, separou de forma estanque universos complexos e contraditórios, potencialmente constituidores e continentes de doença e saúde. Sua crítica a um aspecto dos métodos de territorialização da modelagem acabou por misturar ou inverter conceituações.

Contrapondo-me a esta inversão, apoio - me em CAMPOS (s.d.) que assinalava que

se a doença é colocada em parênteses, o olhar deixa de ser exclusivamente técnico, exclusivamente clínico. Então, é o doente, é a pessoa o objetivo do trabalho, e não a doença. Desta forma a ênfase não é mais colocada no ‘processo de cura’, mas no processo de ‘invenção da saúde’ e de reprodução social do paciente (CAMPOS, s.d).

Colocar o foco na pessoa em cuidado seria, portanto, apoiá-la na ampliação de seu coeficiente de autonomia para lidar com sua enfermidade na vida. A organização dos serviços pode contribuir com isso, realizando uma distribuição pactuada e aproximativa das famílias adscritas, mas também pode dificultar as coisas. Os posicionamentos críticos de Salsa advindos dos problemas de cunho gerencial não deveriam ser transferidos para a apropriação conceitual que se fez ou não de princípios como a concepção do processo de saúde-doença. As questões gerenciais que influenciaram as práticas educativas em análise serão alvo de discussões posteriores.

Seja no caso da intersetorialidade, seja nas concepções de saúde que influenciam nos processos de trabalho e gestão na saúde, teremos oportunidade de aprofundar tais análises mais a frente.

5.1.1.3- Abordagem da pessoa em cuidado

De forma geral, as ações educativas em saúde estavam sendo vistas pelos gestores como dispositivos de diversificação de recursos e ampliação do olhar do trabalhador na abordagem da pessoa em cuidado, com relatos de Carnáuba, Caviúna do Cerrado e Buriti que poderiam ser assim caracterizados. Esta última, do Crê-Vida Feliz, detectou o seguinte:

*“(...) houve mudanças na prática de **consulta** médica (...) da prática de saúde tradicional, eles vão introduzindo **outras** práticas (...) Educação de idosos, organização de idosos, educação em saúde, as vivências, lazer e cultura... De inclusão social, incluindo pessoas de outras idades também nas atividades e discussão de temas ligados a cidadania (conhecimento dos direitos do idoso, cobrando as famílias sobre o cumprimento destes direitos).”*

Há também uma preocupação assinalada por profissionais como Poejo, Orégano, Azedinha e Babosa de se aproximar de aspectos psico-afetivos dos usuários, procurando novas e diferentes apreensões, ou mesmo contatos mais afetuosos, para que a intervenção alcance seus objetivos. No dizer de Orégano:

*“(...) Porque é esse que não volta mais que você tem que buscar sua forma de falar com ele. (...) Mas tem várias abordagens. (...) A grande questão é 'como é que você chega no paciente, que faz com que ele... Que deseje, que **deseje!** (...) E isso não é qualquer coisa. Que ele possa se deslocar daquela situação que ele vive para ir fazer melhor... (...) Isso é lento! (...) Quero enfatizar (que) a abordagem primeira do paciente é importante para continuidade do trabalho. O silêncio e a fala caminham juntos e separados. Se o paciente/usuário não fica, isto volta como interrogação, como também se ele volta. (...) Porque senão a gente não resgata a cidadania. E a cidadania não é ser igual. É sacar as diferenças. Você tem uma ação igual, mas marcada pelas diferenças.”*

Poejo alertou para a diferença de abordagem frente à atenção aos aspectos psicossociais que determinados profissionais não utilizam, pela formação profissional e/ou cultural e pouca proximidade com a realidade dos usuários.

*“(...) é diferente os médicos que vêm de outro lugar, ou daqueles que convivem direto com a comunidade. (...) eles vêem o paciente só naquele **momento**, quando chega, atende e sai. E a gente **vive** com o paciente. **Vai** na casa do paciente, **convive** com a comunidade, **encontra** no fim de semana... Então é diferente e a gente com isso pega muito mais coisa que o médico naquele **momento** da consulta.”*

Alguns usuários como Crisântemo, Helicônia e Boca-de-leão valorizaram a maior preocupação dos profissionais com os resultados de sua ação. A primeira contou que no atendimento prestado no Santa Lúcia, do Baile da Feliz Idade:

“Os médicos querem saber o resultado da sua consulta que está atendendo... (...)”

Diante de vários relatos que evidenciaram tentativas ou realização de processos de trabalho em saúde voltados para uma nova conformação usuário-centrada, destaco que tais exemplos de reorientação estão relacionados com as possibilidades criadas pelo investimento destes atores em novas modalidades de relação nos serviços, mesmo convivendo com práticas emudecedoras dos usuários.

Para MERHY (2002) está em curso uma reestruturação produtiva do setor saúde. Este processo se constitui enquanto uma

substancial mudança nas configurações tecnológicas dos processos de produção, alternando não periféricamente a composição da força de trabalho, (...) (a) produção de novos produtos (...) (e) sempre se vincula a uma transição tecnológica, na qual novas tecnologias e mesmo configurações diferenciadas das anteriores passam a operar a produção de novos produtos ou maneiras diferentes de produzir os ‘antigos’.
(MERHY, 2002).

Sua indicação é a de que tal reestruturação na saúde não se caracteriza predominantemente, como alguns autores apontaram, pela inserção do que é conhecido como equipamentos de ponta⁷³, mas justamente pela remodelação da gestão do cuidado em saúde. Entendendo tecnologia como modos de organizar as ações humanas ou mesmo inter-humanas nos processos produtivos e não uma forma associada a máquinas e

⁷³O autor cita PIRES (1998) como exemplo de estudo que reconhece alterações no modelo médico hegemônico advindas das “mudanças operadas por equipamentos novos e por se ver diante de uma crise de eficiência e eficácia” (MERHY, 2002).

equipamentos, MERHY (2002) ressalta que as possibilidades criadas pela operação de tecnologias não materiais ou leves⁷⁴ ou leve-duras⁷⁵, como núcleo instituinte do trabalho vivo em ato. Referenciando-se na abordagem marxiana de análise dos processos produtivos, o autor utiliza-se deste conceito numa antinomia com o de trabalho morto, para caracterizar o que chama de exercício de protagonismo/liberdade ou do protagonismo/reprodução nos processos de trabalho em geral, e no de saúde em particular. Num processo de trabalho vivo-centrado, como a realização de uma aula ou do cuidado em saúde, existe maior grau de liberdade do trabalhador no modo de operar seu trabalho. A lógica que preside o trabalho vivo é a da intervenção em ato, traduzida nas tecnologias do encontro de subjetividades, apoiadas nos equipamentos e nos saberes tecnológicos estruturados. Este autor acredita que as possibilidades criadas pela operação de tecnologias leves e leve-duras constituem-se e são constituídas pela disputa das forças interessadas em imprimir certas direcionalidades ao trabalho em saúde.

Na atualidade, segundo o mesmo autor, as forças que estariam envolvidas neste embate seriam o próprio aparato biomédico hegemônico, as forças do capitalismo financeiro na saúde consubstanciadas na atenção gerenciada⁷⁶ e o movimento sanitário, especialmente o latino-americano. A estas forças acrescentaríamos o movimento ecológico e os recentes diálogos ocidente-orientes concretizados na crítica à hegemonia absoluta do capital globalizado, renovada em cada encontro do Fórum Social Mundial e na reorientação dos paradigmas da ciência contemporânea. MERHY (2002) sugere, assim, que a interrogação sobre os formatos de realização do trabalho vivo em ato pode criar mecanismos analisadores ou dispositivos⁷⁷ evidenciadores da atenção prestada, que o

⁷⁴ Aquelas que permitem abordar “os processos relacionais do encontro entre o trabalhador de saúde e o usuário (...) (consubstanciados na) produção de vínculo, autonomização, acolhimento, gestão como uma forma de governar processos de trabalho.” (MERHY, 2002)

⁷⁵ São os saberes “bem estruturados que operam no processo de trabalho em saúde, como a clínica médica, a clínica psicanalítica, a epidemiologia, o taylorismo, o fayolismo.” (MERHY, 2002)

⁷⁶ A atenção gerenciada vem se afirmando, a partir da participação cada vez maior do capital financeiro no setor saúde em vários países, como uma “aposta na produção de tecnologias no campo da gestão de processos de trabalho em saúde que possam deslocar a microdecisão clínica pela administrativa”, em que o seguro/administrador se articula ao financiador a fim de capturar o trabalho do prestador na sua relação com o consumidor (MERHY, 2002).

⁷⁷ Para BAREMBLITT (1996) existem os analisadores “naturais” que são resultantes “de toda uma série de forças contraditórias que se articulam neste fenômeno que aparece” sem que o interventor ou analista institucional o tenha produzido. Enquanto que os analisadores ou dispositivos são tentativas de conhecimento da organização em análise, especificamente formatados pelo analista como um diagnóstico provisório que o apóia para traçar uma estratégia de abordagem da intervenção. (BAREMBLITT, 1996)

espaço da gestão precisa utilizar para pactuação de intencionalidades e interesses presentes, com vistas a reorientar as práticas no sentido do gerenciamento coletivo e de processos de trabalho compartilhados e usuário-centrados.

Na avaliação das práticas educativas em saúde que venho apresentando, acredito estar contribuindo também com a produção de tais dispositivos, na medida em que a Educação em Saúde tem como objeto a relação profissional-pessoa em cuidado e a proposta do trabalho é a pesquisa avaliativa da realidade vivenciada pelos atores sociais implicados, através de uma pesquisa-ação.

5.1.1.4- Como se via o idoso

Tendo o idoso como usuário das ações, ficou muito forte a representação positiva com que sua condição foi evidenciada por uma usuária, bem como por uma trabalhadora envolvida, comparativamente a épocas anteriores:

*Chuva-de-ouro: “os velhos vivem mais, não querem mais morrer. (...) todo mundo tem problema, mas um anima o outro. (...) fiquei mais feliz. (...) Mudou **tudo**. A mentalidade que a gente tinha... (...) Cumprimento, a gente se abraça, o que vale mais é isso, viu? Aí você vê que não tem problema nenhum.”*

*Poejo: “Ontem eu vi uma frase (...) dos idosos (...). Que eles estão **privilegiados de viver** a época deles hoje. (...) eles estão vivendo **melhor** do que vivia a 3ª Idade (...) antigamente. (...) apesar de todas as doenças (...) eles têm muito mais **atividades hoje, motivação**, e até o aspecto físico deles hoje... Uma pessoa com 88 anos hoje (...) Num parece que tem 88. Então eles mesmos (...) reconhecem que a época deles hoje é muito **melhor** do que foi antigamente para os idosos”.*

Como destacado no capítulo anterior, o interesse por promover a melhoria da qualidade de vida e o envelhecimento ativo e saudável encontram justificativas demográficas, econômicas e, especialmente, aquelas que se voltam para ampliar ao máximo o limite da vivência com dignidade humana, autonomia e envolvimento com a própria vida

e até com grupos sociais de contato. De acordo com ASSIS (2004), com o avanço da idade (e o aumento das doenças crônicas) vão se reduzindo as possibilidades de atuar no sentido clássico da prevenção primária (o retardamento ou inibição de surgimento de doenças). Ficam cada vez mais evidentes os limites das conhecidas estratégias de detecção precoce, ampliando a preocupação com a redução das incapacidades de doenças instaladas e com a qualidade de vida. Neste sentido, esta autora asseverava que medidas de aconselhamento são insuficientes nestes casos, sobretudo por ser necessária uma combinação com a provisão de condições sociais, bem como o acompanhamento terapêutico e a diversificação de estratégias voltadas para ampliação da convivência socioeducativa e de lazer que, necessariamente, podem ser alcançadas mediante um sistema público efetivo e resolutivo, articulado intersetorialmente com as demais políticas de inclusão social.

É prematuro afirmar que tais condições foram inteiramente vivenciadas nas práticas analisadas, mas pude reconhecer que, pelo menos em parte, diante dos relatos indicados, há um movimento que aponta no sentido de reorientação do processo de envelhecimento destes idosos, restituindo-lhes um pouco da humanidade “perdida”.

5.1.1.5- Construção de autonomia com os usuários

As considerações dos gestores, nesse caso, vão numa gradação, que talvez reflita os diferentes estágios de construção de autonomia nas práticas, mas também a compreensão que cada um tinha do que seja esse conceito/fenômeno. Desde a negativa forte de que não se construiu autonomia nos projetos, até a afirmação através de exemplos de que isto estava ocorrendo:

- Hipertensão e Diabetes – melhoria e qualidade de vida:

Sucupira: “(...) **Todos os grupos**, onde eu já trabalhei (...) não atingimos o objetivo de autonomia do usuário. (...) É uma **construção**. (...) Porque eu não vejo grupos onde as pessoas façam sozinhas. Eu não vejo grupos que tenham alta. (...) **A autonomia** não é uma coisa fácil. Se você não faz, há um **abandono**. E que não é um abandono, talvez, saudável. E eu acho que não somos trabalhados para isto. Por isso que arrisco a dizer que a autonomia mesmo... (...) Acho que (autonomia é) responsabilização pura e simples.”

- Grupos Integrados de Lian Gong e Fuxico:

Carnaúba: *“O projeto fala bastante na questão da autonomia (...) um grupo com participação ativa (...) tem a perspectiva de uma cooperativa. (...) essa geração de renda é uma demanda para ocorrer, então foi tomado pensando numa perspectiva de transformação... (...) Do Lian Gong virou Fuxico, do Fuxico virou... (...) A cada etapa eles se organizaram, estão gerando renda entre elas...”*

Jacarandá: *“Eu acho que não (discordando de que não há construção de autonomia nos projetos), do que a gente avaliou. (...) Não é igual. Em Barão Geraldo tem um grupo de Lian Gong que é feito por 2 usuários. Que coordenam o grupo, ouvem a música, que aprenderam... com o pessoal do Centro de Saúde. (...)”*

- Intervenção junto a pessoas acima de 55 anos do Vista Alegre:

Copaíba: *“Todos os grupos (...) possibilitam atividades que não se prendem a núcleos específicos de formação. Independente da **tutoria** que acontece ocasionalmente toda semana, a assimilação das atividades, ela é tranqüila para que as pessoas possam ter isso desenvolvido em seu espaço do seu domicílio.” (grifos da autora)*

A autonomia também foi valorizada como elemento fundante da avaliação dos projetos:

Timbaúva: *“(...) eu acho que a avaliação positiva de um projeto (...) é quando você gera **autonomia** da própria comunidade. Você não precisa mais estar tutelando para organizar o bairro, dar visibilidade. (...) é o **mais** importante.”*

Nesse sentido, houve gestores que propuseram como fazer para ampliar as posturas mais autônomas, ou mesmo que a considerasse como um dos aspectos mais desafiadores das práticas:

- Centro de Convivência Itinerante:

Pequi: *“(...) agora a gente vai começar a trabalhar um pouco melhor essa coisa da autonomia, porque eu acho que a gente não **sabe lidar** com isso. A gente deixa as pessoas muito **presas** a **nossa** atuação. Então com esse Centro de Convivência a gente vai poder **soltar** um*

pouco as pessoas para que elas possam começar a fazer por elas o trabalho. Desde a ginástica, os grupos de produção... (...) Tem que criar multiplicador, né, eu acho."

- Qualidade de vida na 3ª Idade (Santa Odila):

Cedro: *"(...) esse negócio é eterno. Que desmamar é difícil. (...) Então aparece quem comanda: 'opa, quem que pode tocar hoje que eu tenho compromisso?' (...) E aí já tem uma pessoa, que já é do grupo, já é da comunidade e toca com os demais a atividade. É preciso ter alguém lá para dar um toque."* (grifo da autora)

Timbaúva: *"(...) coloquei isso para as meninas lá do Santa Odila. 'Eu acho que vocês **devem** começar a **ensinar** às pessoas da população, ver quem é um melhorzinho lá, que tá fazendo mais direito, para eles se tornarem (...)"*

Outro gestor: *"Multiplicador"*.

- Grupos Integrados de Lian Gong e Fuxico:

Jacarandá: *"Porque se se opera na perspectiva da produção de autonomia, (o projeto) pode se acabar enquanto grupo institucional e virar uma outra coisa... (...) Por que aqueles grupos que têm continuidade de anos, é justamente porque não levam à autonomia... Criam um dependência 'ad eternum'. (...) porque aí você tem que trabalhar o conceito dela..."*

Dentre os profissionais também havia quem se ocupava em construir estratégias de ampliação da autonomia. É interessante notar que esta fala foi trazida por uma trabalhadora do mesmo projeto em que a gestora foi categórica em afirmar as dificuldades de sua construção:

- Hipertensão e Diabetes – melhoria e qualidade de vida:

Manjerição: *"agora é necessário o profissional estar presente, mas a cada dia mais um usuário decide o que fazer, ampliando sua autonomia; buscamos neste momento uma maneira de que eles se organizem sozinhos (...)"*

Para FREIRE (1996) a construção da autonomia “faz parte do aprendizado da decisão à assunção das consequências do ato de decidir” e o agenciamento dela se faz através da análise com o outro das consequências possíveis daquela decisão, num momento em que não se tenta impor a vontade ou mesmo se impacienta porque seu ponto de vista não foi aceito. A constituição da autonomia é perpassada pelos afetos inerentes às interações e ocorre num vir a ser de experiências estimuladoras da decisão e da responsabilidade em situações “respeitosas da liberdade”, numa tensão permanente e contraditória “entre autoridade e liberdade, no sentido de assegurar o respeito entre ambas, cuja ruptura provoca a hipertrofia de uma ou outra.” (FREIRE, 1996).

Sob o ponto de vista da produção de autonomia, da “‘expulsão’ do opressor de ‘dentro’ do oprimido” de que nos falava FREIRE (1996, grifos do autor), pode-se perceber um processo em andamento nestas iniciativas. Como destacou Cedro, em alguns projetos, há necessidade de um agenciador, em outros como relatou Jacarandá os grupos já realizam os trabalhos sem necessidade dele. Como destacou Copaíba, provavelmente isto está sendo possível, pelo fato de que as práticas se constituem em grupos de vivência, ou mesmo em oficinas onde a organização popular vai muito além do que os serviços podem ou pretendam dar conta.

Provavelmente esta protagonização potencial em curso, teria sido alanvacada de forma mais ou menos intensa, conforme também a história de participação popular dos vários bairros e regiões da cidade. Isto será mais detalhadamente desenvolvido adiante.

5.1.2- Participação Popular e Comunitária

Tenho trabalhado com conceituações que tratam deste tema, procurando enfocar os mecanismos criados no SUS, especificamente no de Campinas, destinados ao Controle Social⁷⁸.

⁷⁸Segundo CARVALHO (1997) o termo teve seu significado invertido, pois anteriormente designava processos de influência do coletivo sobre o individual, oriundos da Sociologia e Psicologia, transformando-se numa idéia que traduz “o processo e os mecanismos de influência da sociedade sobre o Estado” (CARVALHO, 1997). Neste sentido, a visão que está aí embutida é a de que a sociedade é mais legítima representante do interesse geral do que o Estado que se comprometeria mais freqüentemente com interesses particulares.

A cristalização do papel como aquele portador de sofrimentos e fragilidades do corpo e submetido a elas nos remete a uma interação em que determinadas regras e/ou ensinamentos técnico-científicos são explicados pelos profissionais para serem cumpridos pelos pacientes dentro de uma organização assistencial que visa prestar cuidados mais ou menos fragmentados, segundo a lógica das patologias, para evitá-las, tratá-las ou recuperar a condição anterior de higidez. Para ALBUQUERQUE (2003) ainda é muito comum encontrar atividades em grupo que resultam da transposição, mesmo que não consciente, da consulta médica prescritiva suscitadora de culpa pela doença. Estes procedimentos que tratam abertamente os usuários de forma passiva têm sido recorrentemente criticados, sendo fortemente recusados como proposta de trabalho desejável. Mas elementos característicos deles encontram-se no dia-a-dia dos serviços ou mesmo em falas dos profissionais. Isto parece ter ocorrido nos posicionamentos anteriormente elencados, podendo ser reconhecidos também alguns traços na consideração a seguir, que expressaria uma visão de relação mais verticalizada, que trata da dependência do usuário frente ao profissional.

Na experiência da Visita Domiciliar do Aurélia, a trabalhadora revelou que o fato de não atenderem os usuários em grupo e estes serem mais fragilizados que os demais, acarretaria uma necessária relação de dependência com a equipe, ressaltando, entretanto que por se constituírem na razão de ser do trabalho, haveria espaço para serem colocadas impressões não necessariamente concordantes. Reportando-se às características da cuidadora escolhida pela equipe para participar da pesquisa, expressou uma visão da relação de dependência como abuso para obter vantagens extras ao atendimento combinado à gratidão e retribuição pela dedicação e envolvimento da equipe:

*Aquileia: "E escolheram (...) uma usuária que utiliza o sistema desde o começo, (...) tinha o pai e a mãe (...) restritos. (...) ela aproveitava quando ia fazer a visita (...) pedia (para) agendar consultas sem ter que ir ao CS (...). O pai (...) faleceu anteontem e ela falou que vinha (para a reunião de avaliação da pesquisa) do mesmo jeito. (...). Então foi uma surpresa, até para a equipe. (...) Mas ela também ainda precisa do serviço, porque a mãe não enxerga e tal. (...) Essa questão do usuário, a relação (...) a gente não tem **idêia** (...) ela é, em si, muito significativa, né. Sem isto, não existiria o projeto, né. (...) Agora eu saquei. No nosso projeto ele é o **usuário** mesmo.*

A partir da politização das lutas reivindicativas e redemocratizadoras da sociedade brasileira na década de 70 e 80, surge uma forte estrutura institucionalizada, os conselhos de saúde nos vários níveis de governo, que contam com a participação paritária dos usuários (50%), dos gestores e profissionais (os outros 50%), cujas atribuições envolvem não só exercer pressão, mas também planejar e fiscalizar todos os atos da política e gestão do sistema. Seria importante destacar que em Campinas, há um enfoque atribuído à modelagem Paidéia, que diz respeito à gestão colegiada ou co-gestão. Segundo tais diretrizes, os centros de saúde de Campinas devem ter um Conselho Local de Saúde atuante, com a estrutura e o poder acima indicados, mas também precisam criar ou fortalecer os colegiados de gestão, constituídos por gestores e representantes das categorias dos profissionais das unidades. Segundo CAMPOS (2000) a gestão colegiada seria um espaço para se tratar dos paradoxos e ambigüidades tais como “assegurar tanto objetividade operacional (produtividade, eficiência e eficácia), mas também produzir Grupos Sujeitos de trabalhadores, aptos a participar, de fato, dos sistemas de Co-Gestão.” (CAMPOS, 2000)

Mas como destacou VASCONCELOS, EDUARDO (2003), a busca pela democratização do acesso e da qualificação de bens e serviços, bem como do acesso ao poder de direção sobre as políticas públicas em geral, contém as mais diversas formas de expressão: as “formas mais comuns de cuidado de si, ajuda e suporte mútuos, projetos comunitários, formas cooperativas, direitos humanos, formas de democracia participativa e direta, auto-gestão e movimentos sociais” organizados em associações ou partidos políticos, os quais vislumbram alternativas para as realidades sociais opressivas e excludentes (VASCONCELOS, EDUARDO 2003).

Neste sentido, várias práticas que se aproximam mais de uma ou outra maneira de luta pela cidadania na saúde aparecem nas falas de nossos sujeitos de pesquisa. Aquelas que envolvem a cooperação e produção de bens para ampliação de renda, o trabalho voluntário, a constituição de pequenos grupos cooperativos que se organizam para sustentabilidade dos projetos, a participação comunitária reivindicativa de espaços e infra-estrutura junto ao poder público, a participação nos conselhos locais de saúde ou mesmo no conselho municipal do idoso⁷⁹.

⁷⁹O Conselho Municipal do Idoso em Campinas foi criado por lei em outubro de 1992 e regulamentado por nova lei em 1998. Verifique no endereço www.campinas.sp.gov.br/cib/juri/lei9965.htm.

GERSCHMAN (1995), que estudou a trajetória de vários movimentos sociais que compõem ou compuseram a Reforma Sanitária brasileira e tomou o movimento popular de saúde como um de seus focos de análise, identificou fases em sua conformação, aludindo momentos característicos que poderiam nos ajudar a situar as representações dos sujeitos da pesquisa referentes a este ponto. Para esta autora, na fase reivindicativa daquele movimento, as experiências comunitárias que visavam ampliar o acesso e a distribuição mais igualitária dos serviços, constituíram-se atuando num nível de atendimento das demandas imediatas comuns aos excluídos ou desfavorecidos de uma determinada região, no bojo de várias iniciativas de Medicina Comunitária que surgiram no país. A chamada participação comunitária veio de experiências em que pequenos grupos de cooperação e solidariedade pressionavam por mais atendimento de saúde. Com a politização do movimento, as reivindicações restritas ao setor saúde foram ganhando articulação com outras lutas nacionais, associando-se às condições gerais de vida, buscando intervenção nas decisões estatais do setor, combinando-se com outras forças para instituir mudanças na política nacional de saúde, ou também se unindo às lutas de outros setores, na busca de uma nova forma de organização social e política para o país. A participação dos movimentos sociais que se constituiu como força política no cenário das disputas nacionais, enfatizando a política de saúde, é conhecida como participação popular na saúde.

Dessa forma, procuro reunir as categorias relacionadas que apresentavam a riqueza de tonalidades da participação comunitária e popular na saúde tais como: o papel dos usuários, a participação comunitária para manutenção dos projetos, a participação popular que extrapola os projetos, a inclusão social e a intersectorialidade.

5.1.2.1- O papel dos usuários

Algumas representações colocadas por profissionais a respeito deste ponto apareceram numa visão mais passiva do usuário:

Orégano: “Ô, (...) será que usuário tem papel?” Aquileia:

“Eu acho que tem.” Orégano: “Não, não. (...) O usuário é o usuário. O papel dele é ser usuário.”

Salsa: “Os usuários na sua grande maioria vivem o seu papel de tratar suas patologias e já têm um vínculo na unidade. Participam de grupos (Hipertensão e Diabetes).”

Ele é dependente ali, ele tem necessidade daquele serviço, mas isto não quer dizer que ele não pense alguma coisa em relação ao que está sendo oferecido. Se ele tá curado, tá bom...” (grifo da autora)

Entretanto, aquelas afirmações que percebiam o usuário de forma mais ativa, ressaltada no termo “responsabilização”, estiveram um pouco mais presentes:

Trabalhadora⁸⁰: “(...) o trajeto todo tem sido passar as atividades clínicas. (...) **eu** quero emagrecer é o eixo do tratamento que é feito.”

Outra trabalhadora⁸¹: “Então na verdade é a responsabilização.”
(grifo da autora)

Poejo: “Responsabilizar pelo que lhe faz bem, conscientizar-se pelo que é oferecido e o mais importante é sentir bem e saudável em fazê-lo.”

Arruda: “Tem que ouvir o que a comunidade quer, o que ela vive ali, para ver como você vai trabalhar isto.”

Nesses relatos, aparece a perspectiva da construção da abordagem partindo dos interesses da população, mas também uma idéia de “passar” as atividades clínicas, que podem ser associadas à acepção mais passiva frente ao usuário.

Reforçando a proposta ativa foram feitas indicações, principalmente pelos profissionais, que contribuiriam na continuidade das experiências, ressaltando determinadas características e condutas dos usuários:

- Questionamento, apropriação e efetiva participação:

Orégano: “(...) eles fazem perguntas. ‘Porque isso?’ ‘Porque não?’ Quando eles **tocam** o projeto, quando eles **tomam** o projeto é quando eles começam a se interrogar. Sem essa interrogação, eles não estão se apropriando do projeto. Eles estão indo lá, fazendo. Acho que essa é uma diferença. (...) Eu pensei isto agora.” (grifo da autora)

⁸⁰ Está-se referindo a uma participante desta forma pela impossibilidade de saber quem era a portadora da fala.

⁸¹ Será mencionado o termo “outra trabalhadora” desde que seja a fala enunciada por uma pessoa diferente da anterior.

- Divulgação e multiplicação das informações, trazendo mais usuários para participar:

Alecrim: *“Eles mesmos são os multiplicadores disto (...). A propaganda que eles fazem disso, a qualidade de vida que eles têm, é o que traz os outros... (...) eles também estabelecem confiança, (...) Outra: “Porque se o próprio usuário ‘tá achando que é bom...”*

Chuva-de-ouro: *“Você encontra sempre no mesmo horário, ‘ô fulana, porque você não vem no nosso grupo?’ Ah, tem medo de olhar, tem... Não tem compromisso nenhum, não. (...) ‘Vem caminhar para ver como é que é. Você vai se sentir outro?’”*

- Pressão para ampliação das atividades e construção agenciada de autonomia:

Manjerição: *“A Comunidade cobra que o grupo seja mais abrangente. (...) O usuário tem papel fundamental, pois houve uma mudança na estratégia do grupo que agora é de vivência e jovens da 3ª Idade.”*

Sálvia: *“Usuário colabora nos encontros no sentido de: organizar local, se responsabilizar pelo lanche, pelos trabalhos manuais que são desenvolvidos no dia, etc. Organização de passeios. (...) A gente tem uma participação bem efetiva deles.”*

Deste ponto de vista, elementos como a apropriação pelo questionamento, a ação conjunta para manutenção das atividades, a pressão pela ampliação do acesso e a produção de práticas mais autônomas revelariam que esses encontros de profissionais e usuários têm como fundamento a produção de sujeitos de saúde. A participação, a interação, a reflexão crítica, a afetividade, a estética, são motores da descoberta de potenciais próprios, do outro e frente ao mundo.

Por outro lado, algumas questões levantadas também pelos profissionais diziam respeito às dificuldades enfrentadas pela maneira como os usuários viam os projetos, trazendo repercussões negativas para sua continuidade:

- As altas expectativas levantadas, tendo em vista o tempo de maturação, pressionando por resultados inviáveis imediatamente:

Arruda: “(...) (a dificuldade com os usuários) *por quererem resultados (...) a 'toque de caixa'.* (...) (ele) *entra, quando vê o trabalho (...) que tem um tempo, que vai sendo trabalhado (...)* Lian **Gong** (...) *uma geração de renda (...) tentar lidar com o seu produto, comercializar... Pra (...) ter retorno... (...) isso desmotiva. E por parte dos trabalhadores vai ficando algo... (...) Trabalhoso. Também...*”

- Os recursos utilizados eram aqueles disponíveis e limitados no contexto da região:

Miosótis: “*Tem uns (da população) que se acomodam e não querem (participar)... Porque a gente faz na rua, só.*”

Mas Orégano defendeu que era importante agir com perseverança, demonstrando para o usuário a seriedade do trabalho:

“(...) *eu quis demonstrar pra ela e para os outros oficineiros, que a gente tem que insistir... As pessoas ficaram sabendo que a gente era sério. Então aí 'tá o compromisso, nós ali naquele momento enquanto gestor (...). Podemos manter viva aquela idéia. Então, hoje em dia tem umas doze pessoas lá com ela, né? E naquele dia tinha uma. E vários dias com uma.*”

A perspectiva de trabalhar com uma sedimentação paulatina e pacientemente das estratégias, porque compromissada com a criação de alternativas frente às adversidades das práticas, comportaria idas e vindas, podendo ser renovada mediante a percepção da crise como oportunidade de mudança e reconstrução.

E por fim, um aspecto que seria importante realçar, refere-se ao andamento das discussões entre os profissionais. Elas pareceram ter favorecido algumas sistematizações de compreensão: uma delas (Orégano) apresentou considerações diferentes no início e num momento posterior, mencionando, inclusive, que havia se dado conta daquela ponderação no momento mesmo da conversa. Outra (Aquileia) também demonstrou ter apreendido ali um elemento do conceito que estava sendo abordado. Nesse sentido, a validação do roteiro de avaliação provavelmente contribuiu com um dos objetivos da pesquisa, qual seja o de permitir ressignificações de conteúdos, para favorecer o aprimoramento das experiências.

5.1.2.2- Participação comunitária para manutenção e ampliação das práticas

5.1.2.2.1- Envolvendo a mobilização de recursos pela própria comunidade

Novamente as falas de usuários, profissionais e gestores realçaram a atuação dos usuários com relação à infra-estrutura para manutenção e ampliação das intervenções através de:

- Organização do local, busca de espaço, material (matéria-prima para oficinas, dentre outros) e infra-estrutura (energia elétrica, descartáveis para reuniões, dentre outros):
 - o Baile Feliz Idade através do lanche comunitário, limpeza e doação de materiais descartáveis;
 - o Hipertensão e Diabetes – melhoria e qualidade de vida, o De Bem com a Vida, o Vivavida do Boa Vista, o Corpo Espaço e Criação e o Ginástica Renascer que fazem bazar a partir dos artesanatos feitos pelas mulheres da região para aquisição de materiais;
- Captação de verba ou doações junto aos mais diversos parceiros:
 - o De Bem com a Vida mediante a doação de comerciantes para materiais da Alfabetização;
 - o Qualidade de vida na 3ª Idade (Santa Odila), o Vivavida do Boa Vista, o Corpo, Espaço e Criação pela criatividade das agenciadoras em conseguir muitas doações (para equipamentos, inclusive);
- Participação voluntária da comunidade como oficineiros:
 - o Corpo, Espaço e Criação, o Qualidade de vida na 3ª Idade (Santa Odila) e Grupos Integrados de Lian Gong e Fuxico;
- Apresentação e aprovação do projeto no Conselho Local:
 - Corpo, Espaço e Criação e Visita Domiciliar do Aurélia;
- Participação do Conselho Local para realizar avaliação do projeto:
 - Qualidade de vida na 3ª Idade (Santa Odila);

- Efetivação do poder de pressão do Conselho pela continuidade do projeto:
 - Prótese total na 3ª Idade;
- Apoio às iniciativas de sensibilização junto aos traficantes/usuários de droga da região para que sejam garantidas condições de funcionamento, pelas deficiências com segurança nos locais:
 - Corpo, Espaço e Criação, Qualidade de Vida na Melhor Idade (Costa e Silva);
- Facilidade de agenciamento das atividades em função do bairro se constituir numa *“comunidade integrada”*:
 - Centro de Convivência Itinerante, no caso do Costa e Silva.

VASCONCELOS, EYMARD (1999), em seu trabalho de pesquisa num Centro de Saúde da região periférica de Belo Horizonte, relatou posicionamentos característicos dos profissionais de saúde frente à participação popular e comunitária: desde aqueles que temem que a participação crie um nível intolerável de interferência sobre os trabalhos, até os que viam com bons olhos esta participação, seja para contribuir com o aprimoramento das práticas, seja para compensar as deficiências que os serviços não conseguem dar conta. Nas considerações levantadas, não pareceu ter havido indicação de temor frente à participação, mas vários relatos apontam a necessidade de compensação das deficiências. Algumas assinalaram tais compensações como algo necessário e bom, algo que deve ser ampliado, mas outras demonstraram certo desconforto. Apesar de submeterem o projeto à aprovação do Conselho, seu acompanhamento e discussão pelos mesmos parece não ocorrer, somente em situações de crise, em que há necessidade de garantir sua continuidade perante ameaças. As facilidades que seriam criadas pelo fato da comunidade ser *“integrada”* não foram exploradas pelos participantes, mas acredito que tenha relação com a tradição de participação comunitária que a população da região daquele projeto tem.

Este mesmo autor apontou que na atualidade, as organizações locais deixaram de ter o papel preponderante que tiveram na expressão e lutas dos grupos populares como aconteceu nos anos 70 e 80. Com a redemocratização pós-regime militar

a sociedade civil tornou-se recortada e povoada por múltiplas e diversas formas de organização, muitas vezes com sofisticado e amplo

aparelhamento institucional e material (que) elaborando e difundindo ideologias e conflitando entre si (...) são a base de sustentação do poder político nas sociedades capitalistas complexas.
(VASCONCELOS, EYMARD 1999)

Este esvaziamento seria, por muitas vezes, reiterado em falas e práticas que atestam a fragilidade das organizações: são realçados os conflitos entre seus dirigentes, citadas sua subordinação a partidos políticos ou a baixa frequência de participação dos moradores locais nas reuniões. Combinado a essas movimentações, cresce a tendência de desresponsabilização social do Estado, cujo orçamento público tem sido destinado a alcançar as metas de controle fiscal e pagamento das dívidas. Além disto, a partir das políticas neoliberais em países como o nosso, as organizações do chamado Terceiro Setor vem crescentemente sendo chamadas a cumprir papéis que anteriormente eram claramente do Estado (VASCONCELOS, EYMARD 1999).

Segundo ALBUQUERQUE (2003), as práticas educativas em saúde atuais se constituem e são constituidoras de uma realidade social diferente daquele momento de mobilização social, em que os profissionais de saúde se voltavam para a saúde pública por uma opção político-ideológica de transformação social. Mas a maior visibilidade para essa forma de inserção dos profissionais da época estaria relacionada ao fato de se ter um inimigo comum inequívoco, o que facilitava a articulação e o alinhamento de pessoas, movimentos e grupos. De outra forma, a inserção atual dos profissionais com práticas educativas em saúde parece estar mais pautada no dever profissional, ou num vago interesse por mudanças, que possa contemplar inclusive situações em que se nega a necessidade de assumir um compromisso político explícito com um referencial transformador da realidade. Por outro lado, há lugar para iniciativas mais compromissadas com a mudança, mesmo que não alardeadas aos quatro ventos. Muitos militantes aguerridos preferem, deliberadamente ou não, continuar seu valioso trabalho, com menos evidência, talvez pela pequena necessidade de se articular para que as práticas se efetivem.

Mais adiante, na discussão sobre o papel dos agentes comunitários de saúde ou da ação gestora influenciando os projetos, poderemos rever elementos acerca deste ponto.

5.1.2.2.2- Envolvendo reivindicações junto ao poder público

Os usuários reforçaram a necessidade de organização como forma de pressão junto ao poder público para conquista de melhores condições de funcionamento das práticas nos serviços, especialmente em momentos como os de mudança de governo, reafirmando a responsabilidade do Estado sobre as ações desenvolvidas:

Cravo: *“É ir até a Administração para que esses **espaços** fossem cedidos, aumentados (...) se tá dando **resultado bom**, porque não (...) cavar um espaço lá dentro. (...) Agora (...) um incentivo do Cândido Ferreira, que está até vendo uma casa para alugar. (...) daqui a pouco (...) acaba a verba deles lá... (...) A gente não pode... Contar com as coisas que não são da gente. (...) a Prefeitura (poderia) fazer um barracão, uma coisa **própria**. (...) o Centro de Saúde do Paranapanema está com uma reforma (definida) através do OP. (...) Se **todo** esse aumento for resolvido, nós vamos ter mais espaço para trabalhar. Só que a reforma não sai (...) O **terreno** para o aumento tem. (...) tem a verba e num saiu o trabalho.”*

Liziantus: *“(...) necessidade de encontros com nova Administração. (...) Eles é que vão colocar uma placa. Porque agora tudo vai melhorar **bastante**. (...) Apesar de nós sermos idosos, né, não vamos também deixar (...) afundar, mas o Centro de Saúde nosso já ajudou muito nós. (...) Se não a gente tava esquecido... (...) a gente fica contente com isso. (...) Não pode deixar a peteca cair, tem que jogar para cima.”*

Crisântemo: *“(...) Nós queremos... (...) É preto no branco. (...) Melhorar cada vez mais, né.”*

Boca-de-leão: *“Vamos ver o que vai sair”.*

Os gestores indicaram as várias articulações para continuidade, inclusive a aprovação de verbas no OP para um centro de convivência conjunto do Santa Odila e do Paranapanema:

Timbaúva: *“O projeto não só tem continuidade, como (...) proposta de ampliação. (...) Há uma parceria com o Cândido Ferreira para ajuda no fornecimento dos materiais. (...) proposta do espaço físico*

futuro (...) já era para estar pronto já, mas não começou. (...) virar esse Centro de Convivência conjunto do Orozimbo com o Paraná. Para não perder o espaço e dá para fazer oficina. (...) Barbatimão: "Entrou no OP da Saúde."

Como citado anteriormente, a fase de coleta de dados na pesquisa foi realizada no último semestre daquela Gestão. Neste e noutros momentos, essa situação influenciou de maneira importante as pessoas, fazendo-as posicionar-se na defesa de estratégias de continuidade. Dessa forma, a capacidade de organização popular pode ser resgatada.

Tendo em vista o contexto mais geral das políticas neoliberais de desresponsabilização do Estado sobre a efetivação das políticas sociais e os contra-movimentos pela sua republicanização, Cravo defendeu maior condição de perenidade para o projeto através da garantia de um espaço público controlado socialmente, valorizando a disputa de recursos no Orçamento Participativo, mas se impacientando com o descompasso e a morosidade da Administração na sua concretização.

Campinas vinha sofrendo as repercussões das políticas neoliberais conforme mencionado. Teve sua situação financeira ainda mais precarizada em função de um grave endividamento que, mesmo o governo municipal tendo investido de forma bastante acentuada seu orçamento em saúde⁸², não conseguiu criar condições suficientes para atender a demanda por serviços. Essa insuficiência está relacionada, entre outros motivos, ao pequeno investimento em saúde das outras esferas de governo, especialmente a estadual, à impossibilidade de conseguir empréstimos em função da dívida contraída, à morosidade da máquina burocrática, ou mesmo pelo fato da demanda ser muito maior do que a capacidade implementadora de uma Gestão. A Secretaria Municipal de Saúde, por meio de um convênio com o Serviço de Saúde Cândido Ferreira, serviço de referência reconhecida nacional e internacionalmente em inovações assistenciais na área de saúde mental, conseguiu superar vários entraves na contratação de pessoal, no fornecimento de alguns materiais, dentre outros expedientes necessários de suporte à assistência prestada⁸³.

⁸²Segundo o referido Relatório da Gestão 2001-2004, em 2000 eram 180 milhões de reais investidos pelo município em Saúde, em 2004 essa quantia foi ampliada para 280 milhões, o que conferiria a Campinas o título de uma das cidades brasileiras que mais investia em saúde na ocasião.

⁸³Graças a isto, por exemplo, foi implementada a contratação em regime celetista dos cerca de 500 agentes comunitários de saúde nesta gestão para implantação do Paidéia.

5.1.2.3- Participação Popular que extrapola as práticas

Os depoimentos indicados a seguir referem-se à postura de cidadania coletiva de algumas iniciativas avaliadas. Tanto a trabalhadora quanto a usuária fizeram apelos para que a participação seja fortalecida dentre os presentes, procurando reforçar a importância da atuação enquanto conselheiros, novamente frisando a oportunidade disto no final da gestão:

- Crê-Vida Feliz

Dente-de-leão: “para quem trabalha com o Idoso, a formação do Conselho Municipal do Idoso é importantíssimo (...). Lá é verba que vem... (...) Conferências... A importância do Idoso estar indo sempre. Em cada região vai ser uma data. (...) eu vou estar lá representando, como conselheira municipal da saúde do idoso. Então qualquer informação que vocês queiram, me liguem no Valença (...) Para levar (...) os problemas (...) pra gente ver se melhora. Porque (...) (os idosos) não sabem que eles têm direito no Estatuto.”

- Baile Feliz Idade

Crisântemo: “Tem Conferência Municipal do Idoso. Teve que ter conferências por região. (...) lá é o espaço que o Idoso (tem) (...). Nós estamos no fim do ano, e como conselheira, (...) porque tem conselheiro aqui também, espero que na nova Administração para a 3ª Idade, esta foi muito boa (...) nós não vamos deixar acabar o que está plantado. Temos que ficar bem espertos nos Centros de Saúde. (...) Porque eles vão chegar: ‘nós vamos matar’. (...) Os projetos são coisas muito boas (...) Cada Centro de Saúde tem seu conselho. Eu peço a vocês todos. Não vamos ficar com medo. Vamos levantar a cabeça. (...) É um direito nosso e vamos continuar. Agradeço à coordenação que foi muito boa. (...) A opinião dos idosos é que não tem (espaço).” (grifo da autora)

Uma gestora ressaltou o Crê-Vida Feliz como projeto que paulatinamente foi ganhando características de intersectorialidade e abrangência, articulador de vários recursos e atores extra-comunidade na viabilização de propósitos para além das atividades nele circunscritas ou mesmo da região:

Barbatimão: *“Aquele projeto do Banco de Alimentos d(o Distrito) Noroeste (...) em parceria com o comércio local, por iniciativa deles. Eles (os comerciantes locais) bancaram o pessoal do Crê-Vida. Foram treinados pelo pessoal da VISA, para saber o que é um alimento saudável (...) Eles recebiam, separavam, montavam as cestas, e o pessoal vinha buscar. Eles são muito animados para outras coisas da comunidade. (...) Tem a visão do papel do cidadão. É um grupo (...) que rapidamente se tornou uma coisa abrangente, intersetorial. (...) Ele é um projeto da comunidade hoje. (...) Tem lá o negócio do Conselho Municipal do Idoso, tem lá...”*

Nesses relatos, ao superarem os limites imediatos de sua atuação no setor saúde ou de sua vinculação ao serviço, os agentes da participação popular acentuaram sua condição de sujeitos coletivos, de representação de outros na luta por cidadania. Mais do que isto, procuraram exercer seu papel educativo de incentivo à organização popular na manutenção e aprimoramento de conquistas.

Ressalto, então, que as experiências analisadas caracterizaram-se, de uma forma preponderante, como formas de participação comunitária que priorizaram esforços na manutenção e ampliação das práticas educativas vivenciadas, com poucas propostas ganhando aspectos de participação popular, pela sua ampliação em ações intersetoriais. Vale dizer que a participação comunitária que a maioria das práticas pareceu fomentar estaria mais relacionada com aquelas voltadas para reprodução das próprias atividades desenvolvidas. Enquanto que poucas práticas específicas de alguns usuários e uma trabalhadora, pelo menos, estavam voltadas para o envolvimento em órgãos de representação direta, seja na unidade, seja na política pública municipal voltada para o idoso.

Para VASCONCELOS, EYMARD (1999), as lideranças das organizações populares que se constituem como representantes de estruturas formalizadas como os conselhos, possuem condições socioeconômicas melhores que o restante dos moradores de sua região. Em geral demonstram uma elaborada cultura de resistência resultante de múltiplas lutas anteriores que, neste caso, tiveram um importante descenso, parecendo com fracasso. Sendo transitórias as lutas por melhorias pontuais, fazem-nos crer que

desapareceram. Na verdade, elas se reestruturaram, caso o processo tenha raiz real no cotidiano de vida da população. Este autor lembra-nos da antinomia previsão-provisão, que está no cerne do entendimento dos processos de organização e capilarização das lutas populares. Um pólo desta antinomia se apresentaria também na saúde, no descaso institucional ou na falta de habilidade educativa que afasta aqueles sujeitos que têm dificuldades urgentes em prover sua vida. Para se envolverem, necessitariam ter algumas condições básicas atendidas para que pudessem ter um olhar de futuro, de previsão de medidas intermediárias e necessárias à emancipação e à cidadania. Os setores mais ativos podem atuar porque suas condições permitem, mas necessitam manter sua ligação com os setores menos organizados. Muitos serviços e profissionais de saúde acabam por marginalizar os mais miseráveis, diante de sua incapacidade de superar limites impostos pela sobrevivência: quando não retornam na consulta, quando não se levantam imediatamente diante de uma desgraça na família, reputam a esses desafortunados uma inexistência de vontade ou incapacidade de reagir frente à desventura. Reconhecem somente aqueles expoentes das organizações formais, que respondem mais facilmente aos reclamos das medidas preventivas de saúde.

No caso da pesquisa em questão, pareceu-me que esta antinomia tenha estado menos evidente, visto que talvez tenhamos trazido uma composição de usuários, com menos necessidade de provisão imediata da vida, conquanto mais ocupados com a manutenção/ampliação do trabalho desenvolvido, inclusive permitindo-se alçar vôos no rumo da participação para produção de saúde, autonomia e direitos. Como o desenho metodológico utilizado priorizou o contato com os grupos de interesse mais evidentes sem caracterizá-los socioeconomicamente de forma específica e como também há uma grande diversidade de formas de participação entre os sujeitos, suponho a ocorrência de diferenças na condição social destes participantes da pesquisa. No tópico seguinte explorarei mais detidamente as condições de acesso aos projetos para os mais vulneráveis das regiões.

5.1.2.4- Inclusão social

A inclusão foi proporcionada por experiências que envolveram geração de renda pelo trabalho e convivência entre os participantes (além do citado abaixo, temos o Grupos Integrados de Lian Gong e Fuxico, Qualidade de Vida na 3ª Idade – Santa Odila):

Timbaúva: “(...) do ponto de vista profissionalizante, você está inserindo a questão do trabalho (...) e a outra coisa é dar prazer para as pessoas (...) Da convivência.”

As demais experiências (principalmente o Crê-Vida Feliz, Idosos com Prazer, Corpo, Espaço e Criação, Vivavida do Boa Vista), exceto a Visita Domiciliar do Aurélia, incluíram pela ampliação da convivência familiar, na comunidade, com os grupos de contato e outras formas mencionadas. No caso da Visita Domiciliar, a usuária indicou que se criaram condições para inclusão pelo acesso ao serviço de saúde.

Em relação a este tema ocorreram duas polêmicas nos grupos dos gestores e dos profissionais: uma a respeito das concepções sobre inclusão e outra acerca da violência, dificultando a inclusão, respectivamente.

As diferentes concepções sobre inclusão

Nessa primeira discussão, Timbaúva acentuou que a inclusão no projeto que representava não se daria pela doença, mas pelo acesso ao esporte, pois no caso dos meninos participantes da oficina de futebol, a desigualdade social ficava patente:

“Tem criança que tem coleção de tênis, né? (...) E aqueles meninos não têm o que por no pé para jogar futebol... (...) Incluir pelo esporte é uma forma.”

Caviúna do Cerrado, por outro lado, discordou que houvesse inclusão social ao fornecer os tênis para eles, visto que essa inclusão se daria mais na esfera do consumo e não da inversão da condição de pobreza, pressuposto e pré-condição de uma proposta inclusiva:

*“Ele tem o tênis dele (que ele não usa no futebol), (...) (para) substituir pela chuteira. Agora tem uns que (é) **inclusão mesmo**, o cara tá excluído. (...) gente **abaixo** da linha da miséria no Brasil, 50% da população. (...)”*

Sucupira concordou com Timbaúva, definindo inclusão social, como “ter acesso à cultura, ao esporte, ao lazer, saúde, educação, etc. e tal” e ponderou que o menino poderia ser incluído no grupo, jogando bola descalço, redarguindo à diferenciação assumida por Caviúna do Cerrado.

A visão de inclusão/exclusão proposta por Caviúna do Cerrado, destacando aquela referida como reversão da condição social, diz respeito à necessidade de priorizar a precária situação de vida encontrada nas áreas onde os projetos foram desenvolvidos.

Considerando que a maioria das iniciativas procurou “incluir” pela convivência, com base no que foi captado como necessidade dos usuários, analogamente ao que foi apontado por MERHY (2002), assumo um ponto de vista relativizado nesta questão.

Esta perspectiva baseia-se nas colocações de VASCONCELOS, EYMARD (1999). Este autor ponderou que, tradicionalmente, a exclusão social é vista como uma carência de ou não acesso a (atendimentos de saúde, condições de vida dignas, mercado de trabalho, convívio social, etc.) e não como busca ou insistência na vontade de viver, a despeito de todos os obstáculos. Segundo este autor, a condição de miséria de muitos brasileiros não é vivida como necessidade imediata e permanente de busca racional dos meios para superá-la. Isto, segundo ele, não indicaria desistência de lutar, mas justamente o contrário: “que a vida vale a pena, mesmo sem perspectiva de saída para o sofrimento e a pobreza que se tem de aturar diariamente” (VASCONCELOS, EYMARD 1999). Ele recuperou as formas difusas de resistência apontadas por FOUCAULT (1985), os micropoderes que ocorrem com relativa autonomia das instâncias formais de poder instituído, que aparecem nas cumplicidades, nos apoios, somente captadas pelas dimensões culturais e subjetivas. Mas ao mesmo tempo, alertou-nos para situações em que a submissão à miséria torna as pessoas de tal forma vulneráveis que ficam incapazes para qualquer iniciativa, levando consigo seus dependentes como crianças, idosos, portadores de doenças incapacitantes. Neste caso, na situação de crise, é necessário que os serviços de saúde intervenham para retirar as famílias da situação de risco.

Os profissionais frente à violência

Na outra polêmica, a visão dos profissionais acerca da condição de exclusão/inclusão dos usuários aos serviços diante das situações de violência apareceu quando se discutiam as dificuldades de encontrar um espaço adequado para ampliação do projeto Corpo, Espaço e Criação, com a criação do Portal das Artes.

Orégano afirmava a necessidade de conhecer bem onde localizar a casa, que devia ser num lugar seguro, mesmo que fora da comunidade, porque ela vinha de várias experiências em que se sentiu acuada pela violência no bairro: “*eu já tinha passado uma semana anterior (...) que eu me senti **acuada** lá por um paciente alcoólatra... (...) ‘Vamos ficar em outro lugar’.*” Mas Camomila argumentava que a escolha do espaço deveria expressar simbolicamente a inclusão da população nos serviços, sendo dentro da comunidade. Reafirmando que sua opção também significava inclusão, Orégano explicou que foi uma decisão tomada “*conversando com as pessoas (...). Porque moram lá na comunidade.*” e que queriam uma casa próxima do Centro de Saúde. Buscou ressaltar que essa foi uma experiência muito particular da equipe, diante daquelas circunstâncias, que poderiam mudar um dia. Salientou que mesmo tendo “*uma certa (...) **ideologia**, frente a certas coisas. (...) eu acho que tem (que ter) um pouco de bom senso. (...) Ou então a gente tem uma certa **inocência**, frente a certas coisas...*” Reafirmou que para ela a inclusão ocorreria através do Portal da Artes:

*“Isso sim é **inclusão**, quando você abre as portas (...) e fala assim: ‘vem’. Nós estamos aqui. Aí você **dá** condições para um trabalho... Isso é inclusão. Quer seja onde você estiver. Mas onde você estiver, você tem de ter (...) **no mínimo**, abertura para aquele momento **naquele lugar** e não num outro.”*

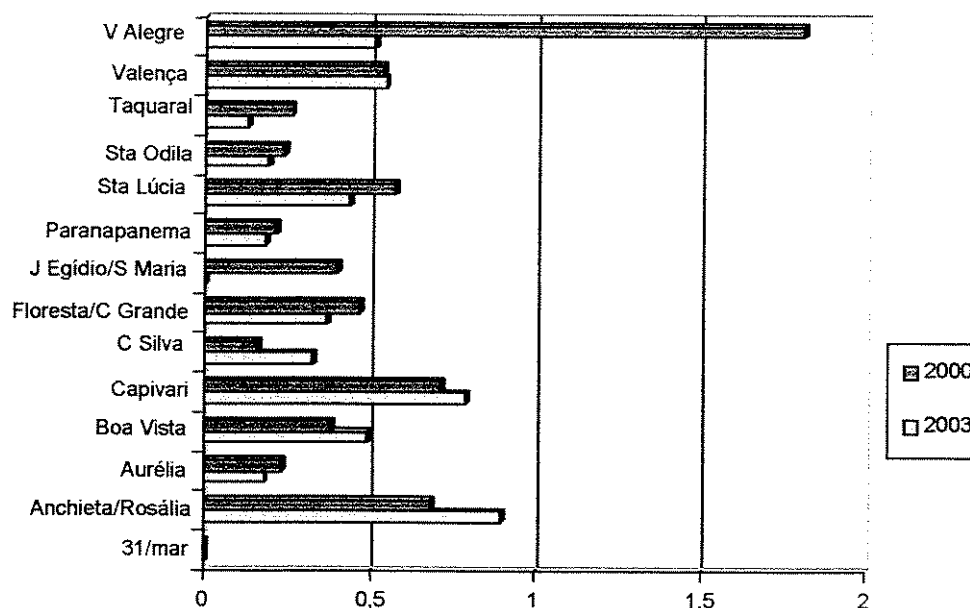
Poejo posicionou-se procurando convencer Orégano, contando sua experiência de temor frente à proximidade de usuários de drogas nos locais das atividades que realizava e que, após ela ter se desviado do local com seu grupo, foi contatada para que voltasse porque eles respeitariam o trabalho do Centro de Saúde. Arruda também foi na mesma linha, relatando seu contato inicial, receoso com a região das ocupações de sua área de atuação, que não conhecia, mas tendo mudado após a inserção na comunidade. E ainda reforçou:

*“(...) essa experiência que eu tive de ter morado na Vila e ir trabalhar nas **ocupações**, serviu muito. Porque muitos profissionais **tinham** esse receio: ‘(...) Vão roubar nosso carro.’ Então tinha essa idéia, porque não conhecia a realidade local. (...) Então, lógico que você tem que tomar todo o cuidado, como em **qualquer** outro lugar.”*

Pegando esta deixa de Arruda, Poejo procurou tecer suas considerações realçando a diferença “do profissional que **trabalha** na **comunidade**, mas é do **outro lado**. (...) não que a gente não tenha **medo**. É que a gente **vive** com eles.” Mas, segundo ela, a diferença não é somente pela vivência na comunidade, pois “Até mesmo as auxiliares que às vezes **moram** na comunidade. (...) Mas eles têm um outro preparo (...) É outra forma de atendimento”.

Por fim, Aquileia procurou contemporizar, considerando que ambas as posições não eram contraditórias, mas a escolha do local dentro ou fora da comunidade era legítima, porque havia, inclusive, quem defendesse uma aproximação com os traficantes da comunidade como estratégia de proteção aos projetos, mas considerava que tudo dependia da disponibilidade pessoal em caminhar num sentido ou noutro. Assumiu ainda que tenderia individualmente pela postura defendida por Camomila, de inclusão através da escolha do local, mas percebia como benéficas ambas as saídas. Acreditava que dentro da comunidade, o grupo tornando-se receoso, pelos sucessivos episódios de violência, poderia se dispersar, abandonando seus propósitos iniciais, prejudicando a continuidade do projeto. Reafirmou, assim, a posição de Orégano de que tudo dependeria de uma decisão madura do grupo.

Essa não é uma questão menor. No Gráfico 8, estão os dados disponíveis acerca da situação de homicídios nos últimos anos, nas áreas de abrangência dos Centros de Saúde envolvidos na pesquisa, uma vez que são indicadores do contexto de violência e exclusão social vivenciados pelos sujeitos envolvidos.



Fonte: CII – SMS, proFonte: CII/SMS, processamento para esta pesquisa, janeiro/2005

Gráfico 8- Coeficiente de mortalidade por homicídios nas áreas de abrangência dos Centros de Saúde com experiências analisadas, em 2000 e 2003

O bairro São Fernando, que fica na área de abrangência do Centro de Saúde Paranapanema, é famoso na cidade pela situação de violência. Entretanto, os dados disponíveis indicam que o número de mortes por homicídio, considerando a população que habita a região não seria um dos mais significativos, pois outras nove unidades têm números maiores que os desta. Outra constatação interessante é que das 14 unidades, oito tiveram seu coeficiente de mortes por homicídio de 2000 para 2003 diminuído, inclusive o Paranapanema. Por outro lado, a evidência das condições de violência no São Fernando poderia estar correlacionada ao fato de que este bairro tem uma condição singular, em que bolsões de pobreza convivem em meio a expoentes de riqueza das denominadas classes médias e médias altas de Campinas, cujos expoentes têm maior capacidade de repercutir as ameaças sofridas. Enquanto isso o morador do Vista Alegre ou do Anchieta, por exemplo, uma população cravada nos limites periféricos e segregados da cidade, contaria com menor repercussão para suas dores advindas da violência.

Campinas é uma cidade em que a questão da violência é muito propalada, afinal, recentemente teve seu prefeito assassinado. Várias são as vezes em que se ouvem relatos de assaltos de que são vítimas profissionais de saúde que trabalham nos Centros de Saúde. Durante esta gestão, algumas unidades tiveram seu horário de funcionamento noturno reduzido e seu sistema de segurança reforçado diante de acontecimentos deste tipo. No Paranapanema, especificamente, o relato da presença de narcotraficantes é freqüente e mesmo na pesquisa, esta situação foi citada pelos representantes dos três segmentos envolvidos⁸⁴.

Por outro lado, VASCONCELOS, EYMARD (1999) alerta-nos que a questão da violência é campo fértil para fantasias e projeção de preconceitos, pois “uma das estratégias de dominação é a manipulação pelo dominador da idéia que a sociedade tem do dominado” (VASCONCELOS, EYMARD 1999). Como vivemos em mundos cada vez mais separados pelas fronteiras culturais e socioeconômicas, se os atos de violência ocorrem com freqüência, a cada situação revivida, são trazidos à tona os preconceitos. O autor assinala que o medo da violência, ou a sensação de ser anulado ou aniquilado, não é passível de ser afastada a partir de uma decisão racional. Ao contrário, está instalada em níveis muito profundos dentro de nós. Assim, mesmo com os argumentos colocados por outras colegas (Poejo e Arruda) de que puderam estabelecer algum tipo de “contrato” com os eventuais integrantes de grupos ligados à contravenção de suas comunidades, em função do papel social que cumpriam, não foi possível para a trabalhadora considerar outra hipótese. A elaboração proposta por ela, com a qual concordou Aquileia, de que seria uma decisão consensuada na equipe pode ser acertada, especialmente se ela traz tranquilidade ou mesmo reflete uma demanda por mínimas condições de trabalho, apesar de momentânea, para a abordagem do problema. Pelo menos ela não traduz a indiferença de outros profissionais que “para se defender dos impactos dos sentimentos ameaçadores (...) distancia(m)-se e trancam sua sensibilidade emocional, tratando a todos formalmente ou com ironia” (VASCONCELOS, EYMARD 1999). Este é o limite pessoal dos profissionais, que precisa ser trabalhado, seja gerencialmente, seja educativamente, especialmente se estiver afetando a reciprocidade de tratamento com as classes populares. (SMEKE, 2002)

⁸⁴Lembrando que duas usuárias (uma delas é moradora do São Fernando) citaram propostas de apoio junto a traficantes ou usuários de drogas para garantir condições de funcionamento aos projetos.

Por último, seria importante retratar que, durante a reunião de validação, em que pudemos revisar os conteúdos a serem apresentados na pesquisa, as participantes resgataram a polêmica sobre violência e ocupação do espaço na comunidade, quando Orégano relatou ter sido *“boa a nossa discussão (sorrindo e se dirigindo à Camomila). (...) Rendeu páginas... (...)”*, demonstrando certa ironia. Mesmo tendo prevalecido a contemporização proposta por Aquileia, pareceu-me evidente que não foram apaziguadas essas inquietações geradas no cotidiano dos serviços ou mesmo na sociedade em geral. Elas evidenciam um incômodo de todos: uns procurando escolher caminhos que permitam minimamente atuar, reconhecendo a dimensão da desigualdade social e política e da perda de valores como a solidariedade e generosidade e outros evitando-a ou tratando a questão nos limites do incremento do aparato de segurança.

5.1.2.5- Intersetorialidade

Os depoimentos a seguir apresentam algumas iniciativas caracterizadas pela constituição de ações intersetoriais:

- Centro de Convivência Itinerante

Pequi: *“(o projeto) surgiu de reuniões intersetoriais que a gente faz do Costa e Silva e Taquaral. (...) a partir dele começamos um trabalho (...) que foi muito bom porque a gente socializou um problema da região (...) discutimos com a Educação, com a Assistência e todos fizeram um trabalho em cima disso. A partir daí esse centro foi criando várias ramificações (...). Então ele existe até hoje e vai continuar e crescer.”*

Borago: *“é a interação e integração entre as diversas secretarias e equipamentos que existem na comunidade, (para) estar despertando participar com a comunidade, para tentar usar os equipamentos de uma forma mais adequada, melhor (...).”*

- Crê-Vida Feliz

Barbatimão: “(...) nasceu de um grupo de hipertensos do Valença, que rapidamente se tornou uma coisa abrangente, intersetorial, com essa característica. (...) Foi o dono do supermercado que pegou a área (...) para que o projeto funcione. Daí hoje tem abertura para várias outras coisas das unidades. Tudo com articulação desse cara, o dono do supermercado. (...) E é um grupo muito grande, que tá crescendo... (...) Essa menina, a Dente-de-leão, (...) começou ela e o profissional da unidade (...) começaram (...) E caminharam...”
(grifos da autora)

Para CKAGNAZAROFF e MOTA (s.d.), a intersectorialidade

é uma prática social que vem sendo construída a partir da existência de profundas insatisfações, principalmente no que se refere à capacidade das organizações sociais em dar resposta às demandas sociais e aos problemas complexos de nosso mundo.
(CKAGNAZAROFF e MOTA, s.d.)

Esta visão advém das críticas cada vez mais correntes à racionalidade cientificista, posto que o conhecimento especializado e fragmentado das disciplinas não tem conseguido dar conta de compreender os processos complexos e contraditórios que ocorrem no mundo real. Outro aspecto apontado é a necessidade de enfrentamento de uma lógica de organização e poder nos serviços públicos em que prevalece uma pequena ou nenhuma participação social voltada para o atendimento das necessidades individuais e coletivas do cidadão.

Na saúde, a intersectorialidade vem sendo indicada desde a Conferência de Alma Ata em 1978, mas também encontra defensores inflamados no debate sobre Promoção de Saúde enfatizada nas propostas das Cidades Saudáveis, em que a ação intersectorial seria uma alavanca importante para as mudanças dos modelos tecno-assistenciais preconizadas na consolidação do SUS (NOBRE, 2003).

De acordo com CKAGNAZAROFF e MOTA (s.d.), as iniciativas de intersectorialidade demarcadas nos depoimentos acima, demonstraram um interesse maior de envolvimento e participação dos equipamentos sociais das regiões, para potencializar

esforços na melhoria da qualidade de vida da população, orientados pelas estratégias da participação comunitária e otimização de recursos.

Uma outra característica a ser salientada é o formato da intersetorialidade considerando-se a relação entre parceiros. No caso do Centro de Convivência Itinerante, CKAGNAZAROFF e MOTA (s.d.) citam uma forma autônoma ou orgânica, em que a rede de setores ou atores sociais é formada a partir da mobilização por um ou mais deles, a partir de uma idéia-força que os leva a definir um objetivo comum a ser realizado através desta articulação, com a preservação da identidade original de cada participante. No caso do Crê-Vida, segundo os autores, a intersetorialidade é tutelada, na medida em que os participantes da rede têm autonomia, mas se articulam sob a égide de uma organização “que os mobiliza em função de um papel de regulação legal ou de capacidade de financiamento e que, por isso, modela o objetivo comum.” CKAGNAZAROFF e MOTA (s.d.)

Outras experiências referiram contar ou não com a colaboração de setores da Prefeitura, mas de forma pontual:

- Baile da Feliz Idade:

Crisântemo: “Foi muito boa a integração dos Centros de Saúde com as outras secretarias (...) (a Secretaria de Cultura) cedeu (o som) para um rapaz e não cedeu para mim, fiquei muito chateada. (...) não sobrou dinheiro para eu fazer a minha festinha, porque eu paguei o som.”

- Vivavida do Boa Vista:

*Alecrim: “Nós somos **privilegiadas** até... Porque a gente não tem problema **nenhum** em... (...) A gente tem a Cultura, Esportes e Lazer que é um espaço **enorme**.”*

- Abrace sua Praça:

Cavalinha: “somos apoiados por (...) outras secretarias (esporte e cultura).”

*Miosótis: “(...) vai por na quadra (de esportes). (...) um posto de Guarda Municipal (...). E estamos com problema também (...) da **piscina**. (...) o motor está queimado (...) não tem como limpar (...) a ginástica... (...) Então é muita **burocracia**.”*

- De bem com a Vida:

Girassol: “(...) Mas a gente não conseguiu nada (com outras secretarias)”.

- Qualidade de Vida na 3ª Idade (Santa Odila):

Cedro: “Se tivéssemos mais empenho dos demais, dessa questão intersetorial, acho que (o projeto) estaria muito maior do que está.”

No caso dos projetos acima não parece ter ficado evidente uma rede de parceiros que cooperam, pois dependendo da maior ou menor estrutura, os parceiros da saúde se ressentem pelas dificuldades de obter apoio.

Vários posicionamentos de gestores trazendo os conflitos advindos da relação entre setores/disciplinas, em que a Saúde é vista como influenciadora principal da integração entre os serviços, o que reforçaria, com o desenvolvimento e ampliação das atividades, a necessidade de que os demais setores se responsabilizassem mais:

Caviúna do Cerrado: “(...) uma questão muito importante, que é a interface da saúde. (...) quando a gente vai para um cinema... (...) Seria fazer em parceria com o centro de convivência. (...) Mas é a questão de que nós temos uma **especificidade**. Que bom que chegou nisso, que vai pro cinema, pro teatro... (...) Mas o centro de convivência poderia estar **assumindo** essa... (...) Um centro de convivência em **interface** com a saúde.”

Timbaúva: “E depois que o projeto avança, ele tem que ter uma autonomia das pessoas, porque não precisa do Centro de Saúde. É a saúde hoje que tá à frente de um monte de coisa. Mas acho que **nem** devia ser... Acho que a gente podia ser convidado... Sei lá a Educação, outro...”

Timbaúva: “Olha só: ‘eu quero dar chuteira para os meninos!’”

Outra: “Aí é que entra a iniciativa privada”. Timbaúva: “É. Por que essa ilusão? Até quando a gente pode ou deve conseguir isso? (...)”

Pequi: “Mas na questão do intersetorial também (...) é a saúde que fez eles usar (sic) aqueles tênis? (...) Então não tem a ver com a saúde. Entenderam? (...) Fica (falando) tudo é saúde! Então nós vamos viabilizar as chuteiras?” Timbaúva: “Não.” (grifos da autora)

Os conflitos a partir do papel de principal agenciador, bem como sobre visões divergentes na forma de abordagem da questão que mobilizava os parceiros, apareceram de forma mais afluída em outras falas de profissionais:

Orégano: “(...) a saúde (...) pôs mais a cara. (...) Então, hoje em dia o pessoal da Educação (...) Eles têm uma dificuldade dentro da escola, o que fazer com os alunos, como que eles lêem... (...) A escola está autoritária e ainda perdida. Quer avaliação constante do psicólogo não para avaliar, mas para dizer ‘realmente este garoto tem problemas!!!’”

Camomila: “(...) os profissionais das demais secretarias têm má-vontade em participar e (...) acaba caindo sempre na Saúde o trabalho. (...) (os agentes) fizeram (uma estratégia) (...) de sair para que outros agentes menos atuantes se envolvessem, tanto do Costa e Silva, quanto do Taquaral, para ver se conseguiam fazer as outras secretarias trabalharem.”

A abordagem de determinado problema, na intersetorialidade, tendo em vista os diferentes padrões de interação e de pontos-de-vista entre os profissionais e mesmo entre as disciplinas envolvidas, podem ser visualizados nas discussões trazidas por Orégano e Manjerição, ou mesmo nas diferenças de envolvimento e dedicação entre os parceiros, indicada por Camomila (CKAGNAZAROFF e MOTA (s.d.); NOBRE, 2003).

No debate trazido por Timbaúva, Pequi e Caviúna do Cerrado ficou evidente o papel agenciador da saúde nas experiências. Esta questão apresentou-se de forma controversa na bibliografia consultada. Na Oficina de Promoção da Saúde e Intersetorialidade ocorrida durante o VII Congresso da ABRASCO (ABRASCO, 2003), foi destacada a capacidade de influência da saúde sobre outros parceiros, sendo citado o caso em que setores do judiciário e da segurança pública reviram sua forma de abordar as crianças em situação de violência doméstica. Em contrapartida, NOBRE (2003) apontou suas dificuldades no trabalho com a saúde numa iniciativa intersetorial relativa ao Programa de Erradicação do Trabalho Infantil na Bahia.

Partindo do pressuposto de que as parcerias construídas a partir da intersetorialidade precisam ser ainda mais aprofundadas nas práticas e que esse é um campo de exercício de disputas de poder e pactuações, as delimitações e as especificidades

indicadas pelos agentes da saúde frente aos demais deveriam ser debatidas com estes parceiros de forma que elas pudessem ser construídas partilhadamente nas práticas cotidianas locais. É interessante, inclusive, notar que Timbaúva, durante a discussão do tema, foi modificando sua percepção acerca do papel da Secretaria como provedora de recursos demandados a partir da ampliação dos projetos.

5.1.3- Papel dos agentes comunitários de saúde

Algumas citações de gestores e profissionais identificaram nos agentes os principais iniciadores dos projetos. A maioria destacou seu papel como agenciadores, acentuando sua atuação como mobilizadores de recursos na comunidade, com criatividade e envolvimento com usuários e integração na equipe:

- Vivavida do Boa Vista:

Alecrim: “O projeto Viva Vida foi elaborado pelos agentes de saúde do Centro de Saúde Boa Vista, durante a Capacitação (...).”

- Viva a Vida do Valença:

Barbatimão: “(...) aparentemente há uma responsabilização da agente, independente da médica idealizadora do projeto, que saiu da unidade e mesmo assim o grupo continuou.”

- Qualidade de Vida na 3ª Idade (Santa Odila):

Cedro: “a Poejo vai e vem, conversa (com as redes de ajuda), é a criatividade...”

Chuva-de-ouro: “(...) todas atividades tipo viagem (...) é a Poejo que consegue para a gente. Então é um passeio de vez em quando. Nessa semana a gente foi tudo no cinema (...) (Ela) conseguiu ônibus para levar a gente... (...).”

- **Corpo, Espaço e Criação:**

Orégano: *“Eu posso falar para vocês da minha experiência (...) se não fosse os agentes, a gente não teria a casa. Porque tudo foi os agentes... Eles se imbuíram da idéia do espaço. (...) o (...) agente, bolou o fôlder. Ficou lindo! A (agente) que é a nossa tesoureira. (...)”*

- **De bem com a Vida:**

Girassol: *“O projeto de alfabetização mesmo. Eu conversei com o um pessoal daqui da comunidade. Eu consegui verba para caderno, lápis, borracha...”*

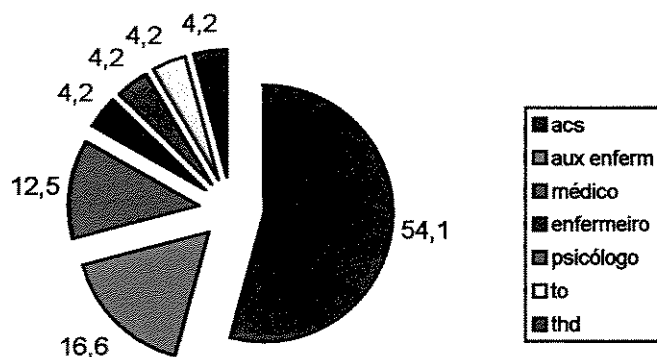
- **Grupos Integrados de Lian Gong:**

Carnaúba: *“(...) E o agente de saúde está junto com o auxiliar de enfermagem. Estão o tempo todo junto nos trabalhos (...) tem o agente de saúde, tem o enfermeiro, auxiliar, o psicólogo...”*

- **Hipertensão e Diabetes – melhoria e qualidade de vida:**

Manjerição: *“Facilidade com Agentes de saúde: responsabilidade, co-participação, prazer na entrega.”*

Tendo em vista que os participantes do grupo de interesse dos profissionais eram os agenciadores dos projetos, apresento no gráfico a seguir (Gráfico 9) sua composição por profissões:



Fonte: Sujeitos da pesquisa, processamento para esta pesquisa, dezembro/2004.

Gráfico 9- Composição por categoria profissional dos agenciadores dos projetos analisados.

Na experiência de ASSIS (2004), citada anteriormente, os agenciadores do trabalho com grupos eram alunos de graduação que estagiavam no serviço, o que repercutia negativamente pela descontinuidade advinda da rotatividade semestral. No nosso caso, há uma vantagem relacionada ao fato de que todos os profissionais têm vínculo empregatício com a Prefeitura, mesmo salientando a diferença de que uns são celetistas e outros estatutários.

Detalhando e qualificando seu papel agenciador, na fala da agente Poejo ficou acentuada sua efetiva presença junto à comunidade, como aquele que consegue apreender suas necessidades, frente às limitações do olhar de outros profissionais da equipe, dando conta da especificidade de seu processo de trabalho:

Poejo: “(...) É que a gente vive com eles. (...) é diferente a opinião do profissional agente de saúde e é diferente a visão do profissional médico, enfermeira... Até mesmo das auxiliares que às vezes moram na comunidade. (...) Mas eles têm um outro preparo (...). É outra forma de atendimento (...) Então é diferente e a gente com isso pega muito mais coisa que o médico naquele momento da consulta.”

Por outro lado, foi ressaltada certa dificuldade no trabalho intersetorial, que advinha da responsabilidade excessiva atribuída aos agentes, com a decorrente sobrecarga combinada à visão da equipe de que a atuação nos grupos de convivência não é trabalho.

Camomila: “(...) dentro do Centro de Saúde (o trabalho intersetorial) cai no agente comunitário de saúde. (...) As demais pessoas ficavam projetando e na hora de executar era o agente que fazia tudo. Dentro de Centro de Saúde as pessoas achavam que a gente ia passear.”

Isto nos faz supor que, além do envolvimento, reconhecimento, competência educativa e relacional com usuários e comunidade, o trabalho dos agentes trouxe contribuições para a ampliação da clínica, para compreensão dos processos de produção de saúde/doença, autonomia e inclusão social. Mas, provavelmente, o agenciamento desse olhar não ocorreu para o restante da equipe ou mesmo até com seus parceiros intersetoriais.

Exemplo dessa situação poderia ser evidenciado numa polêmica ocorrida no grupo dos profissionais, desencadeada pela fala de uma agente que reclamava de ter que abandonar os grupos por ela agenciados:

Poejo: “(...) Hoje é muito **boicote**. (...) ‘Cê tá saindo muito com o pessoal...’ (...) Então eu tô entregando todos os meus grupos. (...) de repente você vê escapando por meio dos dedos. (...) Então, todo mundo **percebeu a minha mudança**, porque eu não consigo mais, ser aquela pessoa... (...) Porque tem aquela coisa deles (os usuários) de esperar em **você** algumas coisas que **você** passou.” (grifo da autora)

Essa colocação provocou várias explicações a respeito do processo de trabalho dos agentes, correlacionadas às dificuldades existentes no exercício desse papel:

- O excesso e a diversidade de atribuições em relação aos demais profissionais da equipe, a não priorização dos grupos pela gestão externa ao CS e o número de pessoal reduzido perante a demanda que faz o agente substituir profissionais da equipe:

Camomila: “É **muito** diferente no caso dos agentes. A **nossa** situação em relação aos gestores (...) em relação aos funcionários propriamente ditos da Prefeitura. (...) Porque nós temos muitas outras atribuições (...). Muitas vezes a gente tá à frente do **grupo** e as prioridades que a Secretaria da Saúde traz, que são nossas funções, passa **por cima** do grupo. (...) Então eu acho que é mais ou menos isso que você (Poejo) sente (...). Ele (o agente) não tem **perna**.”

Camomila: “(...) Não é isso (a falta de envolvimento do agente com o trabalho). (...) A cobrança é muito grande. (...) Não tô aqui **queixando** que a gente trabalha mais que eles... (...). Mas a postura do agente é muito diferente... (...)”

Calêndula: “(...) Por exemplo, vai acontecer um grupo amanhã. Eu tenho a responsabilidade (...) de estar assumindo (...). A SUCEN liga, faltando cinco minutos para terminar o dia (...) que amanhã ela virá nos supervisionar... (...) Não é falta da coordenação. (...) É uma falta de respeito com esse trabalho. (...) depois ele (que) agenda um outro horário para ele fazer essa supervisão. (...) Então é esse tipo de coisa que acaba atropelando a gente... (...) Deixa **muito** decepcionada.”

Camomila: “(...) Só que a gente tem um número de funcionários, lá **tão reduzido** (...) O **agente** acaba cobrindo eles...” Calêndula: “(...) é muito difícil tirar um auxiliar do **Taquaral**, para fazer algum (grupo)... Uma demanda muito grande...” (grifos da autora)

- As diferentes formas de envolvimento com o próprio trabalho:

Azedinha: “(...) acontece muito de que não são **todos** os agentes que são envolvidos com grupos. Porque em todo o trabalho tem o que é envolvido, o que já é mais quietinho, (...) vai e faz a parte dele.”

- As disputas na equipe entre os mais e menos envolvidos, diante da pressão da demanda:

Azedinha: “(...) Poejo, que tá sentindo esta angústia, ela deve ter vários grupos (...) e quando chegam as demandas (...) até os **próprios** colegas de trabalho, querem (...) Que ela fique igual, nivelada a eles, passando por aquilo e deixando o grupo dela...”

- A organização do trabalho sem revezamento na coordenação dos grupos com outros profissionais não agentes:

Confrei: “Quando o trabalhador responsável (...) precisa se ausentar, por exemplo, por problema de saúde, não há suplente para dar continuidade, com isso o grupo pára por determinado período.”

Azedinha: “No nosso Centro de Saúde acontece exatamente o contrário (os grupos são coordenados em duplas, não somente por agentes). (...) Você sabe que é muito mais **tolerante**, para a coordenação (...) um agente de saúde **tocar** os grupos do que do que os auxiliares...” Camomila: “É mais cômodo, não mais tolerante. Tem uma diferença **bem** grande entre a comodidade e a tolerância.”

Cavalinha: “(...) Eu sou auxiliar e faço **grupo**, e dois agentes vai (sic) comigo **direto** (...) Com o **maior** apoio da população, da coordenação (...). E se eu não tô, eles vão, me contam o que aconteceu. (...) E lá no Taquaral, o grupo é tocado pela B. que eu saiba, o Lian...(...) Porque a B., na realidade (...) não é agente de saúde (...). (É) Visitante sanitária. (...)” (grifos da autora)

Orégano: “(...) *Cê tá falando de uma realidade que eu não sei, (...). Uma auxiliar (vai), eu (vou) junto, (...) no sentido de não deixar (...) A coisa muito sozinha... Talvez você catar alguém do Centro de Saúde para estar **junto** com você (...).*”

- A inexistência de olhares complementares de outras profissões na condução dos grupos:

Aquileia: “(...) *no nosso Centro de Saúde, (...) grupos que andem exclusivamente com agentes, não existem. (...) talvez por não ter interesse de um agente individual (...) devia ter um agente e, pelo menos, um auxiliar. (...) (se) tem uma reunião com os agentes. Mas o auxiliar vai estar lá. E ele não é mais um **agente**, porque ele faz um outro tipo de serviço, que se complementa. (...).*” (grifos da autora)

Desde as experiências precursoras com os auxiliares de saúde na década de 70⁸⁵, a característica essencial do trabalho do agente, a sua origem comunitária, se evidencia num dilema que aqui foi trazido pelos profissionais da saúde de Campinas. Ele pode ser explicitado em duas ordens de questionamentos: um que diz respeito ao seu papel agenciador da renovação no sistema de saúde *versus* o entendimento de que representaria apenas uma continuidade de políticas comunitaristas de extensão de cobertura do passado recente (NOGUEIRA, 2002). E outra relativa à amplitude de suas atribuições em que se tensionam a dimensão técnica, relacionada “ao atendimento aos indivíduos e famílias, a intervenção para prevenção de agravos ou para o monitoramento de grupos ou problemas específicos” e a dimensão política, em que ele seria “o fomentador da organização da comunidade para a cidadania e a inclusão, numa dimensão de transformação social” (SILVA e DALMASO, 2002).

No caso da primeira problematização, na instituição do Paidéia, o agente comunitário foi concebido como um dos dispositivos de mudança do modelo de atenção vigente. Entretanto, sua capacidade de inserção para dentro das equipes e a legitimidade

⁸⁵Em meados dos anos 70, seja por iniciativa de organizações religiosas, católicas progressistas, sobretudo no âmbito das lutas das classes subalternas por melhores condições de vida e saúde durante o período de luta pela redemocratização do país, seja por iniciativas governamentais da Atenção Primária à Saúde e Medicina Comunitária, que pautavam a extensão de cobertura e ampliação de acesso dos serviços de saúde às camadas marginalizadas da população, foi criada a figura do auxiliar de saúde, um precursor do que é hoje denominado agente comunitário de saúde, que naquela época constituiu-se num contexto de envolvimento religioso e político-ideológico com a saúde (DAVID, 2001).

alcançada por seu trabalho externo dependeria também de como os demais dispositivos de gestão e de atenção preconizados fossem sendo recriados no cotidiano do processo de trabalho em saúde. A fala de Camomila alertava para a forma com que os demais membros de sua equipe percebiam os grupos de vivência que realizava como **não trabalho**. Ela também deixou escapar a sensação de que o agente comunitário de saúde não fazia parte da equipe, pois era tratado de forma diferente dos demais profissionais “propriamente ditos” da Prefeitura. Ela poderia estar se referindo, não somente à inserção cultural e social diferente, mas também ao vínculo empregatício diferenciado, visto que não tinham as mesmas garantias e benefícios conferidos aos “funcionários dos Centros de Saúde”. Esta separação entre agentes e demais membros da equipe foi especialmente enfatizada, quando esta agente se contrapôs à Azedinha (uma enfermeira), para realçar a comodidade para o gestor local em ter os ACS’s coordenando grupos, em vez de profissionais que fazem o atendimento da demanda, que, dessa forma, poderiam ser liberados para absorver a pressão da porta do serviço.

Considerando que a ampla maioria das práticas analisadas foi levada à frente pelos agentes, secundadas pelos auxiliares de enfermagem, perfazendo 70% de participação no agenciamento, uma hipótese a ser investigada diz respeito ao que ainda prevalecia como organização do processo de trabalho em saúde anteriormente apontada por SILVEIRA (2002), como característica da clivagem entre o modelo de atenção calcado na Consultação e o baseado na Saúde Pública.

Poejo também relatou que um dos argumentos indicados para explicar a situação vivenciada na unidade em relação aos grupos, era o fato de que ela estaria “*saindo muito com o pessoal...*”. Estas referências fazem supor que, pelo menos nestes casos, a ação agenciadora de novas práticas no modelo ficou circunscrita, visto que os demais membros da equipe, não demonstravam reconhecer o potencial terapêutico das ações educativas experimentadas como grupos de convivência, reproduzindo o conceito biologicista do processo de produção de saúde, ou pelo menos não os valorizando como essenciais ao trabalho da unidade naquele momento. Mas o aprofundamento desta reflexão, bem como a discussão sobre práticas interdisciplinares nas equipes também deverá ocorrer quando for analisada a influência da gestão nas atividades.

Em relação à segunda questão, NOGUEIRA (2002) defendeu que, ao se deparar com o tensionamento entre as duas dimensões técnica e política do papel do agente acima mencionadas seja priorizada a dimensão política. Argumentava que

de um ponto de vista filosófico e administrativo, ele não deveria ser considerado como membro da equipe do PSF – primeiro porque não é um profissional, segundo, porque deveria manter um vínculo permanente de pertinência com a comunidade e suas organizações”, mas reconhece que “esta proposta está longe de receber uma expressão organizacional e política adequada de tal modo que o ACS se mistura e se confunde, na prática, com tudo o que é feito pelo PSF, pelo SUS e pelo Estado (NOGUEIRA, 2002).

Em contrapartida, SILVA e DALMASO (2002) postularam uma convivência, mesmo que conflituosa, entre as duas dimensões no cotidiano do trabalho do agente, admitindo, entretanto, que tais contradições estão presentes e são muito pesadas, mas se configuram numa maneira do processo de trabalho que se desenvolve nas unidades, modelada pela gestão e pela atenção prestada neste contexto. Para as autoras, os agentes fazem suas opções, tendo em vista suas referências, suas recompensas e as exigências a que estão submetidos. Adiciono ainda que a capacidade de lidar com este dilema constitutivo de seu trabalho pode ser gradativamente processada, se forem criados ou aproveitados espaços de gestão para evidenciar esse tensionamento.

Calêndula ressaltou que não é que não deva ser feito o trabalho de supervisão da Vigilância em Saúde, mas poderia ser reagendado para outro momento, de forma que o grupo também pudesse ser realizado. Mas parece que em seu cotidiano não existem meios para rever esta organização do trabalho. Talvez os mecanismos de gestão apontados por MERHY (2002), ou a gestão colegiada indicada pela própria modelagem Paidéia pudessem dar conta de abordar estes ruídos dos processos de trabalho. Mas esta é uma questão que ainda será desenvolvida posteriormente.

Outro elemento apontado durante a polêmica que mereceria destaque é a questão da composição e do revezamento de profissionais e de profissões no agenciamento dos projetos. Desde as experiências anteriormente citadas na história de instituição do

trabalho do agente comunitário de saúde, verificaram-se conflitos que se remetem à distância e aproximações que vieram ocorrendo nestas décadas entre o saber científico e o saber popular. O trabalho dos agentes nas unidades realça e reaviva freqüentemente tal contradição (DAVID, 2001). E parece ser este um dos elementos potentes de seu papel agenciador de mudanças, especialmente se esse olhar é problematizado para dentro da equipe. No caso dos relatos anteriormente apresentados, de forma geral, há uma busca de reforçar a colaboração e a complementaridade entre os olhares dos agentes com os demais participantes da equipe, ressaltando, entretanto, que coexistem diferenças de envolvimento em todas as profissões, facilitando a ocorrência de boicotes.

Portanto, parece haver uma indicação de que desde a época em que o corporativismo do pessoal da enfermagem que defendia a transformação do agente em auxiliar (DAVID, 2001) até a situação atual em que os agentes têm sua profissão instituída⁸⁶, definidas suas competências profissionais⁸⁷ e um processo de qualificação em desenvolvimento nacionalmente⁸⁸ e também em Campinas⁸⁹, houve muitos avanços que apontam para uma tendência de superação deste tensionamento. Mas a necessidade de reconhecimento, afirmação de sua identidade e de sua necessidade para o sistema são ainda desafios a serem enfrentados, especialmente se forem considerados todos os percalços ainda a percorrer nos processos de gestão das unidades.

⁸⁶Pela lei no. 10507 de 10 de julho de 2002.

⁸⁷A partir de um trabalho desenvolvido pelo Ministério da Saúde, cujo documento pode ser encontrado no site www.saude.gov.br.

⁸⁸Foi iniciado um processo de qualificação profissional básica de 182.750 mil agentes em todo o país a partir do primeiro semestre de 2004. Ele ocorrerá gradualmente envolvendo as três esferas de governo e contará com a instituição dos Pólos de Educação Permanente em Saúde criados em todo o território nacional para se efetivar.

⁸⁹Em Campinas, desde o início da implantação do Paidéia, foi realizada pelo CETS, uma capacitação voltada para “fortalecer o Sistema Único de Saúde, no campo de interface intersetorial da assistência social, educação e meio ambiente desenvolvendo ações de promoção da saúde e prevenção de doenças por meio de processos educativos em saúde, estendendo o acesso às ações, serviços de informação, promoção social e proteção da cidadania”, bem como “formar novos profissionais para atuar junto às Equipes de Referência desenvolvendo ações de cuidado e proteção à saúde de indivíduos e grupos sociais, em domicílios e coletividades” (CAMPINAS, 2004a), da qual participaram 462 agentes, bem como foram realizadas várias atividades de consolidação do modelo, dentre as quais se destacam em 2004 os seminários distritais sobre as práticas dos ACS's no SUS Campinas em que se envolveram 655 agentes. Verifique nas tabelas do Anexo 7, a composição da freqüência de participação dos agentes por distritos deste trabalho de Formação desencadeado pela SMS entre 2002 e 2004, como também nos Seminários ocorridos em 2004.

5.1.4- Capacitação voltada para Mudança

Os relatos a seguir indicam algumas correlações importantes entre as capacitações promovidas e as mudanças requeridas pela modelagem, ressaltando potencialidades e algumas dificuldades criadas na continuidade das experiências.

Conforme assinalado anteriormente, a mudança prevista pela Capacitação Paidéia buscava a implementação crítica das diretrizes, a partir da produção de reflexões que tinham como foco alterações significativas nos processos de trabalho vigentes nas unidades de saúde, utilizando-se de metodologias pedagógicas construtivistas. Com um módulo introdutório voltado para a reorganização do modelo assistencial e outros temáticos que priorizavam a reformulação das ações de saúde, sua carga horária total prevista era de 360 horas. Tais propostas pretenderam alcançar todos os profissionais das ELR's, exceto os agentes comunitários de saúde, que contaram um processo de formação profissional próprio (CAMPINAS, 2001a).

Levando em conta os processos de capacitação, gestores como Pequi e Alecrim citaram que seus projetos, o Qualidade de Vida na Melhor Idade e o Vivavida do Boa Vista, foram desencadeados ou tiveram um impulso mais forte a partir da Capacitação Paidéia e Caviúna do Cerrado procurou evidências da correlação entre a ampliação da troca e construção de saberes e a crescente busca por capacitação:

Pequi: *"(...) Ai surgiu assim 'vamos fazer um grupo de caminhada... E aí isso foi crescendo... Ai começaram a fazer as capacitações de Corpo e Movimento, de Lian Gong, de Ginástica Postural... (...) E a gente sente que foi uma coisa que surtiu um efeito necessário, né?"*

Caviúna do Cerrado: *"(...) pela quantidade de trabalhadores que vem procurar essa capacitação, dos centros de saúde, você percebe como é espontâneo, aumentou muito (a troca com os usuários). (...) "*

Sálvia focalizou as necessidades de aprimoramento do Hipertensão e Diabetes – melhoria e qualidade de vida, propondo que fossem ampliadas as vagas de Capacitação Paidéia em grupalidade para agentes e auxiliares.

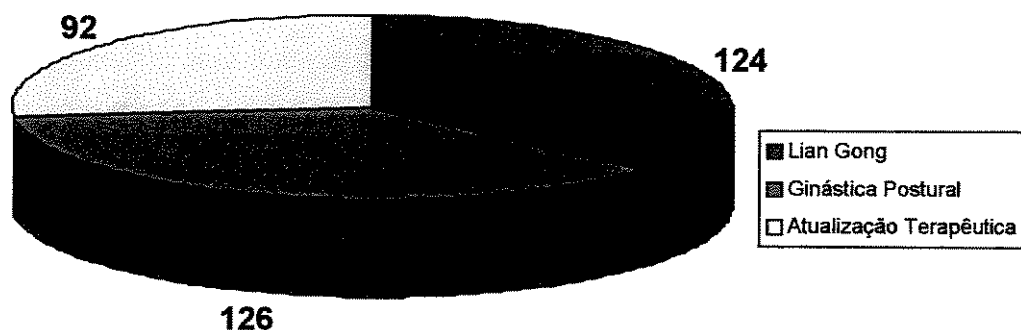
Dando elementos para caracterização das atividades educativas que se realizavam, Aquileia remeteu-se a um debate vivenciado durante uma capacitação, para se posicionar diante da abordagem da violência (polêmica descrita anteriormente nas considerações sobre Inclusão Social), reiterando a visão da capacitação como espaço de reflexão sobre questões relevantes das práticas dos profissionais.

Por outro lado, tomando as capacitações específicas do projeto Corpo em Movimento⁹⁰, profissionais como Cerefólio do Ginástica Renascer e Confrei do Viva a Vida do Valença citaram a dificuldade de acesso a elas, enquanto Orégano do Corpo, Espaço e Criação reforçou a demanda das duas, mas ressaltou que esta visão advém também da maneira com que os profissionais enxergam os processos formativos, como uma construção permanente na tentativa impossível de superar as “faltas”.

Confrei: *“falta de (...) cursos de atualização. Os cursos são restritos, são abertas poucas vagas. (...) para Lian Gong, por exemplo. Para mim foi aberta só uma vaga para participar. Acho que foi uma auxiliar de enfermagem lá.”*

Orégano: *“(...) a gente pode por tudo na capacitação e não tudo (...) Mas é porque para o ser humano sempre falta algo... (...) Ai a gente preenche, e aí não é bem isto e falta outra coisa. Então a gente vive isto. (...) É uma busca permanente. (...)”*

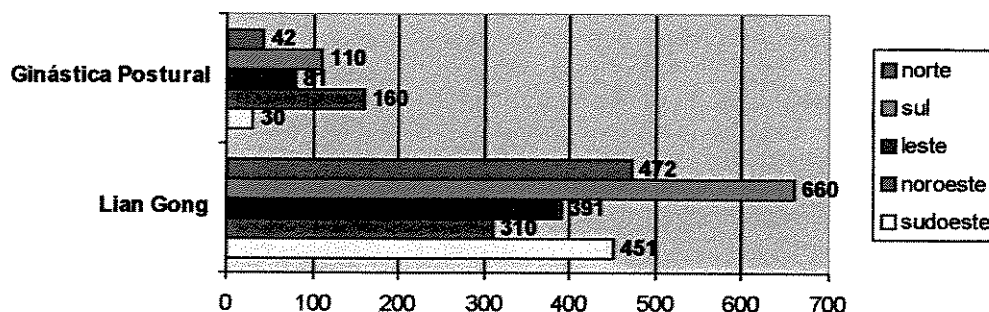
⁹⁰O projeto Corpo e Movimento, como ação desmedicalizadora, visava promover uma abordagem ampliada das pessoas com dor crônica proveniente das patologias da coluna vertebral (lombalgias, cervicalgias, etc.), LER/DORT, artrite reumatóide e tenossinovites, aumentando a consciência corporal, o autocuidado, a autoestima e a qualidade de vida. Além disso, propunha a implantação da avaliação de risco, agilizando o atendimento nas especialidades, o aumento do vínculo e co-responsabilização do usuário com sua ELR, reduzindo e adequando o uso de medicações, especialmente dos anti-inflamatórios. Esta capacitação constituiu-se de três frentes de atuação combinadas: a ginástica postural, o Lian Gong e a atualização terapêutica. As atividades educativas em ginástica postural, com carga horária de 40 horas, começaram em 2002, sendo trabalhados conteúdos como alongamentos, percepção corporal, relaxamento, respiração, automassagem, equilíbrio, ritmo e coordenação, ergonomia, dinâmica de grupo e anamnese. O Lian Gong é uma modalidade de ginástica chinesa, constituída por 18 terapias desenvolvidas em seis seqüências de exercícios, com duração prevista em 30 horas. Foi iniciado na mesma época que a ginástica postural, com a ação educativa organizada de forma descentralizada pelos distritos. No início de 2004, foi realizado um aperfeiçoamento de instrutores de Lian Gong e supervisão da capacitação em ginástica postural. Ambos tencionavam alcançar todos os profissionais das especialidades e priorizar os profissionais de unidades básicas, formando-os como multiplicadores na coordenação dos grupos. Os participantes não se restringiam aos usuários das unidades, havendo estímulo para a participação de profissionais da saúde. A atualização terapêutica é voltada para os médicos clínicos e generalistas da rede focando o manejo, diagnóstico e tratamento clínico das patologias músculoesqueléticas de maior frequência, sendo composta por encontros que incluem aulas teóricas e noções da técnica de Lian Gong, ginástica postural e discussão de casos clínicos, com duração de 20 horas. (CAMPINAS, 2004b).



Fonte: Projeto Corpo em Movimento (CAMPINAS, 2004b).

Gráfico 10- Número de profissionais participantes nas Atividades de Capacitação do Projeto Corpo em Movimento na SMS entre 2002 e 2004

De acordo com os dados disponíveis, o número de participantes é praticamente igual quando se comparam Lian Gong e Ginástica Postural, reduzindo-se um pouco no caso da Atualização Terapêutica. Mas como não estão discriminados por distritos ou unidades de saúde, não pudemos verificar se havia uma diferença significativa no acesso a essas capacitações, considerando a origem dos profissionais. Mas o mesmo Relatório (CAMPINAS, 2004b) apresenta informações relativas à frequência aos grupos de Lian Gong e Ginástica Postural por distritos apresentados a seguir (Gráfico 11):



Fonte: Projeto Corpo em Movimento (CAMPINAS, 2004b).

Gráfico 11- Frequência dos participantes nas atividades de grupo de Lian Gong e Ginástica Postural por distrito entre 2002 e 2004

Em relação à necessária continuidade do processo formativo dos profissionais no aprimoramento e continuidade das iniciativas, Carnáuba (gestora do Grupos Integrados de Lian Gong e Fuxico) realçou caminhos que a própria equipe pode trilhar em seu processo de aprimoramento, mas Aquileia (trabalhadora do Visita Domiciliar do Aurélia) questionou a descontinuidade das ações de capacitação, pela falta de apoio externo ao CS, criando alternativas de abordagem dos problemas que ocorriam no andamento das intervenções, especialmente diante de conflitos internos às equipes ou mesmo intequipes:

Aquileia: *“A capacitação não tem volta, como está andando o projeto? (...) (Havia) pontos de vista diferentes (na equipe), para fazer a mesma coisa. (...) Precisava de alguém **externo**. (...) mesmo que não fosse superior que a gente (...) não fosse **do** Centro de Saúde. (...) Então faltou alguém **capacitado** para fazer isso. Eu senti isso nessa coisa da gestão.”*

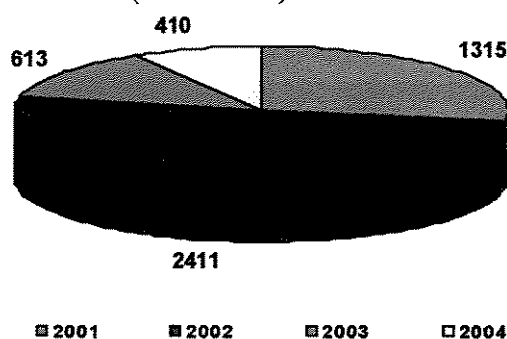
Apesar do projeto Corpo em Movimento contemplar ações de aperfeiçoamento e supervisão, ainda que numa visão mais convencional de aprimoramento de conteúdos, parece não ter sido priorizado pelos gestores o monitoramento do cotidiano da implantação e consolidação do trabalho desenvolvido pelos profissionais, que envolvia abordagens das questões relacionais inclusive.

Mesmo reconhecendo indícios de mudança nos processos de trabalho estimulados pelas capacitações, Caviúna do Cerrado apontou que o enfoque nelas adotado era insuficiente para provocar intervenções satisfatórias dos profissionais no retorno às unidades, uma vez que aqueles espaços eram representações da realidade do trabalho e não a situação vivenciada em si:

Caviúna do Cerrado: *“(a gente) trabalha (nas capacitações) com um recorte de representações. Com uma pessoa que você tira ela daquele local, daquele cotidiano e a pessoa quando volta não tem... Não é **representação** na verdade (quando ela está na capacitação), ela aprendeu... Mas ela não dá o salto. É uma representação **do aprendi**, entendeu?” (grifos da autora)*

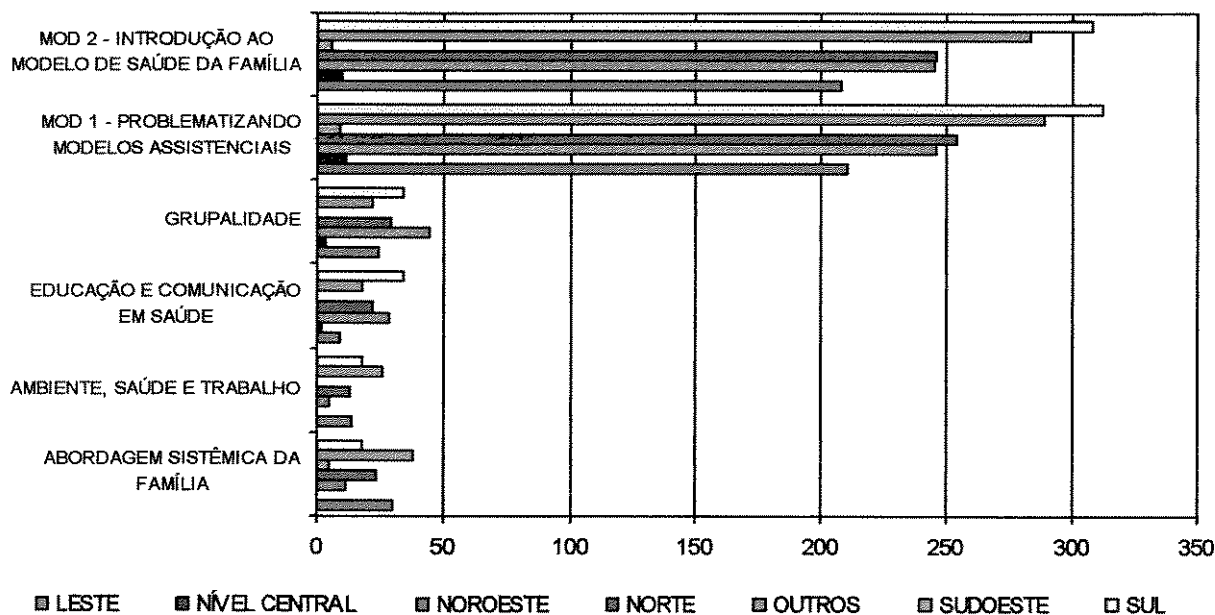
De forma geral, há um consenso em apontar que os processos formativos, seja pela Capacitação Paidéia, seja pelo Corpo em Movimento, foram importantes para fomentar as mudanças propostas, porque houve um importante e diversificado investimento

numa reflexão problematizadora das práticas, em que pese algumas dificuldades de acesso e de uma perspectiva convencional de continuidade e aprimoramento da formação. Nos gráficos a seguir, tomando a Capacitação Paidéia, é possível verificar, ainda que sucintamente, o número total de participantes por ano (Gráfico 12), a frequência de participação por distritos, considerando alguns módulos temáticos (Gráfico 13) e as categorias profissionais envolvidas (Gráfico 14):



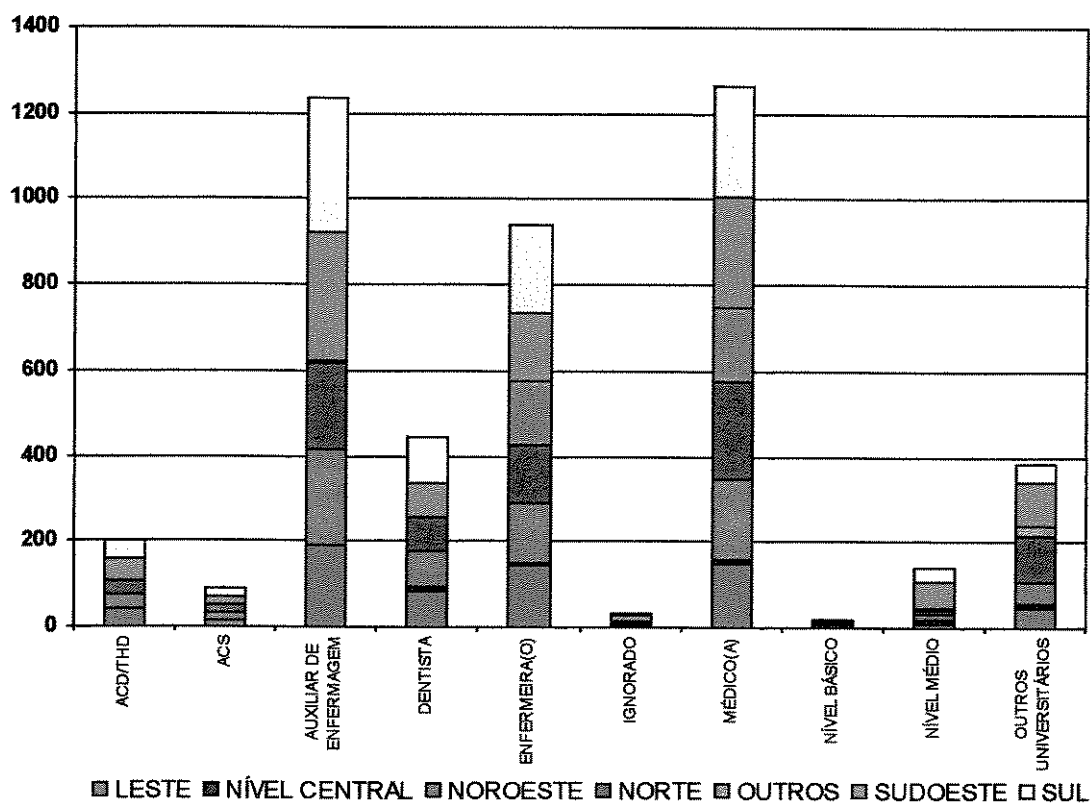
Fonte: CETS, dezembro/2004

Gráfico 12- Frequência de profissionais na Capacitação Paidéia por ano, 2001 a 2004.



Fonte: CETS, dezembro/2004

Gráfico 13- Frequência de profissionais na Capacitação Paidéia por setores e disciplinas, 2001 a 2004.



Fonte: CETS, dezembro/2004.

Gráfico 14- Frequência de profissionais na Capacitação Paidéia por categoria profissional e setores, 2001 a 2004.

Destaco destes dados que houve massiva participação dos profissionais, especialmente no ano de 2002, com priorização dos conteúdos dos módulos introdutórios, ou seja, aqueles em que se problematizavam aspectos dos modelos que se pretendiam alterar, com a construção de novos paradigmas. Além disso, categorias profissionais essenciais nos processos de trabalho das ELR's como os médicos, os auxiliares de enfermagem, enfermeiros e dentistas foram bastante frequentes. Cabe ressaltar que os agentes comunitários, mesmo tendo uma formação específica dedicada a eles, também estiveram presentes nesta.

Os argumentos da direção da SMS para realizar capacitações separadas diziam respeito ao caráter de formação básica dirigida aos agentes, pois necessitavam de parâmetros gerais do trabalho do profissional de saúde, que os demais detinham, como também o significativo contingente que ingressava (cerca de 500, num primeiro momento) carecia de um investimento específico que envolvesse mais profissionais de uma vez, para dar conta de alcançar todas as pessoas em menor espaço de tempo. Entretanto, esta separação pode ter contribuído para aumentar a distância entre os demais profissionais das ELR's e os agentes, conforme indicado anteriormente.

Por outro lado, foram recorrentes as indicações de que a gestão precisaria ser uma estratégia combinada à capacitação para que a mudança de práticas se efetivasse. Várias formas para isso se concretizar foram apontadas: a pactuação e acompanhamento do retorno após a participação, a combinação do aproveitamento dos talentos internos à unidade com o aprimoramento externo, a discussão com toda a equipe sobre o impacto das ações educativas no processo de produção de saúde da população, o acompanhamento cotidiano das ações implementadas problematizando e intervindo sobre seus nós - críticos (o relacionamento interpessoal e interprofissional nas equipes, por exemplo), construindo coletivamente alternativas de abordagem.

Essas considerações vão ao encontro de uma tendência que já vem se procurando afirmar nas críticas às práticas tradicionais da chamada Educação Continuada. Segundo RIBEIRO e MOTA (1996), no convencional dessas práticas o processo educativo é desenvolvido pela acumulação individual de conhecimentos e/ou habilidades, mediante a participação em cursos, seminários, etc. que se seguem à formação inicial, voltados a categorias profissionais específicas, em que o trabalho freqüentemente é reduzido às suas dimensões técnicas e objetivas, sem que se procure articular o momento formativo com a realidade dos processos de trabalho. Em Campinas esta crítica é relativamente disseminada, seja nos serviços, seja nos órgãos formadores da Secretaria. Desde a década de 90, perspectivas freireanas de apropriação construtiva e significativa de conhecimentos a partir da prática cotidiana dos profissionais nos serviços são referência para o trabalho desenvolvido, conforme citado anteriormente na descrição do paradigma orientador da Capacitação Paidéia.

O contingente total de participantes nos grupos de Lian Gong (2284 profissionais) é muito maior do que na Ginástica Postural (423 profissionais), o que parece indicar maior adesão seja dos usuários, seja dos profissionais a essa forma de abordagem. Por outro lado, as diferenças no número de participantes entre distritos, onde o distrito Sul ultrapassa em mais de duas vezes o Noroeste, precisam ser relativizadas, já que sabemos que o distrito sul contava com um número de profissionais bem maior (1071) do que o Noroeste (541) em dezembro de 2004⁹¹. Mas a disparidade de número de participantes nos grupos talvez tenha que ser levada em conta para evidenciar eventuais repercussões das dificuldades de acesso indicadas pelas duas profissionais do distrito noroeste.

Apesar dessas dificuldades relatadas, o investimento realizado pela gestão nos processos de educação de profissionais foi destacado por Orégano e Timbaúva (ambos do Corpo Espaço e Criação), salientando sua forma bastante diversificada e rica em atividades, sendo este um fator importante para o diferencial da atuação da Saúde perante outros setores da Prefeitura. Mas Timbaúva ressaltou que ainda prevaleceu uma postura tradicional dos gestores no acompanhamento e atendimento das necessidades educativas nas equipes, pois em muitas situações preocupava-se pouco com o aproveitamento dos processos de capacitação na mudança de práticas.

Timbaúva: “(...) É uma coisa contraditória. No próprio gestor. Se ele está querendo investir para que as coisas aconteçam, eu acho que ele tem que pensar no retorno. (...) pessoas que foram liberadas para cursos extensos e não tem retorno nenhum para a unidade, né. Então como é que fica a gestão nesta situação? (...) um olhar (...) *tradicional*, entendeu?” (grifo da autora)

Pequi (Centro de Convivência Itinerante) e Murici do Cerrado (Abrace sua Praça) relataram situações de sua abordagem gerencial, em que procuraram ter uma atuação efetiva na utilização dos processos formativos como potencializadores das ações da equipe:

Pequi: “(...) a dentista agora (...) Começou a fazer este treinamento (...) de Lian Gong (...). O pessoal (...) diz: ‘como que você libera horas de um *dentista* para fazer ginástica?’ (...) essa *dentista*, mesmo saindo

⁹¹Dados fornecidos pelo Setor de Administração e Desenvolvimento de Pessoal da SMS, dezembro/2004.

*para grupo, para fazer capacitação, a produção dela é altíssima. (...) Então tudo isto a gente precisa **quantificar** para devolver para eles...(...)."*

Murici do Cerrado: "*(...) 'Então vamos lá, tem capacitação para Lian Gong, querem ir?' 'Mas eu vou ter que fazer o grupo depois?' 'Tem.' (...) 'Se eu tiver que fazer isso, eu não quero.' Quando tem que fazer um trabalho, eles não querem. Então de fato essa coisa da gestão a gente tem que tá muito **bem** pactuado, esclarecer... (...)"*
(grifos da autora)

Outros aspectos da gestão influenciando na potencialização da educação de profissionais foram reafirmados por trabalhadoras como Poejo, Cavalinha e Calêndula. Cavalinha relatou a intervenção gestora, apoiando a participação de servidores nas iniciativas voltadas para o aprimoramento do projeto. Da mesma forma, Poejo reforçou que a coordenação dos CS's deve "não fechar" aos profissionais a possibilidade de aprender com os colegas e depois ir se aprimorando nas atividades formais de capacitação, como aconteceu na sua unidade. Assim, os limites de vagas apontados por Confrei e Cerefólio poderiam ser minimizados, bem como aumentaria o número de grupos realizados:

Poejo: "*(...) você não precisa ter uma capacitação via distrito. (...) no começo era só eu, que fazia o Lian, aí outro agente aprendeu, montou o grupo para ele (...). E com isso a gente está com vários grupos. (...)."*

Poejo e Calêndula relataram sua preocupação com a qualidade do trabalho desenvolvido, as necessidades de aprimoramento e a interferência da gestão criando alternativas de capacitação, mas a primeira pontuou suas dificuldades perante a uma iniciativa promovida pelo Distrito de aperfeiçoamento de instrutores do Corpo em Movimento, que acabou criando confusão e temor pela grande responsabilidade na condução dos grupos diante das diferenças de procedimentos preconizados:

Poejo: "*(...) mas você não pode passar uma coisa errada. (...) Porque eu fui treinada por um **profissional** (...) e fui fazer o estágio... (...) (com) outra pessoa. Que fazia diferente. (...) E **hoje** isto ficou um pouco confuso. (...) a minha responsabilidade tá sendo **muito grande** perante a um usuário. (...) Então eu tive vontade de falar 'ô, eu tô parando...' "*

Mais recentemente, diante da reestruturação produtiva na saúde já analisada (MERHY, 2002) e das demandas educativas correspondentes à efetivação da base legal instituída no SUS, o campo da formação profissional vem aprofundando suas reflexões, procurando dar conta de uma reorientação da visão do trabalho em saúde e da redefinição de seu objeto, realçando a importância da apropriação pelo trabalhador das tecnologias leves na produção do cuidado. Assim, as perspectivas de formação vêm gradativamente procurando reconhecer e valorizar o potencial formativo do trabalho, cuja competência envolveria, além das usuais dimensões intelectual e técnica, as organizacionais, as comunicativas, as afetivas, as culturais, as sociais e as políticas nele envolvidas. Segundo esta visão, também conhecida como Educação Permanente, tornar o processo de trabalho como centro do processo de aprendizagem passaria por desenvolver competências “focadas em atividades que se realizam nos contextos ou situações reais de trabalho (...) em ritmo individual, gradual e (combinado com) o desenvolvimento da capacidade de auto-avaliação.” (MOTTA et al., 2001). A aprendizagem ocorreria na medida em que os atores se apropriassem das situações, problemas e conflitos inerentes à sua prática, reconhecendo-se neles em sua singularidade. Neste sentido, os processos gestores nas unidades são entendidos em sua interface com a educação, de forma que os ruídos ali vivenciados se constituiriam como matéria-prima formativa junto aos profissionais.

Provavelmente é sobre isto que questionou Aquileia quando reclamava de um importante entrave na condução do projeto de educação em saúde analisado, posto que sua equipe não teve apoio externo que continuasse seu processo de capacitação para conduzir uma situação de conflito e competição entre equipes. Talvez Caviúna do Cerrado se referisse a este aspecto, quando percebia nas atividades educativas que as pessoas “*não davam o salto*”. Ou seja, mesmo utilizando os “*casos vivos*” trazidos pelos profissionais no seu trato com os usuários, estes profissionais não representavam de fato as iniciativas (ela nos fala de “*um recorte da representação*”), pois não era a equipe que estava ali, mas parte dela. Segundo essa acepção a apropriação de conteúdos é mais pessoal e, no retorno ao trabalho, as mudanças poderiam ser mais facilmente perdidas. Além disso, as situações afetadas às relações entre as pessoas perdem sua riqueza de nuances, se forem tratadas de outra forma que não no “*setting*” grupal. Adicionam-se ainda os limites éticos de sigilo que não poderiam ser abordados num contexto diferente daquele em que surgiram.

Nas discussões apontadas por ASSIS (2004), a questão da supervisão do trabalho foi indicada como essencial, mas muito difícil de ser operacionalizada diante da forma como se organizava o serviço. Ela considerava que aquele espaço de reflexão seria importante para compreender a sutileza e a complexidade das práticas educativas, bem como as relações que se estabelecem entre conhecimento científico e saber popular, fazendo pensar “o autoritarismo muitas vezes daí resultante (...) não apenas para quando atuam como coordenadores de grupo, mas para sua própria postura como profissional de saúde.” (ASSIS, 2004).

O processo formativo dos profissionais, neste sentido, ocupar-se-ia de questões do processo de trabalho de forma ampliada, atuando nas interfaces da gestão, de forma combinada às estratégias mais gerais que estariam sendo implementadas. Evidentemente, que ambas as situações de formação não seriam excludentes, uma vez que processos voltados à reflexão acerca dos ruídos no processo de trabalho, desenvolvidos com sua sistematização própria, precisariam estar combinados às estratégias educativas mais convencionais, em que determinados conteúdos específicos devem ser tratados.

De qualquer forma, como indicado anteriormente, a avaliação que venho realizando poderia também ser apresentada como uma iniciativa de Educação Permanente, em que os sujeitos se voltariam a reconhecer potencialidades e limites de suas próprias práticas, estabelecendo os critérios de avaliação num diálogo com um mediador/facilitador/educador, que poderia, neste caso, ser um pesquisador da avaliação, ou um agente do próprio serviço que assumisse este papel.

5.2- Análise das representações sociais a respeito das categorias de avaliação produzidas com os grupos de interesse da pesquisa

Como indicado no Quadro 5, baseando-me das discussões com os grupos, produzi categorias empíricas⁹² e de avaliação, partindo das perguntas avaliativas. No caso dos gestores e profissionais, essa reconstrução contou com mais mediações de minha parte,

⁹²Para MINAYO (1996) estas categorias são “construídas com finalidade operacional, visando ao trabalho de campo (a fase empírica) ou a partir do trabalho de campo. Elas têm a propriedade de conseguir apreender as determinações e as especificidades que se expressam na realidade empírica.”

em razão da metodologia adotada que definiu com esses sujeitos quais seriam suas perguntas de interesse para avaliação. No dos usuários, elas foram consideradas de forma mais direta como aspectos positivos, negativos e o que deveria ser melhorado nos projetos.

Considerando a maneira como reconstruí tais categorias, passarei a analisar os depoimentos realizados, buscando excluir ou reiterar elementos já trabalhados nas páginas anteriores, conforme a necessidade de contribuir com aprimoramento e fortalecimento das práticas, enquanto dispositivos de mudança, como também os de testar uma metodologia de avaliação como um processo educativo com os sujeitos envolvidos e um elemento de gestão e de fortalecimento do SUS. Portanto, o reagrupamento de conteúdos procurará superar separações ocasionadas pela abordagem dos grupos durante a coleta de dados, associando-os em novas categorias empíricas.

Nesta segunda parte da análise pautar-me-ei pelas categorias ou fatores de qualidade de avaliação (UCHIMURA e BOSI, 2002) produzidos a partir daquelas adotadas pelos grupos de interesse, para analisar as representações dos sujeitos, a respeito das práticas avaliadas, tais como:

- Práticas educativas em saúde
 - Construção compartilhada de conhecimento.
- Avaliação das práticas educativas em saúde
 - Pouco conhecimento das práticas pelos gestores na avaliação;
 - Interesses e receios de gestores e profissionais em avaliar as práticas;
 - Componentes de formatação dos projetos;
 - Propostas dos gestores e profissionais para avaliar os projetos;
 - Instrumentos e avaliações realizadas;
- A gestão interferindo nas práticas
 - Ampliação do acesso aos mais vulneráveis e de autonomia nas práticas;
 - Modelagem, demanda por assistência e falta/rotatividade de pessoal;

- Relações nas equipes e envolvimento dos profissionais;
- Mudança de Administração;
- Legitimidade interna às equipes.
 - Legitimidade e relação entre os membros das ELR's;
 - Ação gestora e a legitimidade das práticas nas equipes gerais
- Dificuldades para continuidade e ampliação das práticas relacionadas à falta de recursos de infra-estrutura
 - Os espaços;
 - Os materiais, a infra-estrutura e equipamentos de apoio às atividades.
- Repercussões das práticas
 - Relacionadas à Clínica Ampliada;
 - Relacionadas à Participação Popular e Comunitária;
 - Relacionadas a outros aspectos (formas de atendimento e abordagem das necessidades de saúde).
- Oportunidades, facilidades e propostas para aprimoramento das práticas.
- Influência da avaliação na ressignificação de conteúdos e no aprimoramento das práticas
 - Propostas identificadas nos depoimentos dos segmentos em separado;
 - Propostas identificadas pelos segmentos conjuntamente.

Como exemplo, retomando o Quadro 5, categorias associadas ao processo avaliativo, como as propostas pelos gestores, a saber, **formatação dos projetos, instrumentos de avaliação utilizados ou existentes** foram combinadas com as dos profissionais como **avaliações desenvolvidas nos projetos e instrumentos de ampliação da confiança na avaliação**, sendo reordenadas e traduzidas em categorias que contemplavam conteúdos de forma mais sistemática, como os correspondentes a esse item

indicado acima. Da mesma forma, categorias dos gestores como **transformações nas práticas, nos sujeitos e no perfil epidemiológico** foram reunidas às das categorias formuladas pelos profissionais como as **transformações individuais, familiares e sociocomunitárias**, contempladas nas repercussões dos projetos. Assim também, aquilo que parecia enquadrar-se nesta classificação e que foi apontado pelos usuários, foi incluído ali. Analogamente, uma categoria proposta pelos gestores, a de **legitimidade interna dos projetos à unidade** foi incluída num tópico relativo à gestão, denominado pelos profissionais como **relação entre as ações educativas em saúde e a gestão dos serviços**, sendo reformulada para efeito de análise como **a gestão interferindo nos projetos**.

Seguindo a mesma lógica, as representações relativas às categorias **autonomia e inclusão social** foram incorporadas na análise anterior referente às interfaces do Paidéia com a Educação em Saúde, enquanto que os relatos da **construção compartilhada de conhecimento** foram associados aos do conceito acerca das **práticas educativas em saúde** expressos por gestores, profissionais e usuários. Além disso, conforme alguns conteúdos demonstravam interesse de análise e compunham certa homogeneidade também foram identificados separadamente, tais como **a influência do pouco conhecimento dos projetos pelos gestores na avaliação** ou **o interesses/receios dos profissionais e gestores em avaliar os projetos**.

5.2.1- As práticas educativas em saúde

Retomo o conceito formulado pelos gestores **Troca, partilha, prazer, autonomia, caminho coletivo de construção de conhecimento a todo o momento, que dificilmente consegue ser praticado, especialmente em relação ao usuário** (grifos da autora) e aí verifico sua forte tendência em demarcar a maneira compartilhada com que devem ocorrer tais ações, os aspectos relacionados à produção de autonomia, as práticas educativas inseridas no cotidiano dos serviços, ressaltadas as dificuldades de realizar essas características no trabalho com os usuários. Este limite foi indicado por Ingá e Sucupira. Enquanto a última reforçou o caráter idealista do conceito produzido, a primeira apostou numa diferenciação de referencial religioso entre usuários e profissionais, o que traria dificuldades para as trocas nessa relação:

Ingá: *“Quando ele (o usuário) traz uma crença que a gente não acredita (...) a gente não trabalha em cima daquilo. É uma coisa mística que ele traz. (...) É que a gente acaba levando a coisa pronta, impondo... (...) Você quer chegar e colocar!”*

Segundo LOYOLA (1984), a afirmação do saber científico nas práticas dos profissionais de saúde e sua reiteração autoritária vêm de uma concepção de que as práticas fundadas na religiosidade popular são uma sobrevivência folclórica de uma época passada, de regiões e comunidades tradicionais isoladas e atrasadas, indicando seu desaparecimento como caminho correspondente ao desenvolvimento, à secularização, à racionalização, à urbanização. Entretanto, mais recentemente, VALLA (2001) indicava ser uma das grandes surpresas reservadas à humanidade no final do século XX e início do XXI o ressurgimento da religião no mundo inteiro. Associo esta retomada às guerras oriundas dos fundamentalismos cristãos e árabes, mas principalmente ao revigoreamento da complementaridade entre religião e saúde. Este autor também assinalava que os profissionais geralmente demonstram ter muitas dificuldades ou mesmo conflitos no tratamento dessa questão, freqüentemente referenciada às vivências de *“manipulação”* e *“alienação”*. Ambos os autores ressaltaram a positividade da relação religiosidade popular-saúde, assumindo, por um lado, que a crise de interpretação é dos profissionais e não das classes populares, posto que elas utilizam tais recursos de forma complementar, onde o sistema oficial de saúde é tido como uma referência em todas as operações de triagem efetuadas pelos especialistas religiosos, reivindicando acesso àquelas terapias, inclusive. Por outro lado, em oposição às formas de cuidado em saúde oficiais, buscam contrabalançar a relação de dominação, reafirmando a própria identidade e a legitimidade deste saber desacreditado, subtraindo-se parcialmente da imposição da visão de mundo dominante sobre corpo e saúde/doença (LOYOLA, 1984; VALLA, 2001). Nesse sentido, VALLA (2001) apontava a categoria do apoio social como referência na compreensão das práticas de religiosidade popular na saúde, definindo-as como estratégias de sobrevivência, em que o ritual e as redes sociais aí conformadas fortalecem e revitalizam o indivíduo perante a incerteza do mundo e permitem tornar a precariedade da vida em algo mais suportável, conferindo-lhe mais sentido e coerência. Aquilo que foi trazido com tanta ênfase por Ingá transparece muito pontualmente nos depoimentos de uma forma geral.

Pude observá-lo na fala de alguns usuários, conforme destacado anteriormente, que identificaram as repercussões sobre sua qualidade de vida como algo representativo da “*mão de Deus*”, tangenciando, assim, a explicação do processo de produção de saúde/doença.

Por outro lado, os profissionais deixaram que perpassasse durante toda a formulação, suas preocupações relativas à continuidade dos projetos que agenciavam, procurando explicações (falta de interesse em continuar, falta de acompanhamento, quem pode ser o agenciador, quando há perda de interesse, falta de pessoal, falta ação gestora na unidade, potência/impotência do agenciador), fazendo algumas citações relativas à maneira da produção de conhecimento nestas ações, da seguinte forma:

“Educadores e educandos precisam de acompanhamento, fazendo trocas, com muito respeito.”

“Como fazer quando não se tem mais interesse pelo processo de cuidado ou de educação? Quem vai dar continuidade ao projeto? Quais são as condições de sustentabilidade dos projetos? Muitas dificuldades de continuidade de projetos se devem à falta de pessoal. Os projetos deveriam ter condições de sustentabilidade, que independessem do profissional que os realiza.”

“É importante trabalhar o usuário = multiplicador.”

“Em algumas experiências falta maestro = gestor.”

“É importante existir trocas e aprendizagem em todos os níveis, compromisso e insistência na idéia.”

“Somos gestores dos projetos também, podemos superar limites postos.”

“Há situações em que não é possível ser gestor (e ultrapassar os limites postos).” (grifos da autora).

Para os profissionais, a necessidade de que as trocas ocorressem em todos os níveis, envolvendo também as gerências, foi demarcada, visto que reconheceram e reforçaram a dimensão educativa da gestão. Haveria aí um questionamento na forma autoritária que pode estar prevalecendo entre educadores e educandos, o que comprometeria significativamente os pressupostos da construção compartilhada de conhecimento pela troca de saberes, bem como os da gestão colegiada. Por um lado,

a antecipação das questões de interesse para avaliação, trazendo-as para o conceito formulado, poderia estar demonstrando seu forte interesse em avaliar. Mas por outro, talvez também estivessem buscando problematizar e denunciar suas dificuldades em implementar propostas teoricamente concebidas.

No caso dos gestores, após a construção das perguntas houve quem fizesse algumas ressalvas, referindo eventuais coerências/incoerências entre o conceito idealista e as exigentes perguntas de avaliação, já avaliando talvez que “na prática a teoria é outra”. De outra forma, também acentuaram a importância de, ao definir o conceito, postular algo que indicasse um objetivo a seguir, mesmo que ele estivesse distante do que vivenciavam no cotidiano:

Barbatimão: “(...) Uma coisa muito exigente... (...) É avaliação (...) assim, tem educador (...) tem método (...) porque a gente tem um caminho quase que oposto ao que a gente mesmo tinha delineado.”

Outra gestora: “(...) a gente perguntou muito dentro do que a gente considerou que era o conceito (...) para a gente mesmo. (...) quando a gente pergunta se tem troca, tem partilha, tem envolvimento do usuário (...). É o jeito da gente ver se deveria ter o ideal de fazer isso. A gente foi rigoroso na avaliação (...)”.

Como se sabe, os usuários não foram instados pela metodologia utilizada em produzir de forma sistematizada um conceito sobre as práticas educativas em saúde vivenciadas por eles nos serviços. Mas, diante de todos os depoimentos apresentados anteriormente, em que reforçaram a necessidade de continuidade e ampliação delas, envolvendo-se, inclusive, nos processos de negociação com agentes institucionais, das mudanças que verificaram em suas vidas, seria possível inferir que se viam como agentes multiplicadores desta vivência generosa, especialmente com essa autoridade de quem viveu na pele suas repercussões.

Se, por um lado, os gestores envolveram-se mais com a caracterização teórico-metodológica do conceito, ressaltando certo descompasso entre teoria e práticas, por outro, os profissionais aproveitaram o momento para falar de suas angústias nos processos de trabalho e dos limites de implementar propostas. Ambas as preocupações operavam em

nível dos PROCESSOS envolvidos naquelas práticas. De seu lado, os usuários procuraram se voltar para o convencimento de que as práticas deveriam ter continuidade e amplificação, posto que eles mesmos eram evidências vivas de sua eficácia, priorizando, portanto, os RESULTADOS das ações. Nesse sentido, enquanto os gestores se ocuparam das relações entre os sujeitos e o conhecimento em saúde, os profissionais e os usuários vislumbraram mais as questões relacionadas à reprodução das práticas desenvolvidas, os primeiros alertando para necessidades de modificação e os outros apontando seu acerto de uma forma geral.

Dessa forma, refletindo a respeito do lugar institucional atualmente ocupado pela Educação em Saúde em Campinas, enquanto profissionais e usuários focalizaram as mudanças de processo de trabalho em saúde e de qualidade de vida, os gestores se ocuparam mais dos descompassos entre teoria e prática na relação pedagógica, focalizando menos aspectos relacionados à mudança de modelo de atenção ou gestão. Assim, se associa esta percepção do produzido pelos gestores às hipóteses levantadas acerca das dificuldades de constituição da Câmara Técnica, ou ainda à recorrente pressão por dar conta das ações gestoras diretas – ampliação de acesso às consultas, emergências da Vigilância, construção ou aquisição de espaços, dentre outras-- em detrimento dos processos de trabalho efetivamente voltados para a interação e conhecimento co-construído em saúde, talvez se possa antever esse locus institucional. Organizacionalmente, parece que tais práticas vêm ainda se constituindo como algo alternativo ou menos prioritário do que o esperado ou necessário por parte dos dirigentes da Secretaria.

5.2.1.1- Construção compartilhada de conhecimento

Como uma temática de interesse dos gestores foram citados vários exemplos de práticas de compartilhamento: no Projeto Crê-Vida Feliz (participação das famílias na programação de temas), nos Grupos Integrados de Lian Gong e Fuxico (de partir da demanda do usuário para construir o projeto, de aprender/ensinar a produzir), na Visita Domiciliar do Aurélia (discussão no conselho local, envolvimento do cuidador, o profissional sendo considerado como membro da família), no Corpo, Espaço e Criação

(aprovação e apoio do conselho), no Qualidade de Vida na Melhor Idade do Costa e Silva (a consulta quanto às atividades a serem realizadas como passeios, hidroginástica). No caso destes dois últimos trabalhos, houve dúvidas sobre se era de fato partilhada a produção de conhecimento durante as atividades de grupo onde o conhecimento trabalhado era um saber específico:

Ipê: “Ex: aula de culinária: considera o conhecimento dele a respeito do tema? (...) mas porque também não tem tanto enfoque em coisa de conhecimento em si... Quando você quer falar de hipertensão, aí você consegue ver (...) Que metodologia, o quê que é que eles utilizam. (...)” (grifo da autora)

Há descrições sobre formas de construção compartilhada do conhecimento durante as atividades, em que tanto no relato do gestor, quanto da usuária, era ressaltada a troca entre os usuários nas oficinas e, em outro trabalho, onde a gestora especificava uma composição de estratégias, que traziam, inclusive, conhecimentos externos ao grupo:

- **Corpo, Espaço e Criação:**

Timbaúva: “(...) As oficinas são espaços de ensinar e aprender. (...) Um usuário que ensina o outro. (...) (a) comunidade (...) eles sabem muito **mais**, em coisas que a gente não pensou. E aí é uma troca mesmo (...) é um aprendizado.”

Cravo: “A grande mudança para mim foi reaprender. Ensinar é diferente de fazer. Está sendo bom para mim. (...)” (grifos da autora)

- **Viva a Vida do Valença:**

Barbatimão: “Houve partilha, troca. (...) as mulheres traziam textos ou conteúdos vindos de suas experiências. Todas vezes aconteciam palestras com pessoas de fora da equipe. (...) Palestras misturadas com temas mais livres (...) (as) tarefas domésticas, eles tinham muita coisa voltada para aprendizado dessas pequenas coisas. (...) E cada um falava como faz, porque faz, o quê que faz, porque não era legal fazer assim.” (grifos da autora)

Nessas descrições, as propostas que combinavam o olhar técnico e o popular na produção coletiva de conhecimento, que traziam conteúdos externos aos grupos, eram menos frequentes. Em geral, apontavam situações em que se deixava grande margem de iniciativa ao grupo de educandos. Nelas, a troca se tornava mais facilitada, essência dos grupos de convivência. O que foi trazido como ressalva ou dúvida para indicar os limites neste processo de co-construção era que, sendo a centralidade da proposta não transmitir conhecimentos, mas reconstruir padrões de sociabilidade, não seria possível saber como seria a abordagem, caso os grupos colocassem a tarefa de trabalhar conhecimentos específicos de saúde.

Para CARVALHO et al. (2001), a construção compartilhada de conhecimento supõe sujeitos cognoscentes com saberes diferentes, cujo relacionamento pauta-se por uma diversidade de interesses, desejos, motivações, ou mesmo hierarquias de poder, em que, apesar disso, buscam um processo pedagógico em que ocorra uma fecunda comunicação. No caso dos autores citados, que tinham como foco a construção da participação popular em saúde, o desafio que estava colocado apostava no fato de que havia lacunas de conhecimento em ambos os atores da relação pedagógica. Tanto os profissionais desconheciam os problemas de saúde que a população necessitava superar, quanto ela buscava formas de retomar sua qualidade de vida, a partir de conhecimentos necessários para um mais efetivo controle social. Numa construção compartilhada de conhecimentos, as diferenças de saberes não significam necessariamente uma hierarquia de saberes. Esta seria a base para construção de um novo senso comum socialmente compartilhado, em que os diferentes domínios de saber reapropriam-se, segundo suas necessidades, articulando aspectos pertencentes uns aos outros, reinventando laços sociais e modificando e negociando significados.

Muito provavelmente uma explicação relevante para a receptividade relatada das iniciativas analisadas estaria relacionada ao fato de que algumas representações acentuaram a autoridade do usuário sobre o conhecimento da realidade e do aprendizado de gestores, profissionais ouicineiros nessa relação, concepção fundante na compreensão acima identificada pelos autores.

Mas os ensinamentos da pedagogia dialógica freireana, à qual também se apóiam tais autores, reafirmavam a necessária diretividade na prática dos educadores, em que

o respeitar o aluno não significa deixá-lo na ingenuidade. Significa assumir sua ingenuidade com ele, para ultrapassá-la, (de forma que) o educador não pode manipular (autoritariamente) os alunos, mas também não pode abandoná-los à própria sorte. (GADOTTI, 1989).

É possível que esta reflexão esteja contemplada em algumas práticas analisadas (Viva a Vida do Valença, De bem com a vida), posto que na medida da necessidade se faziam composições com conteúdos específicos de aprendizagem em saúde.

Algo diferente poderia estar ocorrendo, entretanto, diante do relato de uma gestora do Baile da Feliz Idade, que citou as palestras que antecederiam as atividades recreativas de dança:

Copaíba: *“sempre antes de começar o baile é feita sempre uma pequena palestra sobre um tema da saúde.”* (grifo da autora)

Tanto no projeto encaminhado para concorrer ao Prêmio Paidéia, quanto nos demais momentos de coleta de dados, esta estratégia de abordagem não foi lembrada, exceto por ocasião da reunião de validação, disparada por uma colocação da usuária. Mesmo tendo aparecido nesse contexto, não foi possível identificar se os usuários a viam como necessária, ou se ela apenas atendia ao interesse do profissional em conceitualizar conteúdos específicos de saúde, não se configurando, portanto, como conhecimento partilhado.

Por outro lado, Jacarandá propôs à Timbaúva (Corpo, Espaço e Criação) uma estratégia de conhecimento partilhado como alternativa para lidar com os problemas de suprimentos de recursos materiais para o projeto. Em sua visão, seria necessário reforçar a importância de aproveitar oportunidades educativas da construção coletiva e de participação comunitária na constituição de sujeitos, de forma a problematizar com a oficinaira (que ensinava futebol às crianças e adolescentes da região) que reivindicava o atendimento de suas demandas ao poder público:

Jacarandá: *“Mas o mais **importante**, mais do aprender a jogar futebol, é aprender a construir esse projeto. (...) ao invés de ela ir atrás, **sozinha** buscar e arrumar uma empresa para dar os tênis, ela já assenta junto com eles e ‘como é que a gente pode conseguir?’ (...) E **eles** produzirem... Eles, meninos, lá junto, uma saída para essa questão.”*

Quando levantei os aspectos relacionados à participação social apoiados em VASCONCELOS, EYMARD (1999), as representações reforçavam a participação comunitária na relação das organizações populares com o poder público. Elas se pautavam na ampliação dos coeficientes de inclusão, como também nas estratégias de intersetorialidade. Nesta experiência citada, remetendo-me aos princípios basilares da Educação Popular em Saúde, a ampliação da capacidade de autonomia dos sujeitos dar-se-ia a partir do conhecimento co-construído.

Outros relatos reforçaram a troca amorosa das relações estabelecidas entre usuários e entre usuários e profissionais:

- Qualidade de Vida na 3ª Idade do Santa Odila:

Cedro: *“como elas ficam em casa, elas se procuram (...) trocam experiências (...) coisas que uma sabe, que a outra sabe... Então isso aí, deixam as pessoas crescerem.”*

- Vivavida do Boa Vista:

Alecrim: *“(...) adoro também. O pessoal. São uns **amores**, né? Inclusive essa senhora que vinha hoje também... Ela é superligada à gente... A gente se **ama**. Um ama o outro. (...) É uma coisa muito bonita.”*

- De bem com a vida:

Azedinha: *“(...) elas se dão superbem entre elas. (...). A gente vai na terça feira, mas nos outros dias elas se procuram. (...) A gente **adora** elas (...). É um entrosamento **muito** legal.”*

Para MATURANA (2002), emoções características do amor e do respeito fundamentam as ações sociais humanas, pois constituem “o domínio de condutas em que se dá a operacionalidade da aceitação do outro como legítimo outro na convivência, e é esse modo de convivência que conotamos quando falamos do social” (MATURANA, 2002). Esse é um dos referenciais mais caros à Educação Popular em Saúde. Ele diz respeito à afirmação do sujeito nas práticas educativas que se pautam pelo lúdico e pela utilização dos recursos artísticos na explicitação de conteúdos menos evidentes e estruturados na vivência diária dos atendimentos nos serviços. O auto-reconhecimento juntar-se-ia a uma pedagogia do desejo de ser e de saber mais de si e do outro, no fortalecimento do lidar com as questões da saúde. Isto se reforçaria quando as estratégias educativas utilizadas lidam com a corporeidade e com a consciência corporal. Permitiriam uma aproximação infinita de tempo e espaço no contato, despertando sentidos adormecidos ou sacrificados, como apareceram nos relatos de Miosótis, Girassol, Helicônia, dentre outros usuários.

Entretanto, ALBUQUERQUE (2003) alertava-nos para a chamada folclorização desse referencial, em que, na apropriação massificada dele, incluem-se danças, músicas, teatralizações que por si caracterizariam os processos educativos participativos, promotores de cidadania. O valor das emoções, da sensibilidade, da afetividade, da construção alegre do conhecimento é reconhecido na proposta freireana. Pois o ato de conhecer está associado ao de andar, alimentar, amar. Entretanto esse autor nos advertiu acerca das diferenças entre a alegria e a alegria fácil do não fazer (GADOTTI, 1989). E eu completaria que dentro de estratégias de procurar aliviar as tensões ou facilitar o contato nos grupos é essencial evitar o falso clima de harmonia, quando ele não for autêntico. As técnicas participativas precisam estar articuladas com aquilo que se pretende realizar, com a confiança do e no grupo e com a familiaridade paulatina que vai se construindo nesse contato para que ele possa contribuir de alguma forma para a geração de autonomia e qualidade de vida.

5.2.2- Avaliação das práticas educativas em saúde

5.2.2.1- Pouco conhecimento dos projetos pelos gestores na avaliação

Conforme mencionado anteriormente, os gestores explicitaram abertamente, ou durante a avaliação, suas ressalvas quanto ao desconhecimento a respeito do que avaliavam, deixando antever os limites colocados pelas análises que faziam. Vale lembrar que, no primeiro momento da avaliação, havia apenas uma gestora local com trabalho selecionado para ser analisado na pesquisa. Mas no momento da validação dos dados, três outros gestores locais com projetos selecionados se agregaram à discussão.

Algumas dificuldades quanto ao detalhamento das atividades ou mesmo ao seu seguimento no tempo podem ser reconhecidas a seguir:

Ipê: *“A construção de novos passos é compartilhada com os usuários, mas não sei se quando alguns temas são abordados os conhecimentos dos usuários são considerados. (...) Agora neste caso (...) Não sei.”*

Vinhático: *“suponho que o cuidador tenha...”*

Timbaúva: *“(...) tem um time de futebol... Não sei como está. (...) não sei te dizer, o que acontece... (...) Outro gestor: “Pode ser que eles tenham desenvolvido isto depois, né?” Timbaúva: “E a gente não sabe, né?”*

Barbatimão: *“Eu não tenho informação como tá. (...) Sobre a continuidade hoje eu não sei.”*

O momento em que explicitamente discutiram esta dificuldade está relatado a seguir:

Barbatimão: *“o objetivo deste trabalho com os gestores, (...) uma tentativa de responder algumas coisas (...). Não é para quem de fato (...) acompanha (...). (os profissionais) que vão responder essas questões e que de fato vão estar operando tudo... (...) mas a gente tem um espaço de vivência (...). Agora eu acho que a gente está tentando elaborar questões mais ‘macro’ mesmo. (...) temos um elenco de perguntas que eu acho mais difíceis de terem respostas. (...) Por mais*

que a gente se esforce...” Timbaúva: “É só não perguntar...”

Ipê: “Mas a técnica é esta, (...) a gente faz a pergunta e a gente mesmo responde...”

Timbaúva: “Eu não sei se vou conseguir responder a todas as perguntas. (...) Tem uma suposição. (...) Que pode ser diferente quando você vai lá com o trabalhador. Agora, eu acho que todos os trabalhadores conhecem esses projetos. (...)” Jacarandá: “(...) para a gente ter (...) qual a compreensão do gestor acerca disso?” (grifos da autora)

O menor conhecimento acerca das práticas, por parte dos gestores, trouxe um importante elemento constitutivo das práticas avaliativas atualmente vigentes, caracterizadas pelo pouco acompanhamento cotidiano das ações. Essa situação não afetou os resultados que a investigação se propunha alcançar, uma vez que não se pretendia que este segmento fosse o responsável pela avaliação. Como destacou Barbatimão havia mesmo “*um espaço de vivência*” que proporcionou que a avaliação acontecesse. Embora houvesse limites quanto aos aspectos relacionados à continuidade, transformações nas práticas ou caracterização das atividades, os outros grupos de interesse trouxeram informações que ampliavam ou redimensionavam o olhar dos gestores. De sua parte, as reflexões que envolviam questões mais gerais, continham aprofundamentos satisfatórios, que contribuíram bastante com o processo de pesquisa. Entretanto, reitero que esta situação contém elementos da dinâmica gestora dos processos de trabalho das unidades, mais especificamente daqueles relacionados às práticas, que deverão ser analisados no item relativo à gestão.

5.2.2.2- Interesses e receios de gestores e profissionais em avaliar as práticas

Apesar da menor participação numérica de gestores, os elementos que demonstravam seu interesse na avaliação dos trabalhos transbordaram de forma incisiva em suas falas, o que ocorreu de maneira menos enfática com os profissionais. Poderiam ser enumerados dentre os gestores as seguintes justificativas:

- “medir” a ampliação do vínculo dos usuários com a unidade em função de sua participação em atividades como o Lian Gong e verificar se esta situação é uma resposta à implementação das diretrizes do Paidéia (Buriti);
- aprender sobre como fazer uma avaliação mais formalizada e sistemática devido aos diversificados e numerosos grupos na sua unidade, onde há um significativo investimento de carga horária de profissionais (Pequi);
- verificar se realmente existem, na prática, determinados trabalhos tidos como “maravilhosos” (Cedro);
- verificar se há problemas ou necessidade de redirecionamento nos projetos em que investiram recursos e criar maneiras de monitorar os objetivos previstos, especialmente se há mudança na qualidade de vida e de saúde (Barbatimão);
- olhar não só para o que é tido como “bom” para ver o que é necessário mudar e evitar que o projeto “morra”, porque não se conseguiu avaliá-lo (Barbatimão);
- dimensionar e antever os recursos em geral e de pessoal, em particular, definidos para alcançar determinados objetivos e não ser surpreendido na sua realização (Sucupira);
- especificar os resultados sobre a situação de saúde e qualidade de vida dos usuários para além de repercussões mais visíveis como a melhora nas relações interpessoais nos grupos (Caviúna do Cerrado);
- superar uma “filosofia interna ao serviço, de não repartir”, através da qual não se vê os resultados do que se faz e não se valoriza o trabalho realizado (Sucupira).

Os posicionamentos assinalados pelos profissionais foram os seguintes:

- tendo trabalhado tanto numa ação, “é melhor não perguntar”, pois pode vir uma resposta negativa e não se terá condições de atender as demandas de melhoria advindas da avaliação (Aquileia);
- é difícil avaliar porque há muita reclamação dos serviços (falta de medicamento) (Poejo);
- a maioria das pessoas não reclama, ao contrário, “aprova tudo” que se faz;

- independente das reclamações, que ocorrem mesmo, é necessário ver onde se está falhando;
- é preciso ter retorno do que se faz;
- o trabalho é parâmetro para outros e porque aprendemos sempre com a tentativa de acertar (Babosa).

A forma geralmente favorável com que os gestores vêem o processo avaliativo contrastou com a perspectiva receosa de alguns profissionais, fazendo-me supor que estes últimos, sentindo a pressão dos usuários sobre os serviços, explicitam certa impotência e vitimização no lidar com os entraves institucionais, especificamente quando se trata de falta de recursos. Entretanto alguns profissionais demonstraram mais disposição com o aprendizado advindo de uma avaliação.

Os gestores estavam mais animados, com justificativas que envolviam as próprias necessidades do papel, ligadas mais a uma ótica somativa ou gerencial do paradigma dominante da avaliação (verificar alcance de diretrizes, investimento de recursos, precisão das informações, monitoramento). Por outro lado, expressavam também inquietações mais sutis relacionadas com a valorização do que era desenvolvido ou mesmo confirmavam formas de legitimar o trabalho educativo como processo de produção de saúde.

A perspectiva ameaçadora da avaliação pode se configurar numa importante fonte de distorções na coleta de dados, especialmente se tomo o referencial atualmente ainda dominante, em que o processo avaliativo é realizado por um agente externo, com critérios que lhes são próprios, conferindo um caráter indefectivelmente autoritário ao processo. Autores como MERCADO et al. (2002) relataram que, num processo avaliativo sobre ações de saúde junto a pacientes com doenças crônicas realizado em várias cidades do México, do qual participaram usuários e profissionais, estes últimos manifestaram alguma reticência em exteriorizar suas opiniões, especialmente aquelas que podiam ser interpretadas como críticas aos serviços ou à sua atuação profissional. Expressaram inquietações iniciais de que se pudesse estar avaliando seus conhecimentos ou suas ações,

dissipadas no decorrer dos grupos focais. Nessa pesquisa, houve intranquilidade a respeito da questão da confidencialidade dos dados especificamente colocada pelos profissionais. Mas acredito que, apesar de presentes, essa situação não prejudicou o andamento dos trabalhos e a obtenção dos dados, visto que, por várias vezes, foram explicitados conteúdos conflituosos ou críticos nas reuniões com os grupos de interesse ou mesmo na validação. Tive o cuidado de abordá-los, inclusive colocando para o envolvido na situação sua opção em não registrá-lo nos materiais escritos. São eventos característicos e previstos nas abordagens qualitativas em saúde, em que a subjetividade encharca todas as discussões.

5.2.2.3- Componentes de formação dos projetos

Chamamos de componentes de formação dos projetos a estruturação da escrita, em que ficam claros propósitos, metodologias, resultados previstos, formas de avaliação, dentre outros itens de um trabalho.

De forma geral, as indicações sobre este tópico, pontuado como importante pelos gestores, reforçaram a idéia de pequena ou nenhuma sistematização acerca das experiências, com pouca clareza a respeito do sentido de conceitos como objetivos, metodologia, metas, estratégias, resultados esperados, conclusão, avaliação por parte de quem os formulou. Em geral, os conteúdos são descritos agrupando-se em categorias utilizadas de forma pouco criteriosa. Em relação aos aspectos avaliativos, ou são caracterizados como conclusão, aparecendo também misturados com outros itens --como ocorreu nos projetos da Visita Domiliar do Aurélia, Grupos Integrados de Lian Gong e Fuxico, Corpo Espaço e Criação-- ou não são citados como no Qualidade de Vida na melhor idade (Costa e Silva).

Há consenso entre os gestores acerca da dificuldade em registrar as experiências, com indicações recorrentes sobre a necessidade de reverter este quadro: *"é a primeira coisa que o trabalhador de saúde precisa aprender: primeiro é a escrever as coisas e segundo é avaliar o que faz (...)"* (Timbaúva). Seja porque este procedimento ajudaria na reorganização do processo de trabalho (Caviúna do Cerrado), seja porque traria importantes contribuições para a continuidade das atividades (Timbaúva). Por outro lado, mesmo considerando o

registro como muito importante, sendo necessária a compatibilização entre registro e realização das atividades, Cedro alertou para certa intimidação que poderia ser criada com “*“pessoas, que sintam (...) maior dificuldade (no registro) e que na prática são boas no que fazem.”*”

Quanto à forma proposta para este registro, Caviúna do Cerrado não a caracterizou como acadêmica, mas

*“profissional (...). Tem um monte de coisa que a gente pode **acordar** para (...) desenvolver nos projetos. Não precisa escrever (...) pode **gravar**. (...) faz como um parceiro (...) (o) **mais** importante da experiência escrita é a **organização** do processo: ‘porque que vou fazer este trabalho, o quê que eu quero atingir... (...) o quê está mudando. Quais os pedaços de saber que eu preciso juntar para dar certo?(...)’”*

Para Sucupira, o fato das unidades não formatarem seus projetos de uma maneira adequada explicita

“(...) a realidade de como são montados os grupos. As atividades do Paidéia. (...) não têm mesmo uma metodologia clara. (...) Às vezes até tem objetivos, mas o resultado total do que você queria (...) Acho que nenhuma unidade faz isto.”

Suspeito que os fatores intrínsecos aos serviços de saúde que poderiam estar correlacionados com essa situação seriam discriminados na medida em que for delineada a dinâmica de gerenciamento das unidades, também evidenciada no “ativismo” dos profissionais e na carência de espaços de compartilhamento acerca das experiências desenvolvidas. Outro fator são as dificuldades enfrentadas pelo sistema educacional brasileiro, onde a leitura e a produção de textos pudessem ser efetivamente fomentados como praxe entre alunos de Ensino Fundamental, Médio ou mesmo de Graduação.

5.2.2.4- Propostas dos gestores e profissionais para avaliar os projetos

A partir da sistematização dos depoimentos dos gestores, pude reconhecer algumas propostas como as arroladas a seguir:

- Avaliar os projetos como ação incorporada na rotina dos profissionais, precisando e combinando vários elementos concretos em relação aos participantes, a partir de prontuários, planilhas como o BEC⁹³, depoimentos ou outros meios:
 - Ampliação/diminuição do uso de medicamentos;
 - Situação da pressão arterial;
 - Situação do número de consultas;
 - Situação de outros aspectos da saúde condizentes;
 - Situação da produção e venda de produtos de oficinas;
 - Amplitude/limitação de recursos terapêuticos utilizados;
 - Depoimentos com evidências claras e sistematizáveis tais como:
 - fatores explicativos da vinculação/desvinculação de usuários;
 - fatores explicativos da maior/menor autonomia de usuários;
- Investigar elementos de avaliação, indicados também com ex-participantes das ações;
- Estabelecer critérios baseados nas características dos usuários e nos objetivos do trabalho a serem alcançados e colher informações/depoimentos relativos a eles antes de iniciar e após tempo de desenvolvimento do trabalho;
- Anotar, em prontuário, todo relato significativo de melhora (*“Você (...) não anota só dado clínico, anota o que conversou, que tá contente, porque tá gerando renda...”*: Copaíba).

Seria interessante mencionar que os gestores, mesmo não tendo sido inquiridos sobre maneiras/instrumentos de como avaliar os projetos, ao discuti-los se punham numa perspectiva de propô-los, tornando possível generalizá-los para a grande maioria dos projetos.

Os profissionais, ao discutirem as formas de ampliar a confiança nas avaliações, posicionaram-se sobre a hipótese levantada de obter apoio externo para realizá-la. Houve quem defendesse que este agente externo pudesse ser o Conselho Local porque não seria

⁹³BEC significa Boletim de Entrega e Consumo de medicamentos e materiais que é utilizado nas unidades de saúde em Campinas.

um profissional de saúde envolvido e “ficaria na metade, tanto é o lado da população (...) como é o lado do profissional”. Outros se posicionaram contrariamente, afirmando a necessidade de que tal pessoa fosse de confiança e que não viesse “embutida de idéias. O conselho local está ali (...) Ser muito grudado não é muito legal. (Aquileia e Orégano)”

Mas também fizeram algumas propostas específicas para seus projetos, que inclusive contradiziam a não aceitação do agente externo, mas recusando nele uma postura fiscalizadora ou punitiva:

- Visita Domiciliar: implantar de fato a sistematização, direcionando as ações a partir dos dados e aplicar questionários com usuários para aferir sua compreensão e expectativas do atendimento:

*“(...) mas a gente não tinha pensado numa avaliação pelos usuários.
(...) Agora, depois de ver isso aqui, eu pensei num questionário (...).
Isto permitiria direcionar cada vez mais o **entendimento** a respeito
das ações que são possíveis, e das que não somos capazes de realizar
(...). Nós estamos pensando novas formas de aumentar esse rol aí de
avaliação”. (grifos da autora)*

Além disto, Aquileia definiu outras medidas de reorientação do projeto tais como iniciar o grupo de cuidadores (que fazia parte da proposta inicial) e definir horário de reunião só para discutir as visitas domiciliares.

- Grupos Integrados de Lian Gong: utilizar os projetos terapêuticos individuais para avaliação clínica dos resultados (“*redução da medicação, avaliação da qualidade de vida para os participantes.*”: Arruda).
- Corpo, Espaço e Criação: “*Não foi pensado. Que não seja somente pelo número de usuários, nem condições de trabalho (...).*”
- Centro de Convivência Itinerante: contar com a participação de outros equipamentos sociais ou da comunidade como olhar exterior avaliando.
- Viva a Vida do Valença e Crê-Vida Feliz: propuseram que alguém externo aplique um questionário sem necessidade de identificação.
- Hipertensão e Diabetes – melhoria e qualidade de vida: levantou várias hipóteses sobre

quem seria este agente externo sem defini-lo (Conselho Local, Gestor da unidade, familiares) num trabalho que questionasse usuários e funcionários “*de forma reflexiva com grupo e avaliação do resultado*” para “*sistematizar o trabalho.*”

- Grupo de Caminhada do Valença: indicou a participação do apoio distrital “*se aproximando, avaliando o projeto. Dinâmica com os usuários para avaliação.*”

Como venho enfocando dentro das possibilidades de aprimoramento das intervenções desencadeadas pela pesquisa, o exemplo da Visita Domiciliar do Aurélia indicou-nos o reconhecimento da possibilidade de rearticulação do trabalho desenvolvido, para além da diversificação das formas de avaliação.

Outro aspecto é o debate gerado no grupo em torno da proposta de trabalhar a partir do agente externo avaliador, em que preferiram saídas diferenciadas para a questão.

Além destes pontos, houve dificuldades de entendimento relacionadas ao conceito de ampliação da confiança na avaliação. Aquileia explicitou sua dificuldade, colocando-a no grupo, mas Cavalinha e Poejo fizeram propostas que evidenciavam uma apreensão distorcida do conceito, como se o foco fosse a ampliação da confiança no projeto e não nas formas de avaliação:

Cavalinha: “*Mais profissionais devem ser envolvidos no projeto para que se amplie a confiança dos usuários para com o projeto para obtermos mais adeptos.*”

Poejo: “*Trabalho dos próprios profissionais e intersetorialidade.*”

Estas dificuldades de entendimento ou distorções nas respostas podem estar evidenciando percalços na condução do processo investigativo, provavelmente no detalhamento, construção e validação das perguntas avaliativas. Assim venho procedendo, conforme explicitado anteriormente, amparando-me na perspectiva assinalada por MERCADO-MARTÍNEZ (2004), de apresentar eventuais limites na condução do processo investigativo, a fim de fortalecer as reflexões do campo da pesquisa qualitativa em saúde.

Também dentro dessa concepção, apresento a seguir algumas iniciativas desenvolvidas a fim de balizar as informações colhidas com os sujeitos da pesquisa, apoiando-me no referencial teórico-metodológico que supõe o aporte quantitativo

subsidiário, numa perspectiva da complementaridade por imbricação, triangulação e comparação contextualizada (FURTADO, 2001; VASCONCELOS, EDUARDO 2002), bem como nas propostas de avaliação identificadas pelos gestores, que vislumbravam, essencialmente, elementos que apontassem repercussões ou indicadores de resultados das práticas analisadas.

5.2.2.4.1- Tentativas de triangulação dos dados qualitativos com quantitativos

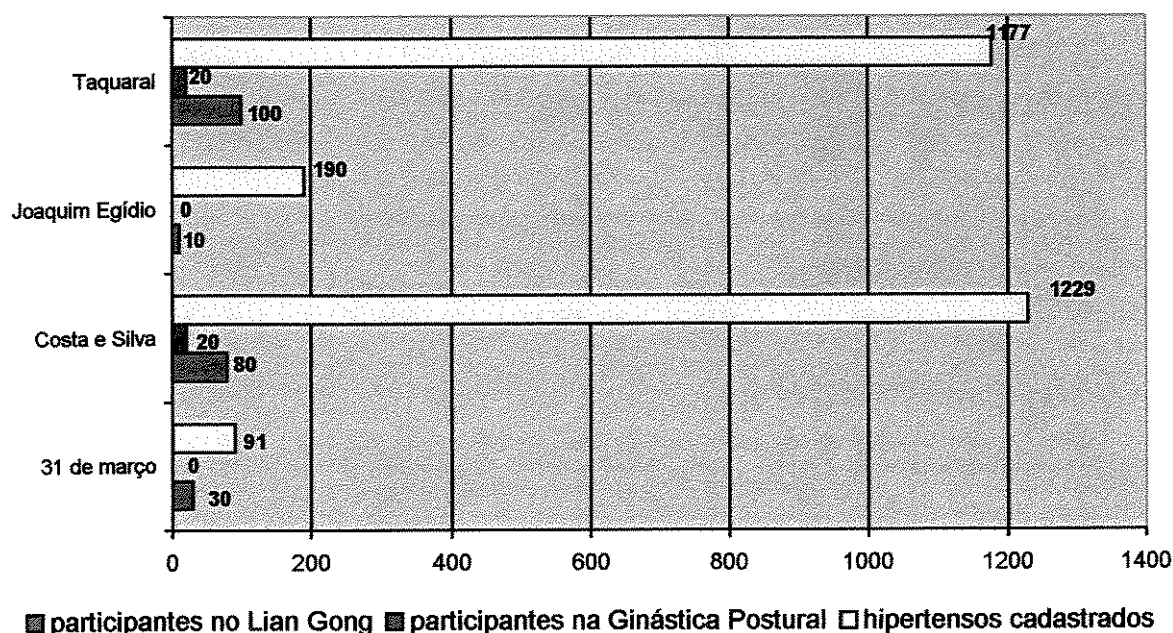
Neste sentido, busquei tais informações junto à Coordenadoria de Informação e Informática em Saúde da Secretaria, já contatado em outros momentos da pesquisa. Segundo as informações obtidas⁹⁴, os bancos de dados disponíveis não contemplariam nossa necessidade, porque mesmo tendo tecnologia de informação em saúde disponível na Coordenadoria, houve pouca adesão dos profissionais da Rede na sua alimentação⁹⁵. Além disto, o SIGAB, sistema utilizado pela Secretaria em que também me apoiei noutros momentos, é alimentado no modo simplificado, o que não inclui registro de dados de tratamento e nem de seguimento de pacientes. Outra possibilidade seria recorrer ao banco de dados de morbidade hospitalar, uma vez que um melhor controle de doenças traria como consequência redução das internações ou redução do número de dias de internação ou custos. Mas como a cobertura das ações é baixa, pois analisei experiências pontuais, em que o universo de usuários é muito maior do que o alcançado pelos grupos, o impacto na morbi-mortalidade pode ser baixo ou não perceptível. A possibilidade levantada por alguns integrantes de levantar os dados nos prontuários fugiria ao escopo deste trabalho.

Quanto às evidências de que a cobertura das ações educativas nas unidades tende a ser baixa, se tomo como exemplo um levantamento recente realizado por alunos do segundo ano de Medicina da Faculdade de Ciências Médicas da Unicamp, para a disciplina de Saúde e Sociedade, em que se consideraram os grupos de Lian Gong e de Ginástica

⁹⁴Consulta realizada em janeiro de 2005 com a Dra. Cristina Restitutti e Dr. Savério Gagliardi.

⁹⁵No site da Secretaria Municipal de Saúde pude constatar que as informações disponíveis das famílias cadastradas pelos agentes comunitários de saúde se referiam ao ano de 2004 somente, o que impossibilitava um acompanhamento comparativo de alguns itens tais como fornecimento de medicamentos aos hipertensos e diabéticos atendidos continuamente no CS's, por exemplo.

Postural em unidades de saúde do Distrito Leste em 2004 (CAMPINAS, 2004b) e adiciono os dados do cadastramento realizados pelas ELR's em 2004 (Gráfico 15), teremos o seguinte:

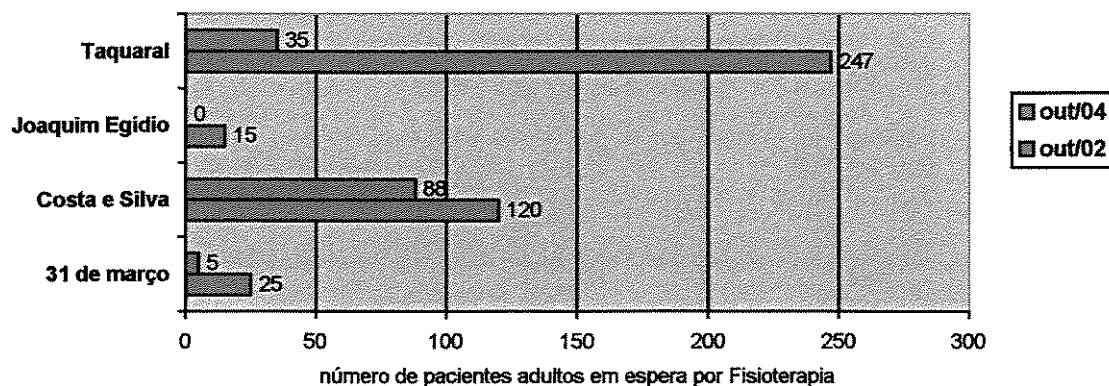


Fonte: Projeto Corpo em Movimento (CAMPINAS, 2004 a) e CII/SMS, 2004.

Gráfico 15- Número de participantes em atividades de grupo de Lian Gong e de Ginástica Postural e número de hipertensos cadastrados em quatro unidades de saúde com projetos analisados em 2004

De acordo com os dados contidos no gráfico acima, portanto, a cobertura de participação nos grupos de Lian Gong nessas quatro unidades, tendo em vista os cadastrados com Hipertensão, é de 32,97% para o 31 de Março, 8,5% no caso do Taquaral, o Costa e Silva tem 6,51% e Joaquim Egídio com 5,26%. A cobertura da Ginástica Postural é de 1,7% e 1,63% nos Centros de Saúde do Taquaral e Costa e Silva, respectivamente.

Embora a cobertura seja baixa frente à clientela potencial tendo em vista apenas uma morbidade cadastrada, o referido trabalho dos alunos identificou uma importante repercussão na demanda por fisioterapia dos pacientes adultos atendidos nessas quatro unidades entre outubro de 2002 e outubro de 2004 (Gráfico 16):



Fonte: Projeto Corpo em Movimento, dezembro/2004.

Gráfico 16- Número de pacientes adultos na espera por atendimento de Fisioterapia em outubro de 2002 e em outubro de 2004

Saliento, entretanto, a necessidade de relativizar tais informações, na medida em que outros fatores podem interferir na redução da lista de espera, tais como a oferta concomitante de outros recursos terapêuticos, como acupuntura⁹⁶, ou mesmo a ampliação na oferta de vagas na especialidade⁹⁷, dentre outros aspectos. Dessa forma, as repercussões verificadas na redução da pressão por serviços especializados, provavelmente resultam de um conjunto de ações que visavam qualificar a assistência no sentido da integralidade das ações, desmedicalização, ampliação do acesso e resolutividade da abordagem das necessidades de saúde. Os achados são eloqüentes se aponto a situação do Taquaral em que houve uma redução de pelo menos sete vezes no valor anterior, enquanto Joaquim Egídio viu isso acontecer numa grandeza de 15 vezes, ou no 31 de março onde a redução foi de cinco vezes. No Costa e Silva, a menor magnitude representa uma redução de 36% na pressão de demanda por fisioterapia para adultos⁹⁸. Isto nos leva a supor que os usuários que freqüentam os grupos naquelas unidades, em sua maioria, são os que mais necessitam participar do ponto de vista das patologias que envolvem tratamentos fisioterápicos.

⁹⁶No caso do Centro de Saúde de Joaquim Egídio, este aspecto foi lembrado pela coordenação do serviço.

⁹⁷A coordenadora do 31 de Março lembrou que em 2002 havia uma maior escassez de vagas para agendamento, enquanto que em 2004 o serviço conta com uma cota definida, que permite carrear de alguma forma a demanda.

⁹⁸No caso desse Centro de Saúde, a coordenação, ao ser inquirida a respeito de fatores concomitantes que poderiam ter interferido, ressaltou que os grupos como um todo (*"não só os de Lian Gong, mas os de vivência"*) foram os responsáveis por este resultado.

O que poderia estar relacionado à maneira como os profissionais das unidades direcionam sua clientela mais comprometida ao trabalho de grupos, como também demonstraria formas de divulgação mais eficazes.

Continuando no caminho da triangulação dos dados, foi-me também sugerido que buscasse informações sobre consumo de medicamentos no Departamento Administrativo da SMS, o qual havia implantado em outubro de 2002 um sistema informatizado para gestão deste insumo. Retomei os trabalhos apresentados em agosto de 2003 para levantar dados referentes a essa questão. Identifiquei três iniciativas de avaliação com resultados quantitativos no **Intervenção para população acima de 55 anos do Vista Alegre**, no **Hipertensão e Diabetes – melhoria e qualidade de vida do Capivari** e no **Grupo Ginástica Renascer do Valença**. O nível de detalhamento da avaliação destes trabalhos, considerando que envolveram, no caso do primeiro, 37 usuários, no segundo 25 e no terceiro 24 (num primeiro momento) e 37 (num segundo), foi-nos possível identificar taxas de redução de uso de medicamentos nos três:

- 62,5% de anti-hipertensivos e 3% de hipoglicemiante no do Vista Alegre;
- 22% de retirada de medicação e 31% de redução de antidiabéticos no do Capivari e
- 32% de antiinflamatórios e calmantes no do Valença.

Mas os dados fornecidos pelo Departamento eram agregados para toda a unidade e não por pacientes por ELR ou menos ainda para os envolvidos naquele projeto. Assim, tornara-se evidente a inviabilidade de continuarem as investidas de comparar as informações colhidas com alguma outra fonte de dados quantitativa na Secretaria, pela dificuldade de estabelecer parâmetros ou mesmo pela inexistência de uma fonte consistente. Saltou aos olhos também as inúmeras barreiras para apropriação dos dados, ou melhor, como o acesso a eles era pouco orientado pelas necessidades de avaliação daqueles que os produzem, isto é, os profissionais que realizam as ações de saúde. Este é um fator que contribui enormemente para a dificuldade de realizar cotidianamente avaliações dos serviços prestados denunciada pelos gestores nessa pesquisa⁹⁹.

⁹⁹Por exemplo, o próprio cadastro não ficava no prontuário familiar, o que impedia a avaliação do acs em suas microrregiões.

Em seu trabalho avaliativo das ações de promoção de saúde mencionado anteriormente, ASSIS (2004) realizou uma revisão bibliográfica tomando 18 trabalhos desse campo, 9 experiências internacionais e 9 brasileiras. As iniciativas internacionais foram caracterizadas como estudos com enfoque quantitativo quase-experimental, envolvendo em média 450 idosos em grupos experimentais e controle, em que predominava o uso de escalas e escores para aferir resultados atitudinais e comportamentais. Foi interessante notar que as indicações advindas destes estudos referiram importantes limites, ora pelas escalas utilizadas que necessitariam de um tempo maior de seguimento para sua aplicação, prejudicando a avaliação de efeitos, ora pela inconsistência da documentação de base que não permitia reconhecer desdobramentos mais generalizáveis, especificamente alterações no *status* da saúde dos envolvidos. Segundo a autora, apenas alguns estudos internacionais indicaram resultados não conclusivos na redução de consumo de medicação e no controle de pressão arterial. Mas uma característica essencial destas intervenções educativas analisadas é que elas se pautariam pela transmissão de informações, combinada com a oferta de serviços preventivos, com foco na prescrição individual de condutas. Isto é, em que pese o esforço de inserir indicadores de qualidade de vida e bem-estar subjetivos preconizados pelo referencial do envelhecimento bem sucedido, a proposta positivista da análise combinada com a indicação de regras do bom-viver, conseguiu se aproximar de efeitos mais fortes nos períodos de vigência das intervenções, o que caracterizaria a perspectiva preventivista das ações educativas em saúde. No entender da autora, como no nosso também, em estudos desse campo, para uma apreensão mais integradora do objeto seria necessária, a combinação por complementaridade e triangulação dos referenciais quantitativos como apoio aos qualitativos, mas também seria essencial que o trabalho educativo desenvolvido utilizasse os referenciais da ação dialógica e vivencial na construção de sujeitos para a ampliação dos gradientes de autonomia e cidadania na saúde.

5.2.2.5- Instrumentos e avaliações realizadas

Nas análises específicas dos projetos, tanto pelos gestores quanto pelos profissionais foi indicado que o Idosos com Prazer e o Visita Domiciliar não tiveram avaliação efetivada. Foi relatado que o Vivavida do Boa Vista, o Crê-Vida Feliz,

o Centro de Convivência Itinerante e o Corpo Espaço e Criação pautaram-se pelas discussões de replanejamento durante reuniões de equipe e nos próprios grupos com usuários. Caracterizavam-se por alguns resultados informais e indiretos percebidos no dia-a-dia dos serviços, enumerados por gestores do Abrace sua Praça, do Qualidade de vida na melhor idade (Costa e Silva), do Intervenção para população acima de 55 anos do Vista Alegre e pelos profissionais do Corpo Espaço e Criação, do Prótese total na 3ª Idade e Caminhada do Valença. A indicação da gestora (Copaíba) do Intervenção para a população acima de 55 anos do Vista Alegre de que as avaliações foram realizadas de forma não sistematizada, a partir dos *“relatos de usuários e dados de observação dos fluxos da unidade.”*, é contraditória com as informações quantitativas anteriormente mencionadas. Essa situação, provavelmente, faz referência ao conhecimento pouco aprofundado dos gestores acerca dos trabalhos, evidenciada pela pesquisa.

Segundo os profissionais, o Viva a Vida do Valença e o Qualidade de Vida na Terceira Idade (Santa Odila) desenvolveram propostas de avaliação, pois realizavam entrevistas com usuários:

Confrei: *“A primeira (...) avaliação feita foi a pergunta direta ‘o que você acha do grupo e dos exercícios aplicados?’; o segundo método(...) foi fazer contato com os parentes e perguntamos aos mesmos o que os participantes do grupo achavam. O resultado foi positivo (...) apenas duas pessoas relataram pouca melhora nas dores musculares.”*

Poejo: *“Questionário realizado pelo CLS, entrevistas (Diário Oficial) da Assessoria de Imprensa e Secretaria de Saúde, filmagem, relato.”*

Outros profissionais buscaram mais sistematicamente os resultados das intervenções, como o Hipertensão e Diabetes – melhoria e qualidade de vida e o Grupo Ginástica Renascer:

Manjerição: *“Avaliação percentual (retirada de remédios, controle dietético e físico, redução do uso de medicação, estabilização pressão arterial e taxa de glicose) e aplicação questionário sobre qualidade de vida.”*

Cerefólio+Coentro: *“Através de questionário. O resultado foi a redução de medicação anti-depressivo, peso corporal, dor muscular e anti-hipertensivo.”*

Uma trabalhadora questionou o enfoque gestor pautado na avaliação quantitativa das ações, o que traria dificuldades para seu desenvolvimento, especialmente quando estas têm, como característica, um outro referencial de abordagem:

Orégano: *“(...) a questão dos gestores (...). Com o profissional. Porque às vezes você tá num **agenciamento** de um projeto (...): ‘nossa, que legal!’ Na hora que ele vê que ele tá perdendo um pouco a **rédea** do negócio, ele quer puxar tudo... ‘E a sua planilha?(...)’ o espaço de convívio não é um espaço que seja um equipamento que **tenha** planilha. (...) Porque se a Prefeitura não quebrar essa coisa... De um outro tipo de equipamento que não tenha essa... **Produção**. Mas tenha outra produção... Isso é complicado.”*

Tendo em vista sua experiência, ALBUQUERQUE (2003) ressaltou também a dificuldade recorrente em que os gestores costumam privilegiar a aferição quantitativa das atividades realizadas, o que evidencia o assinalado, anteriormente, a respeito do paradigma hegemônico nas práticas avaliativas.

Do seu lado, os gestores salientaram que as avaliações existentes nos projetos analisados eram intuitivas, resultados de *“uma sensação”*, feitas no cotidiano, de forma genérica, sem que se fossem criados espaços específicos para análise do que se estava produzindo. Mas Barbatimão e Sucupira frisaram a necessidade de fazer um *“movimento de puxar e olhar”* o que estaria acontecendo, na medida em que já existem espaços coletivos de reflexão, fala e acompanhamento. Segundo elas, os resultados estavam se configurando, mas ainda de uma forma fragmentada, sem que as pessoas se dessem efetivamente conta do que ocorria. Timbaúva e Ipê avaliaram a necessidade de que se procedesse a uma avaliação de impacto, mas o que ocorre, na visão desta última, é que existe

“uma avaliação do projeto e não do impacto do projeto. (...) Não (se) pensa que não está atingindo os resultados esperados. (...) A participação é uma avaliação. (...) é muito comum avaliar um projeto, em relação à adesão.”

Para Ipê, o fato das avaliações não serem sistematizadas, isto é, não contemplarem principalmente aspectos relativos aos resultados, favoreceria uma percepção enganosa quanto ao alcance de objetivos:

“Talvez (...) (a avaliação que esteja sendo feita) seja a adesão dos usuários e continuidade (...) (da) participação dos usuários na definição de novos passos; (...) a gente até sabe que teve uma avaliação (...) um dos objetivos ‘ofertar espaços públicos’ (...) está sendo contemplado (...) promover (...) interação com o grupo (...) fortalecer o coração. (...) diminuir a vinda à Unidade de políquelosos. (...) Eles podem estar participando do grupo, mas a consulta pode continuar sendo políquelosa.”

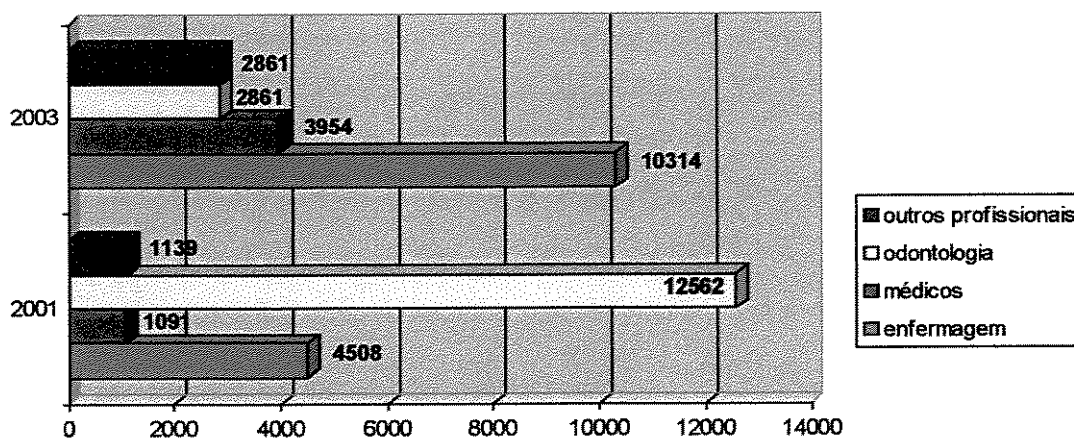
Assinalo, inicialmente, que os gestores criticaram as avaliações realizadas, apoiados numa forma de ver normativa (CONTANDRIOPOULOS et al., 1997) do campo da pesquisa avaliativa, qual seja a de que enfocariam, quando muito, as potencialidades de adesão às iniciativas, não investigando os resultados alcançados, mesmo considerando que algumas delas tinham importantes evidências dos mesmos. Entretanto, uma questão que também foi deixada de lado pelos gestores relacionava-se aos elementos avaliativos de infra-estrutura, aspecto basilar do enfoque normativo, apesar de um deles (Sucupira) ter identificado que este seria um motivo para avaliar. Se era verdade, de um lado, que os projetos analisavam precariamente as maneiras de desenvolver as atividades, esquecendo-se dos resultados, por outro nem profissionais nem gestores, até esse momento, se ocuparam dos recursos materiais e físicos necessários para seu desenvolvimento¹⁰⁰. Esse aparente lapso na visão dos gestores pode estar relacionado ao papel que exercem, uma vez que são eles, em última instância, os responsáveis por administrar no dia-a-dia, mesmo numa gestão colegiada, a aplicação desses recursos, sendo freqüentemente pressionados ou culpabilizados por eventuais ineficiências no processo, embora mais adiante pudessem ser reconhecidas preocupações deste segmento com essa questão.

Mas o fato dos profissionais não abordarem aspectos de estrutura no delineamento e avaliação dos textos apresentados ao Prêmio Estímulo, pode ser considerado uma surpresa, já que nas discussões realizadas, as dificuldades relativas a esse fator eram sempre lembradas. O que pode explicar essa situação é que o projeto foi escrito para concorrer ao Prêmio, momento em que os candidatos tendem a não especificar

¹⁰⁰ Quem se ocupou disto foram os usuários, como se verá à frente.

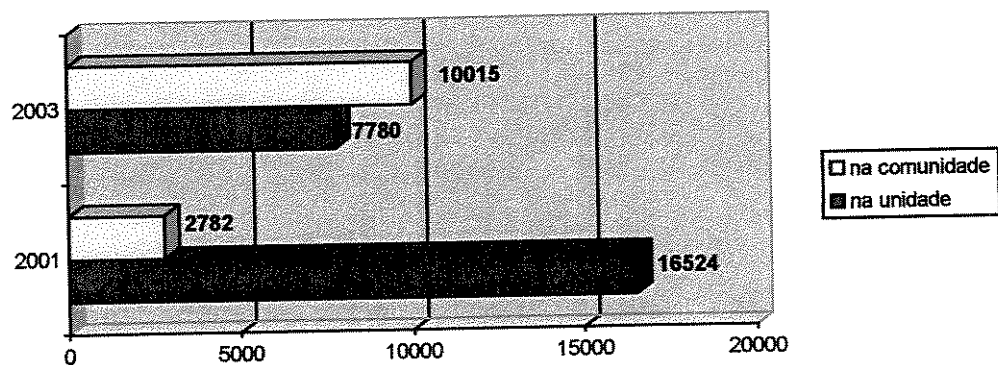
fragilidades que possam estar ocorrendo na realização das atividades, especialmente se reputam uma responsabilidade às pessoas que justamente vão avaliar o trabalho. Esta poderia ser uma importante distorção da coleta de dados da pesquisa se tivesse me apoiado para avaliá-los basicamente nas informações contidas na descrição dos trabalhos apresentados em agosto de 2003. Obviamente, que esta questão colocava a nu, como uma ponta de um “iceberg”, o caráter tradicional da abordagem escolhida pelos gestores para criar o Prêmio Estímulo, em que, mesmo não objetivando realizar um processo de avaliação sistemático, trouxe como formato o estabelecimento e aplicação de critérios externos (criados pelos gestores), o que favorecia sentimentos de exclusão, ressentimentos e competição (MOTTA, 1989).

Buscando trazer outros elementos para análise, em função do indicado por gestores como prática comum de avaliação, apresento dados acerca da adesão ou frequência de participação nos grupos, disponibilizados pela Coordenadoria de Informação e Informática, comparando essa situação por unidades de saúde com projetos analisados em 2001 e 2003, tendo em vista a categoria profissional do coordenador (Gráfico 17), o local de realização (Gráfico 18) e o número de participantes por unidade (Gráfico 19):



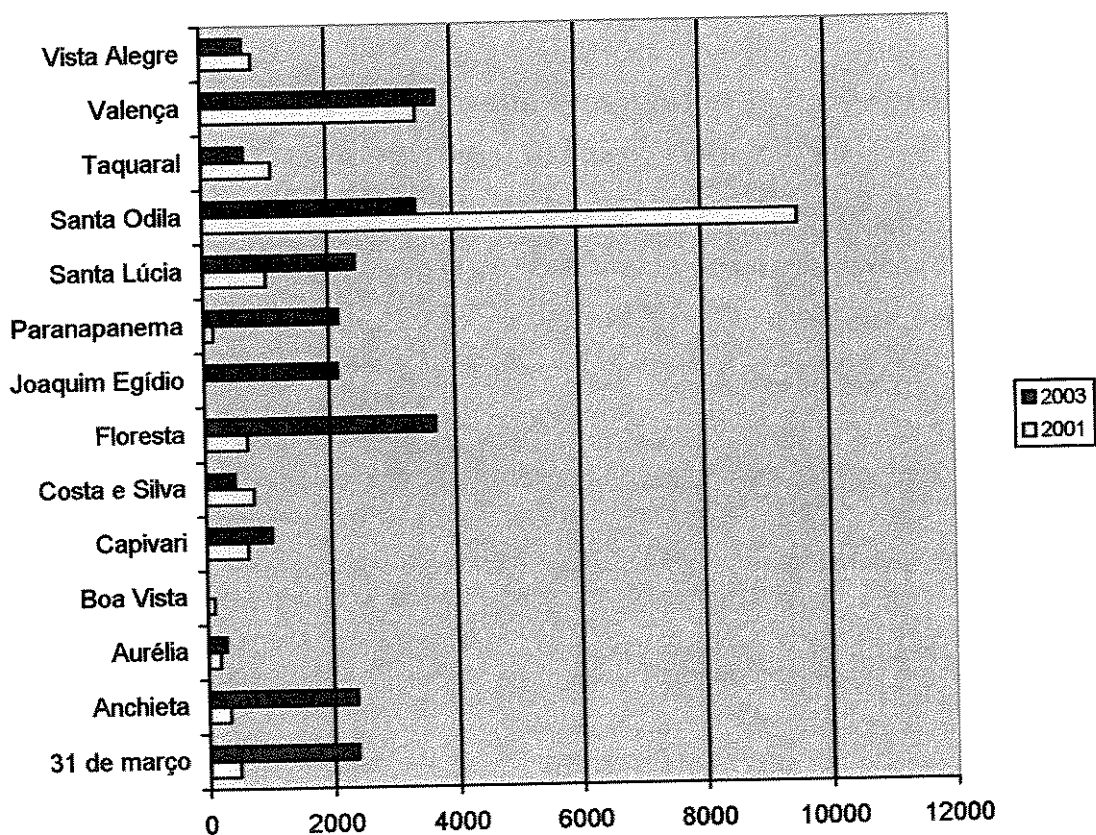
Fonte: CII, SMS, fevereiro/2005

Gráfico 17- Número de participantes em grupos educativos por categoria profissional do coordenador nas unidades com projetos analisados, em 2001 e 2003



Fonte: CII, SMS, fevereiro/2005.

Gráfico 18- Número de participantes em grupos educativos por local de realização nas unidades com projetos analisados, em 2001 e 2003



Fonte: CII, SMS, fevereiro/2005.

Gráfico 19- Número de participantes em grupos educativos por unidades com projetos analisados, em 2001 e 2003

De acordo com os dados disponíveis no Gráfico 17, parece ter havido um importante aumento na participação de pessoas nos grupos conduzidos pela enfermagem, de médicos e mesmo de outros profissionais, com significativa redução no caso da odontologia. Entretanto, comparando o contingente total de participantes em 2001 e 2003 nos Gráficos 17 e 18, pudemos verificar um pequeno acréscimo da ordem de 3,45% e um decréscimo de 2,87%, respectivamente. Isto nos faz supor que há diferenças no processo de coleta e/ou processamento de dados relacionada à forma de agregação deles, se por tipo de categoria de profissional ou por local de realização, trazendo questionamentos sobre sua confiabilidade. Partindo de tais limitações, o aumento de registros dos participantes dos grupos na comunidade indicada no Gráfico 18 perderia em credibilidade.

Ao analisar o Gráfico 19, chamaram minha atenção, primeiramente, dois aspectos: o fato do Boa Vista não ter nenhum participante de grupo indicado e o Santa Odila ter tido um número muito grande em 2001, frente aos demais CS's. Tomando o primeiro exemplo, em todo o processo de avaliação descrito, os grupos de interesse do Boa Vista não relataram dificuldades que os fizessem não realizar grupos em sua unidade. O que provavelmente indicaria problemas relacionados à subnotificação ou a mudanças na forma de coleta das informações, o que certamente poderia estar ocorrendo em outras unidades. No segundo exemplo, também parece haver problemas na coleta de dados, já que tamanha distorção é bastante improvável, exceto se tiver ocorrido alguma campanha educativa massiva, com envolvimento de grande contingente de pessoas em tão curto espaço de tempo. Nesse sentido, volto ao meu posicionamento anterior marcado na análise dos Gráficos 1 e 2, quando apontei, para os dados que envolvem todas as unidades da SMS, um limite importante da contribuição desse tipo de análise para o aprofundamento e compreensão das estratégias educativas utilizadas.

Nos cinco tópicos relacionados à temática da avaliação dos trabalhos, os olhares que predominaram foram os dos gestores e dos profissionais. Dessa forma, a reconstrução de seus apontamentos trouxeram-nos algumas indicações:

- O olhar mais convencional dos gestores reconheceu aspectos que mantinham interesses de legitimação dos projetos e de valorização do trabalho realizado, enquanto que os profissionais combinaram posturas de disponibilidade para o aprendizado com outras mais persecutórias, mais típicas de quem considera seu trabalho desprovido de recursos.
- Por outro lado uma trabalhadora questionou a priorização do gestor pela aferição quantitativa, como mecanismo de pressão e monitoramento cotidiano do trabalho, inadequado para trabalhos com foco educativo.
- Enquanto os profissionais priorizaram alterações ou reforço dos caminhos específicos de seus projetos, os gestores fizeram propostas de avaliação para os projetos como um todo.
- Para os gestores, a dificuldade de registrar ou mesmo de especificar conceitos na formação das práticas é um desafio importante a ser enfrentado para ampliar a capacidade avaliatória da Rede, sob pena de prejudicar a continuidade, a reorganização dos processos de trabalho, ou a afirmação dessas ações junto às equipes gerais dos serviços como recurso terapêutico.
- Apesar dos gestores indicarem que as avaliações realizadas eram superficiais e subjetivas, a partir dos relatos dos profissionais, foi possível identificar que poucas iniciativas não as realizaram, enquanto outras trabalharam efetuando-as no cotidiano e/ou reconhecendo indícios de resultados das ações; houve aquelas ainda que se organizaram de forma mais sistematizada para se apropriar dos resultados de seu trabalho.
- Dentre estas que buscaram sistematização, destacaram-se algumas que informaram sobre aplicação de questionários, investigação do acompanhamento de saúde dos idosos, com resultados em geral positivos, mas que necessitariam de confrontação a partir de informações que não puderam ser viabilizadas mediante a forma de organização dos sistemas de informação da Secretaria.
- Segundo um levantamento realizado em unidades do Distrito Leste, constatou-se baixa cobertura dos grupos de Lian Gong e Ginástica Postural, mas apesar disso verificou-se importante redução na demanda por fisioterapia para adultos naqueles serviços,

o que precisaria ser relativizado dada a presença de outros recursos terapêuticos ou mesmo em razão da ampliação de cotas para acesso a essa especialidade.

- Os gestores assinalaram que os profissionais priorizariam avaliações de processo baseadas na adesão aos grupos. Mas não se lembraram de contemplar em suas análises outro componente importante, como os aspectos relacionados à infra-estrutura necessária às práticas.
- Em relação à questão da adesão aos grupos, os dados apresentados mostraram-se pouco confiáveis para levantar elementos que corroborassem informações específicas por unidade, ou mesmo uma tendência de mudança no sentido do trabalho extra-muros.

5.2.3- A gestão interferindo nas práticas

A acepção de gestão que perpassou os depoimentos, com a qual também tenho trabalhado durante a pesquisa, caracterizava-se como uma visão ampliada, chamada por Caviúna do Cerrado, de gestão do cotidiano. Seria aquela que não se reduz ao cuidar dos expedientes administrativos dos serviços, mas também e principalmente a que acompanha as ações *“da clínica, do Lian Gong, vivendo com a clínica para a mulher... Do adolescente, da questão da dor... (...) É a gestão do cotidiano (realizada) pela equipe de profissionais.”* Não é uma que se configura na pessoa do administrador dos serviços, mas aquela mais próxima do que foi definido pelos profissionais como a que *“incorpora a idéia de ‘gestor’ do projeto, não somente o da unidade de saúde,”* corroborando o sentido que venho dando a agenciamento, ou capacidade articuladora de uma ação.

Outro aspecto a ser mencionado diz respeito à gestão colegiada. Este é um princípio caro à modelagem implantada, cujas diretrizes anteriormente analisadas estabelecem articulações entre a participação popular e a co-gestão dos serviços, em que a participação é um dos instrumentos para influenciar e viabilizar a democratização das relações na produção do cuidado em saúde. No caso dessa investigação, foi possível evidenciar que a participação popular traduziu-se mais em formas de participação comunitária voltadas para continuidade dos projetos, contando com alguns exemplos de

articulação em órgãos representativos internos à saúde ou específicos do idoso. Nesse sentido, como se verá adiante, as formas de participação comunitária mais evidentes não pareceram expressar uma busca de influência sobre as relações internas aos serviços, deixando isso mais a cargo das situações (e conflitos) que envolviam gestores e profissionais. Essa maneira mais vinculada à manutenção dos projetos com que os usuários caracterizaram sua atuação pode estar, inclusive, correlacionada à forma com que se evidenciaram os conflitos durante o processo de pesquisa, cuja explicitação ocorria de forma mais evidente durante as reuniões dos grupos de interesse, mas tinham mais dificuldades em ocorrer quando os diferentes grupos se encontravam.

Sendo assim, neste ponto vou procurar desenvolver reflexões a respeito dos fatores que afetaram as atividades, bem como a implementação de ações avaliativas relacionadas à gestão. Inicialmente enfatizarei aspectos gerais, tais como:

- Ampliação do acesso aos mais vulneráveis e de autonomia nas práticas
- Modelagem, demanda por assistência e falta ou rotatividade de pessoal
- Relações nas equipes e envolvimento dos profissionais
- Mudança de Administração.

Em seguida a análise se voltará para a legitimidade interna às equipes, evidenciada em questões como:

- Legitimidade e relação entre os membros das ELR's
- Ação gestora e a legitimidade das práticas nas equipes gerais.

E, posteriormente, enfocarei as dificuldades para continuidade e ampliação das práticas relacionadas à falta de recursos de infra-estrutura, que envolvem:

- Os espaços
- Os materiais, a infra-estrutura e equipamentos de apoio às atividades.

5.2.3.1- Ampliação do acesso aos mais vulneráveis e de autonomia nas práticas

Como acentuou em outra passagem Manjerição, trabalhadora do Hipertensão e Diabetes – melhoria e qualidade de vida, dentro do contexto de crescente autonomia e cidadania dos usuários, há uma cobrança de que os projetos sejam abrangentes. Neste sentido, Copo-de-leite, usuária do Corpo, Espaço e Criação, questionou a falta de divulgação do trabalho, o que reduz o acesso às atividades. Propôs novas formas da gestão ampliar a legitimidade externa da proposta, mas deixando no ar uma questão que envolve os limites para ampliação das ações:

*“É que eles não divulgam muito bem esse tipo de trabalho... (...) fiquei **sabendo**, porque eu fui no **Centro de Saúde**. (...). Eu conheço um monte de gente que **nunca** vai lá. (...) O bairro é **enorme**. E se todo mundo fosse? (...) É só pra quem **frequenta**. (...) Lá no meu bairro não tem **uma** foto na frente do Centro de Saúde nos bairros. (...) Nas padarias, no supermercado, nas farmácias... Ninguém fala sobre isso... (...)”* (grifo da autora)

Além deste relato da usuária, a investigação dos estudantes de Medicina anteriormente analisada, indicou-nos uma baixa cobertura dos trabalhos com grupos, apesar de suas considerações restringirem-se às unidades do Distrito Leste. Procurando explicações para esse tipo de situação, ASSIS (2004) também referiu, em sua experiência, limites de recursos tais como materiais e de pessoal, que poderiam se configurar em gargalos à ampliação de acesso. No caso do Paidéia, a própria usuária também se questionou quanto a isto, tendo sido, inclusive, apresentadas várias iniciativas de organização popular no sentido de superar obstáculos materiais para consolidação e ampliação dos trabalhos. O detalhamento desta situação ainda será realizado adiante.

Por outro lado, os profissionais valorizaram a iniciativa como um serviço público, um aspecto importante porque sua clientela são pessoas excluídas socialmente:

Poejo: “Porque era um povo muito oprimido (...) Por conta do acesso aos serviços também”. (...) Alguém: “Porque não é privado (os projetos). É público. Pode todo mundo participar, né? (...) ‘Pode vir, quem quiser tá aberto.’”

Uma questão que apareceu como dificuldade aos agenciadores do Prótese Total para 3ª Idade foi a definição de critérios para acesso em função da necessidade de estabelecer prioridades frente à limitação de recursos:

Babosa: *“A gente não sabia quem era prioridade: ‘todos os desdentados...’ (...) (o) ‘mais velhinho, o do abrigo, o paciente que chega...’ E a gente adotou alguns critérios (...) voltou para grupos internos e para algumas pessoas que a gente já tinha em mente.”*

No trabalho de ASSIS (2004) foi assinalada uma preocupação em garantir acesso a programas voltados para o “bom envelhecer” dos idosos mais vulneráveis, propondo estratégias que o viabilizassem, através da localização mais próxima dos serviços em territórios de característica exclusão social e promovendo também uma efetiva retaguarda de serviços especializados para as patologias ligadas ao envelhecimento. Com o Paidéia, houve um esforço em utilizar esse critério na implantação de novos serviços, bem como no investimento, ainda que incipiente, em novas formas de gestão da informação que reorientassem os procedimentos de agendamento de consultas e exames de especialidades¹⁰¹. Houve significativa expansão dos serviços com a criação de 14 módulos de Saúde da Família¹⁰² e 2 outros Centros de Saúde, implantados nas regiões de maior exclusão, combinada ao trabalho de acolhimento e cadastramento, estratégias que acabaram por “abrir as portas” dos serviços¹⁰³.

Para analisar o perfil de exclusão social das populações das áreas de abrangência das unidades que tiveram seus projetos analisados, seria importante verificar o que nos diz um indicador criado nessa gestão, o Índice de Condições de Vida (ICV)¹⁰⁴ produzido pela CoVISA em 2001, construído como método para identificar diferenciais na qualidade de vida e saúde nas áreas de abrangência dos Centros de Saúde, com base nas

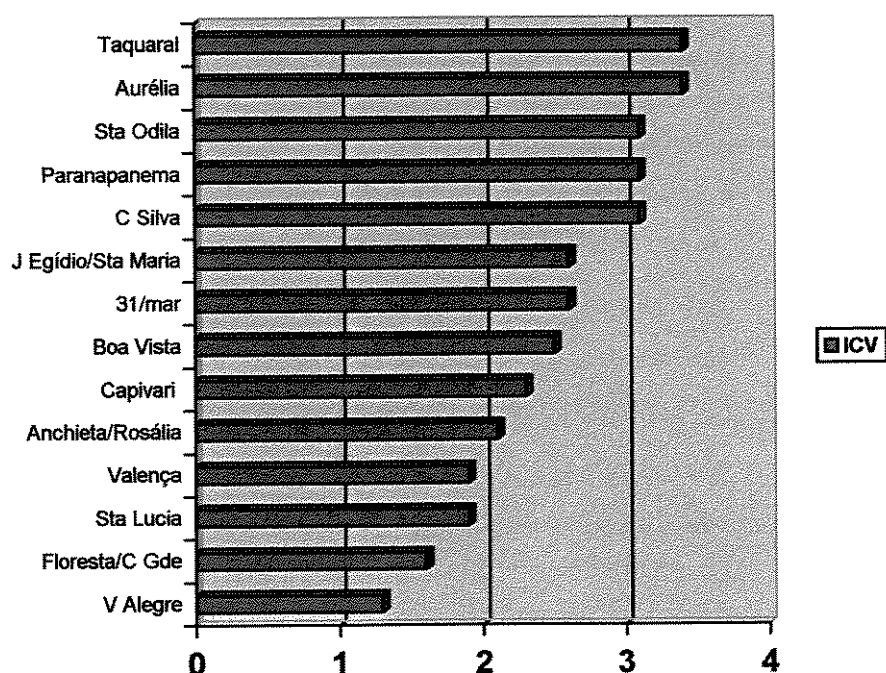
¹⁰¹Em novembro de 2003 entrou em operação o SOL – Saúde on Line, que permite a substituição do agendamento de consultas de especialidades e exames complementares em planilhas impressas transportadas por veículos da Secretaria para um sistema informatizado, via WEB, possibilitando que os agendamentos passassem a ocorrer em 2 minutos em média, combinado ao estabelecimento da adscrição regionalizada entre unidade básica e unidade de referência e um maior reaproveitamento de vagas perdidas.

¹⁰²Os módulos têm uma equipe de saúde da família, enquanto cada centro de saúde tem pelo menos duas equipes.

¹⁰³Verificar detalhamentos a respeito desta construção no site www.campinas.sp.gov.br/saude/o_sus_campinas.htm, clicando em Relatório da Gestão 2001-2004.

¹⁰⁴Os índices que foram levados em conta para tal categorização foram: proporção de população moradora em sub-habitação (SEHAB/PMC, 1999), proporção de chefes de família sem ou com menos de 1 ano de instrução (IBGE, 1996), taxa de crescimento anual 91-96 (IBGE, 91 e 96), proporção média de mães com menos de 20 anos de idade (CoVISA, 1998-2000), coeficiente médio de mortalidade infantil (CoVISA, 1998-2000), coeficiente médio de mortalidade por homicídios (CoVISA, 1998-2000), incidência média de desnutrição entre os menores de 5 anos (CoVISA, 1998-2000), incidência média de tuberculose (CoVISA, 1998-2000). Todos os indicadores foram agrupados de forma a criar 3 classes de Centros de Saúde, com notas de 1 a 3, a partir daquela com os maiores valores de cada indicador. Ele foi elaborado para revisão do prêmio CAT (Condições Adversas de Trabalho), adicional pago com a finalidade de fixação de pessoal.

informações disponíveis na SMS e PMC. Ressaltando que os piores índices são os mais próximos a um, temos a seguinte composição para as unidades com projetos analisados (Gráfico 20):



Fonte: CII, SMS, janeiro/2005.

Gráfico 20- Índice de Condições de Vida por área de abrangência dos Centros de Saúde com projetos analisados

Os dados disponíveis referentes às condições de vida das populações das áreas de abrangência dos centros de saúde com práticas analisadas (Gráfico 20) apresentaram uma curva cuja distribuição contém faixas bastante homogêneas, representativas da diversidade das condições sociais existentes no município. Assim, unidades como Taquaral, Aurélia, Santa Odila, Paranapanema e Costa e Silva encontravam-se numa situação melhor. Em seguida numa faixa intermediária está Joaquim Egídio/Santa Maria, 31 de Março,

Boa Vista, Capivari e Anchieta/Rosália. E em piores condições o Valença, o Santa Lúcia, o Floresta/Campina Grande e o Vista Alegre. Neste sentido, apesar de Poejo referir que os usuários dos projetos como *“povo oprimido”*, seria possível indicar que, tendo em vista a abrangência das unidades, estes serviços não poderiam ser majoritariamente considerados excluídos sociais.

Conforme levantamento realizado a partir dos trabalhos apresentados ao Prêmio Estímulo sistematizados no Condensado de Categorias Articuladas acerca das PESIA analisadas (Figura 1), identifiquei diversas estratégias de aproximação com a clientela tais como: contatos na comunidade através dos agentes, principalmente, a partir dos grupos educativos realizados originalmente por patologias como o de diabéticos, hipertensos e de saúde mental, nas reuniões intersetoriais envolvendo vários equipamentos sociais das regiões e indicações de atendimento de profissionais da equipe geral do CS. Nessa medida, parece terem se combinado várias estratégias para captação dos mais vulneráveis, mas que também não afastaram os menos frágeis, provavelmente ampliando o acesso a essa clientela, o que necessitaria ser melhor investigado. Essa situação guardaria relação talvez com a característica principal do formato com que se deu a inclusão dos idosos nas atividades, uma vez que elas se voltavam para a questão da convivência social, cultural e intergeracional especialmente.

O rodízio e composição em duplas de coordenação foram mencionados como uma necessidade, quando se discutiu, junto aos profissionais, o papel dos agentes na condução dos grupos. Seria essencial para efetivar uma complementaridade entre profissões, seja para evitar a sobrecarga e minimizar os efeitos da rotatividade de pessoal, seja para enriquecer os trabalhos a partir de pontos de vista de formações diferentes. Do ponto de vista dos gestores, essa questão aparecia como necessária para ampliação do acesso. Tanto para profissionais como para gestores tais ações visavam gradativamente apoiar a criação de autonomia na escolha de temas, dos passeios, da organização por recursos, para concretização das atividades, sendo a avaliação do processo de participação, um mote para se conquistar tais resultados. Mas na minha perspectiva, havia necessidade de que o gestor cuidasse também para que este processo fosse se dando de forma combinada e pactuada, em que os vínculos construídos entre os agenciadores rodiziados (antigos e novos) e os usuários pudessem ir se construindo/desconstruindo numa elaboração paulatina.

Durante os meses de realização do trabalho de campo da pesquisa foi desencadeada uma iniciativa como essa, em que a gestora do Qualidade de vida na Terceira Idade do Santa Odila, relatou estar viabilizando a ampliação do acesso, aumentando também a legitimidade do trabalho entre os membros das ELR's e na equipe geral:

Cedro: *"Se (...) estamos hoje atingindo 150 a 200 pessoas, a gente poderia duplicar esse número facilmente. (...) a gente está trabalhando bastante isso, nas reuniões de equipe de referência, na equipe como um todo (...). A gente espera que as **pessoas** (os profissionais), comecem a encaminhar **mais**, reconhecer **mais** como terapêutico isso (os grupos)... (...) Então a gente tem buscado 'vamos **todos** fazer...' (...). Se as pessoas querem se envolver, porque não? Quanto mais, melhor!"*

Num primeiro momento, a usuária apontou que havia dependência na organização das atividades. Após algum tempo, com o trabalho gerencial envolvendo outro membro da equipe na coordenação de grupos, a usuária se posicionou, relatando a situação:

Chuva-de-ouro: *"(...) todas atividades tipo viagem (...) é a Poejo que consegue para a gente. (...) foi ela quem levou... Conseguiu ônibus para levar a gente... (...) uma que substitua (a Poejo) por enquanto não tem. (...) Porque a gente acha que isso nunca vai acabar (...)" (1º momento)*

Chuva-de-ouro: *"(...) mas agora ela tá assim pondo pessoas para ver como tá o trabalho. (...) Terça é a Poejo e quinta é a outra (...). 'era ela só que dirige, mas agora é você'. (...) É (o grupo pode continuar sem a Poejo). Mas num tem nada de (problema) (...) dela, né." (2º momento)*

Como mencionado anteriormente, esta nova conformação estava sendo vivida com dificuldade pela agenciadora dos grupos. Diante da impressão de desqualificação de seu trabalho que parecia estar prevalecendo (era visto como "folga" e não atendimento de saúde), a profissional se ressentia do prejuízo na nova condução, que estaria "deixando acabar" os grupos. Na polêmica suscitada no subgrupo dos profissionais, durante a validação, muitas intervenções foram explicitando que o principal desafio não residia na

abordagem gerencial realizada, mas em outros fatores (o não privilegiamento dos projetos pela gestão externa ao CS, o dilema entre pressão por atendimento e a atuação junto aos grupos, as disputas entre membros na equipe, as diferenças de envolvimento de quem desenvolvia os trabalhos). Além dessas explicações, lembro do conceito de autonomia apresentado anteriormente, de que os processos de vinculação são multidimensionais. Ou seja, existem aí componentes do saber como fazer, do poder/liberdade de tomar a decisão e da autoridade/responsabilidade em tomá-la, mas também do afeto construído na relação partilhada com o outro que precisa ser trabalhado para que essa autonomização ocorra do ponto de vista do agenciador e do usuário. Em geral, este último aspecto é menos focalizado, ou levado em conta de uma forma secundária. E ao contrário, ele pode estar influenciando de uma maneira central, sem sequer estar sendo percebido. É um elemento que compõe a atuação atenciosa do gestor local, para além das dimensões administrativa e política, que precisa ser resgatado a todo o momento.

5.2.3.2- Modelagem, demanda por assistência e falta ou rotatividade de pessoal

Como foi levantado anteriormente, os gestores não priorizaram aspectos referentes à falta de recursos de espaço físico e materiais para os trabalhos, no momento em que analisaram a avaliação predominante, atualmente, na Rede. Mas essa indicação aparece enfaticamente nas falas desse mesmo segmento referenciadas nas dificuldades com o provimento de pessoal, que serão apresentadas a seguir.

Reconheceu-se um movimento desencadeado pelas diretrizes características da modelagem que impulsionaram mudanças nas práticas dos profissionais envolvidos, mas também haveria um contra-movimento que arrefeceria sua implementação. Esse contra-movimento se expressaria nas necessidades prementes da assistência aos problemas de saúde e na insuficiência ou grande rotatividade de pessoal nas equipes, apesar de constatarem os efetivos esforços de contratação e de fixação de profissionais:

Copaíba: *“Eu acho que eles vêm (fazendo os grupos) muito mais porque a gestão passa, a partir da implementação do modelo, a permitir essa autonomia para que o trabalhador... (...) se revele em outras práticas, com outras regras (...).”*

Jequitibá: “(...) devido troca de profissionais. (...) ele (o projeto) tá nascendo de novo, até por intersectorialidade do distrito.”

Barbatimão: “(...) com a saída dessa profissional, ficou um pouco solto, mas o grupo tomou para si, se fortaleceu e ampliou. (...) pelo menos por seis meses (ficou sem) (...).”

Jacarandá: “(...) Que a gente opera num modelo que vem pensando nessa questão da clínica ampliada, de ampliar as ações, de trabalhar grupos e tal, mas usa uma lógica da consulta médica, na dotação de recursos (...) Acho que existe um esforço em compatibilizar isso, mas tem um descompasso. (...) a gente **nunca** vai chegar na situação ideal (...) tem que procurar (...) compatibilizar mais esse olhar (da) necessidade (de recursos) com o modelo”.

Copaíba: “(...) a possibilidade de você aumentar o acesso, mesmo tendo havido algum investimento em termos (...) de vários recursos humanos em várias unidades, ainda é pouco. (...) Porque a gente está numa encruzilhada, a gente ainda depende **muíto** das práticas convencionais... Mas a gente precisa **muíto** dos mesmos profissionais que estão ligados às práticas alternativas, (...) acho que o trabalhador tem a dimensão da sua importância, mas cê tá no front. (...) sendo **metralhado**, e o outro está numa atividade que é terapêutica e é também vivencial. (...) ainda falta completar com mais trabalhadores as nossas equipes para dar conta de uma maneira mais tranqüila para todos.” (grifo da autora)

Outro aspecto levantado por uma gestora diz respeito às dificuldades advindas do ritmo pesado dos processos de trabalho que reforçariam os limites impostos à falta da vivência avaliativa nas unidades, àquilo que já referi como “ativismo” dos profissionais que não conseguiriam tempo para se dedicar às práticas reflexivas a respeito dos trabalhos que desenvolvem:

Sucupira: “Não tem material humano, (...) não tem transporte, (...) muito do que as pessoas fazem é heróico. (...) E ao fazer no **heróico** não tem tempo para sentar, mesmo que seja **valorizado** pela gente (...). Eu **peço** para o pessoal fazer... E eles têm participado. Mas eles

dizem: 'Mas eu vou fazer, quando?' (...) Eu digo: 'eu gostaria que fosse...' Elas falam que não dá. (...) Porque a gente está querendo fazer um monte de coisa e não tem pessoas suficientes para estar fazendo... E até vai parar..."

Mesmo tendo indicado algumas estratégias de abordagem da rotatividade, através do rodízio e composição das equipes de coordenação, os profissionais também realçaram os limites na contratação de pessoal e a pressão da demanda dificultando o trabalho nos projetos:

Camomila: "(...) Só que a gente tem um número de funcionários (...) tão reduzido (...)." Calêndula: "(...) é muito difícil tirar um auxiliar do Taquaral, para fazer algum (grupo)... (É) Uma demanda muito grande..."

Sálvia: "Falta auxiliar de enfermagem: quando vai medir uma pressão tem que sair correndo ou então a enfermeira vem fazer no lugar de alguém."

Aquileia: "Aumento de demanda por visita domiciliar, com muitos retornos nas avaliações sociais, pois novas visitas foram sendo sempre solicitadas (...) e você não tinha jeito de estar voltando, com o tempo que você tava prevendo naqueles pacientes (...)."

Comparando os trabalhos analisados, tomando a visita domiciliar, por exemplo, onde o rodízio de atribuições entre os profissionais é mais limitado do que no trabalho com grupos, Aquileia argumentou, que quando a dificuldade é a falta de pessoal, não há o que fazer: *"O grupo é mais dinâmico para fazer. Mas tem situações que você não consegue, que fica de mãos atadas. (...) Obviamente que frustra."*

Para apoiar as reflexões acerca da insuficiência de pessoal citada, apresento dados relativos à contratação de pessoal para os centros de saúde e módulos que tiveram projetos analisados (Quadro 6):

Quadro 6- Variação no número de profissionais contratados por Centro de Saúde e Módulo, com projeto analisado 2001-2004

Centro de Saúde ou módulo	Número de profissionais em 2001		Número de profissionais em 2004		Saldo (2004 – 2001)		Número previsto ¹⁰⁵ de profissionais nas ELR's
	ELR ¹⁰⁶	Geral	ELR	Geral	ELR	Geral	
31 de Março	16	21	19	23	+3	+2	1ELR=8
Aurélia	49	68	63	70	+14	+2	2 ELR=15
Boa Vista	28	37	38	45	+10	+8	2 ELR=24
Campina Grande (M)	7	7	14	14	+7	+7	1ELR=10
Capivari	42	53	51	58	+9	+5	3ELR ¹⁰⁷ =45
Costa e Silva	63	80	57	66	-6	-14	3ELR=30
Paranapanema	48	64	51	60	+3	-4	2ELR=18
Rosália (M)	12	14	12	14	+2	+2	-
Santa Lúcia	55	74	82	89	+27	+15	4ELR ¹⁰⁸ =45
Santa Maria (M)	8	8	8	8	0	0	-
Santa Odila	41	54	43	50	+2	-4	2ELR=17
Taquaral	53	68	65	73	+12	+5	4ELR=38
Valença	68	79	85	94	+17	+13	6ELR ¹⁰⁹ =78
Vista Alegre	57	70	65	76	+8	+6	4ELR ¹¹⁰ =40
Total	547	697	653	740	+106	+43	368

Fonte: Setor de Administração e Desenvolvimento de Pessoal da SMS e equipes dos módulos, dezembro/2004 e janeiro/2005.

Se considero que o aumento geral de profissionais foi maior cerca de duas vezes entre os profissionais que compõem as equipes de referência, do que na equipe em geral, posso concluir que houve, diante da limitação financeira e legal¹¹¹, um impulso

¹⁰⁵ Conforme dados apresentados no site da SMS/PMC: www.campinas.sp.gov.br/saude/o_sus_cps.htm, atualizado em setembro/2003.

¹⁰⁶ Composição considerada da ELR clássica é: médico de família e enfermeiro, 1 dentista 36 horas ou 2 dentistas de 20 horas, 2 Auxiliar de Consultório Dentário + 1 Técnico de Higiene Dental (onde houver), auxiliares de enfermagem e agentes de saúde (em turno completo) – com cobertura de 700 famílias ou 3500 pessoas; a ELR ampliada se constitui de médico generalista e enfermeiro (em turno completo), pediatra e gineco-obstetra (ambos meio período), 1 dentista 36 horas ou 2 dentistas 20 horas, 2 Auxiliar de Consultório Dentário + 1 Técnico de Higiene Dental (onde houver), auxiliares de enfermagem e agentes de saúde – com cobertura de 1400 famílias ou 7000 pessoas. Para fim de cálculo, cada Equipe de família Ampliada corresponde a 02 das clássicas. Para 04 ou 05 Equipes de Saúde da Família estava previsto apoio matricial da Equipe Local de Saúde Mental, do Núcleo de Saúde Coletiva e de profissionais da Reabilitação. Nesta tabela foi considerada a composição contendo 3 outras categorias profissionais (auxiliar de saúde pública, médico plantonista, técnico de enfermagem) conforme levantamento do RH – saúde, uma vez que tais profissionais, quando presentes, compõem as ELR's.

¹⁰⁷ 3 ELR ampliadas.

¹⁰⁸ 4 ELR ampliadas.

¹⁰⁹ 4 ELR ampliadas, sendo duas com saúde mental.

¹¹⁰ 2 ELR ampliadas.

¹¹¹ Refiro-me aos limites impostos pela Lei de Responsabilidade Fiscal.

direcionado na viabilização do modelo. São perceptíveis aumentos importantes nas ELR's de serviços como Santa Lúcia, Valença, Aurélia, Taquaral e Boa Vista, com uma ampliação acima de dez membros no conjunto das ELR's. Enquanto isto, o Costa e Silva teve um decréscimo significativo do número de pessoal em suas equipes. Apesar da ênfase da gestora local do Capivari (Sucupira) e das trabalhadoras do Taquaral (Camomila e Calêndula) sobre a falta de pessoal, estas unidades contaram um significativo aumento nas ELR's perante as demais (nove e doze, respectivamente). Dessa forma, poderia se levantar algumas hipóteses como a de que a demanda por atendimento ainda era maior do que as contratações realizadas conseguiam suprir, reforçando a necessidade de maiores investimentos neste quesito, ou de que haveria necessidade de revisão das prioridades focadas na integralidade das ações e nos processos de trabalho.

ALBUQUERQUE (2003) e ASSIS (2004) relataram em suas análises a respeito de implantação de ações educativas em saúde em municípios como Recife (PE) e Rio de Janeiro (RJ), que tais experiências esbarraram na pressão por assistência aliada à insuficiência de pessoal. Os profissionais tinham dificuldade de compatibilizar seu tempo dentre as diversas alternativas assistenciais, na maioria das vezes penalizando aquelas que necessitavam um esforço maior de preparação ou arregimentação de recursos pouco usuais nos serviços.

Nos depoimentos mencionados, as pressões da demanda combinadas à insuficiência de pessoal favoreceriam uma visão de que as atividades educativas em saúde, por se pautarem em relações mais sensíveis, não poderiam se associar à *"guerra do front"* cotidiano das unidades de saúde. Essa dissociação, em que tais práticas são vistas como *"alternativas"*, evidenciava a forma como elas ainda estariam circunscritas nas unidades de Campinas aos profissionais mais envolvidos. O esforço necessário para superar tal situação, do qual certamente fazem parte inúmeras iniciativas no campo da gestão e da educação requer investimento na pactuação e ampliação de legitimidade das ações educativas, na revisão de processos de trabalho, bem como na adequação do número de pessoal.

Na experiência de ALBUQUERQUE (2003), a vivência de institucionalização da Educação Popular em Saúde teve significativo impulso a partir de 2001, com a implantação de um conjunto de ações de capacitação, de apoio teórico-metodológico e de

criação dos Núcleos de Cultura e Educação Popular em Saúde em várias regiões da cidade, no bojo da revisão do modelo tecno-assistencial fomentado pelo PSF. Nessa proposta vislumbrou-se considerar a EPS como uma estratégia de redirecionamento das práticas nos serviços, no sentido da integralidade, participação e humanização. Apesar de todos os esforços empreendidos naquela gestão, algumas fragilidades importantes fizeram com que as ações educativas continuassem caminhando em paralelo com o funcionamento tradicional das unidades de saúde. Para aquela autora, tais limitações se relacionavam, de forma geral, à pequena capacidade de capilarização dos dispositivos criados, especialmente a tímida problematização das abordagens convencionais no cotidiano dos serviços ou mesmo em situações de discussão ou decisão sobre elas, além da pouca articulação com agentes institucionais e movimentos sociais na construção e operacionalização da proposta.

Em Campinas, o movimento de institucionalização de novas práticas educativas em saúde orientou-se também por uma diretriz de governo, mas elas brotaram das iniciativas dos profissionais, que estimulados por capacitações e pela ação gestora, conseguiram criar novas compreensões e vivências dos processos de saúde com seus usuários, mas pareceram tensionar ainda de maneira incipiente as práticas desenvolvidas nas unidades como um todo. Mas isto ficou menos nítido do que na experiência do Recife. Talvez porque lá a estrutura e a estratégia criadas foram bem mais visíveis que em Campinas.

Assim, respaldando-me nas reflexões de VASCONCELOS, EYMARD (2001) e nas perspectivas da institucionalização do campo de saberes e práticas dessas experiências desenvolvidas no bojo da Reforma Sanitária brasileira, uma dificuldade essencial seria a generalização deste “*saber-fazer*” nas instituições de saúde, a partir da descoberta de caminhos para sua operacionalização. Para este autor as iniciativas de formação de pessoal norteadas pelos princípios de constituição de sujeitos na produção de conhecimentos seriam um importante dispositivo para efetivar tais propósitos, mas no caso de Campinas, o gargalo parece mais se localizar na gestão das unidades, de forma a ampliar a legitimidade dessas ações. Minha perspectiva vem no sentido de que tais ações gestoras pudessem se utilizar do instrumental da pesquisa avaliativa como dispositivo de ação.

5.2.3.3- Relações nas equipes e envolvimento dos profissionais

Vários relatos de profissionais reforçaram a necessidade de se retomar ou efetivar um acompanhamento das equipes, de forma relacionada ou não aos projetos educativos em saúde principalmente pela atuação do apoiador distrital. Reconheciam que era importante abordar:

- As relações interpessoais e interprofissionais:

Aquileia: *“Falta (...) não só de gestão, é relação inter-equipes. (...). No começo tinha (apoio institucional). Na implantação do Paidéia, eles iam lá na unidade a toda hora, a cada 15 dias... (...) o Apoio (hoje) ele tem via telefone. (...) Tinha que ter uma gestão **supra** coordenação, que fosse responsável por administrar essa parte (...) ‘como é que estão andando as ações realizadas nos Centros de Saúde.’ (...) Então a gestão (...) superior (...) à coordenação local ali, talvez não esteja dando conta disso.”*

Orégano: *“(Dirigindo-se à Poejo) É o apoiador (...) não sei como está (...) para você ter **interlocutor**. Porque o que está faltando talvez é você chegar com certos interlocutores....Do próprio posto (...). Dos apoiadores... Para você poder discutir isso, que está tanto te **angustiado**. (...) a gente vai ficar muito sozinho... Do jeito que você tá.”*

- A discussão de casos clínicos:

Orégano: *“Sabe o que falta para a gente muito? Supervisão. (...) Institucional. (...) E clínica, né. (...) Sabe, aquela coisa do **fora**. (...) é difícil você fazer isso para tudo quanto é unidade... Mas é uma coisa que a gente tem de pensar...”*

- Os desafios colocados pela nova organização dos processos de trabalho instituída pelo Paidéia que remetiam à adscrição de clientela, à territorialização, às diferentes abordagens intra ou interprofissionais:

Manjerição: “A formação de equipe de referência **teve** isso em **todas** as unidades, surgir rivalidades, porque as pessoas são diferentes. (...) Aí começa: ‘eu não quero passar com esse, eu quero passar com aquele...’ (...) E isso **gerou** nas equipes agora um **efeito** de competição. (...) E isso tinha que ser trabalhado (...) com mais frequência pelo **Distrito** (...) porque o coordenador (...) ou ele está numa ou ele está na outra (equipe). (...) porque isso dificulta **muitos** trabalhos.”

Salsa: “(...) Uma equipe que ficou com um território **muito grande** para tomar conta. E **outra** ficou com o território pequenininho. Ela consegue ir mesmo **mais** que a **outra**. Sobrecarregando quem ficou com o território grande. (...) ‘Eu **não vou** ajudar minhas colegas.’ Essa parte teve erro até dos **colega** (sic) (...). A que na área mais longe é que está caminhando... E a que está em volta do Centro de Saúde parou. (...) estava tão perto ali que não precisa.”

O Método Paidéia ou da Roda de co-gestão de coletivos (CAMPOS, 2000) proposto por esta gestão e vivenciado em muitos espaços da Rede indicava a figura do **apoiador institucional** como uma referência para abordagem deste tipo de questão. Este Método visava à ampliação da “Capacidade de Direção dos grupos, aumentando sua capacidade de Analisar e de Operar sobre o mundo (práxis)”, podendo ser auto-aplicável pelas equipes, ou contar com o apoio do **apoiador**. Uma estratégia que não contasse com ele, evitaria tentativas controlistas dos gestores sobre o grupo, mas sua presença abriria possíveis “linhas de comunicação truncadas (o papel de mediador) e amplia(ria) o leque de Ofertas¹¹² que o grupo haveria de considerar e com que lidar” (CAMPOS, 2000). Na sua abordagem também operaria com a gestão em sentido ampliado, contemplando a atribuição gerencial, política, pedagógica e subjetiva. Procuraria, de um lado, superar papéis como o de assessor, ou consultor ou supervisor, uma vez que estes especialistas têm uma maneira recorrente ou reconhecida de atuação ligada ou submissa aos interesses dos dirigentes da organização. Mas no caso do Paidéia, haveria um compromisso com as equipes, semelhante ao que se propunha na Análise Institucional. Com o cuidado para que tais análises fossem compartilhadas com o

¹¹²O Método da Roda denomina como Oferta os “oferecimentos que modificarão o texto e a interpretação auto-referida” dos grupos. Na roda seriam analisados estes oferecimentos e também as demandas originárias do grupo (CAMPOS, 2000).

grupo em primeira instância e reconstruídas com ele. Na medida em que fosse necessário, esse tipo de trabalho traria também as diretrizes institucionais, colocando-as como foco de discussão.

CECÍLIO (2004), ao pontuar questões que suscitariam reflexões sobre os desafios de implantação do Paidéia, coincidentemente trouxe a situação dos apoiadores para discussão. Questionou se além da atribuição administrativa tradicional estaria sendo possível exercer as funções pedagógicas e terapêuticas esperadas, ressaltando sua crença de que as equipes de saúde muito se beneficiariam se isto estivesse sendo realizado. Analogamente às considerações realizadas sobre a atuação de agente comunitário de saúde, parece que o dispositivo do apoio distrital também tem tido dificuldade em encontrar um equilíbrio entre as dimensões atribuídas a seu trabalho, sugerindo talvez algum tipo de apoio aos apoiadores. O autor também nos instigava acerca da maneira como as equipes viam esse ator institucional, se como supervisor tradicional ou se acentuando sua dimensão terapêutico-pedagógica. Pelo que percebo nos relatos, a segunda acepção era mais realçada, porque parecia ser a mais necessária e/ou inexistente.

Em seu trabalho ASSIS (2004) recomendava a preparação permanente dos coordenadores de grupo no desenvolvimento de avaliações de processo acerca dessas ações, voltada para aspectos comunicacionais estabelecidos entre técnicos e população, como medida de avanço das práticas e da pesquisa avaliativa. Dentro da investigação em curso, o apoiador ou mesmo o gestor local ou ainda a própria equipe de profissionais, considerando a dimensão ampliada da gestão, poderia desenvolver estratégias de acompanhamento dos projetos. Tais acompanhamentos seriam construídos com os próprios membros e outros grupos de interesse, buscando também reconhecer eventuais repercussões. Resta saber se essa atribuição conferida aos apoiadores ou mesmo aos gestores locais, num contexto como o descrito em Campinas, viria a contribuir ou a dificultar ainda mais o desenvolvimento das atividades.

Nos relatos dos trabalhadores (Poejo, Gerânio e Orégano) e gestores (Pequi e Sucupira), apresentados a seguir, a necessidade de envolvimento e motivação do trabalhador é frisada como um motor interno, especialmente no papel de agenciador do projeto, para que as atividades desenvolvidas pudessem se encaminhar da forma mais interessante para o serviço e para própria realização do profissional:

Sucupira: “É **justamente** o profissional envolvido que **vai** atrás dessas alternativas de caso, que **sai** da sua (especificidade profissional)...”

Poejo: “(...) se não tiver **motivação**, o grupo vai acabando (...) (depende d) o **interesse** do profissional dentro do Centro de Saúde, não esperar que venha de outro... (...) Então tem que ter da **pessoa** também a procura, né.”

Gerânio: “(...) Ela (...) se desdobra pra fazer aquilo que gosta. Agora tem que estar aberto para que outras pessoas, usuários, participem. (...) Por exemplo, o coordenador fala: ‘você vai fazer um grupo de adolescência’. Eu não gosto de adolescente, o que eu vou fazer lá com ele? (...)”.

Orégano: “Quando eu converso com a minha coordenadora... Eu também sou gestora daquilo que eu ‘tô fazendo. (...) a gente tem que reconhecer qual é a nossa função (...). Que nem sempre a gente é uma coisa só”.

As considerações a seguir assumiram que a disposição ou o envolvimento com o trabalho, pode ir sucessivamente superando os obstáculos, entretanto ponderaram que há um limite nesse processo, a partir do qual a retomada da motivação se torna mais difícil, podendo, então, ocorrer ou não:

Orégano: “Tudo (...) acontece para a gente **não** continuar o trabalho. Porque parece que a gente tem que matar um leão todo dia (...) cuidar com muitas coisas: com **inveja**, com a **rivalidade**... Acho que a gente não pode perder isso, não. A **nossa** disposição (...). É, mas isto tem **limite**. (...) É uma mínima coisa que (...) eles desestimulam a gente, eu acho. (...)”.

Aquileia: “Tantas **pedras** que foram aparecendo (...) chega uma hora que a gente se desmotiva de fazer aquilo. (...) (uma equipe com) uma linha de sistematização (e outra) que queria fazer outra linha... Esse foi o primeiro entrave **grande** que a gente teve dentro do projeto. No fim todo mundo (...). ‘tá fazendo.”

Segundo CAMPOS (2000) todo coletivo que se organiza para produção de bens ou serviços, enfrenta um dilema que o institui, qual seja o de produzir valores de uso que atendam, potencialmente, necessidades sociais e, simultaneamente, o de garantir a sobrevivência dessa organização e de seus integrantes e dependentes. Tal dilema se configura em duas lógicas polares, necessariamente combináveis em soluções provisórias, em que nenhuma delas deveria anular a outra. Sendo assim, o autor afirmava a constituição de sujeitos sociais nos processos de produção e trabalho, que superaria a racionalidade gerencial hegemônica taylorista, que instrumentaliza os recursos, todos eles para seus fins, mas também recusaria as táticas de motivação dos profissionais para a produtividade. A vertente que se buscaria é a da revalorização do trabalho (e do trabalhador) enquanto um processo de constituição de sujeitos sociais que também opera no sentido da produção de valores de uso social, potencializando a capacidade de mudança e reflexão sobre a práxis. O desafio essencial seria explicitar, nas rodas de gestão, as evidências práticas e os ruídos advindos deste dilema sempre que presente, colocando-o em análise e repactuação. Muitas vezes, a polaridade de afirmação da produção dos sujeitos resvala para posições defensivas ou auto-centradas e imobilistas, que evitam a generosidade do debate. Mas, nos elementos indicados das falas anteriores, o que parece prevalecer é certo desprendimento afetuoso e zelo com o trabalho, combinado com uma necessidade de reconhecimento e valorização daquilo que faz:

Babosa: *“é muito importante a gente **saber** que a gente pode reabilitar uma pessoa e trazer felicidade num caso desse, né?”*

Tal reconhecimento poderia ser traduzido no compromisso ético-político do profissional lembrado por FREIRE (1979):

“o compromisso, próprio da existência humana, só existe no engajamento com a realidade, de cujas ‘águas’ os homens verdadeiramente comprometidos ficam molhados, ensopados. Somente assim o compromisso é verdadeiro.” (p. 19).

5.2.3.4- Mudança de Administração

Diante das iniciativas dos usuários anteriormente descritas de pressionar a nova Administração a fim de consolidar e ampliar os projetos, identifiquei falas de um gestor, de uma trabalhadora e de duas usuárias com posturas diversas neste contexto:

Timbaúva: *“Ah, sem dívida (são produzidas mudanças na prática). (...) Eles (os profissionais) vão ter que saber que está mudando o governo, mas que nestas fases, elas (as ações educativas) independem das pessoas lá de cima...”*

Poejo: *“(...) Porque o pessoal chama ‘Vamos passear?’ ‘Ah, agora não, deixa para depois... (...) Já é fim de ano...’ (...) Fim de ano em setembro. (...) Você não sabe se no ano que vem... Por conta desse fim de gestão, gente. Parece que tá todo mundo com medo de qualquer coisa.” Aquileia: “Entregou pra deus, já.”*

Miosótis: *“(...) Nós vamos ter resultado (em reivindicar espaço). Quem sabe? (...) Porque a gente tá pegando... No esforço de cada um (...) Será que não seria uma outra linha de procurar essa nossa necessidade, então? (...) Todo mundo (...) tá acostumado a ir na Prefeitura batalhar lá. (...) ...ai volta o tempo (muda a gestão) (...) ...e depois vai falar com o outro pedir escola, asfalto... Não sei, de repente não teria que pegar tudo novamente?”*

Cravo: *“(...) agora que está em final de Administração, eu não sei como é que vai ser (...) o Projeto vai continuar ou não.”*

Enquanto o gestor enfatizou sua crença na potência das mudanças operadas pelas práticas desenvolvidas no micro, pois ocorreriam de forma que não seriam alcançadas por alguma iniciativa gestora externa a elas, a trabalhadora trouxe um elemento anteriormente tratado como influenciador nos resultados da pesquisa, qual seja o do término da gestão contribuindo para comportamentos mais displicentes ou menos envolvidos com o trabalho usuário-centrado. Por seu lado, as usuárias acentuaram seu temor nos retrocessos que poderiam ocorrer com uma nova gestão.

Caberia ressaltar que, em momentos como esses, a gestão pública, perpassada por interesses pouco republicanos, acaba por deixar prevalecer, mesmo que provisoriamente, o senso comum do descompromisso dos servidores públicos com seu trabalho. O incômodo da trabalhadora, citando que os usuários já estavam percebendo essa situação, evidenciava que o descaso infelizmente ainda fazia parte do processo de trabalho no setor, o que nos indicaria um longo caminho a percorrer na reorientação do modelo no sentido de práticas mais cidadãs. Neste sentido, a pressão organizada sobre o poder público preconizada pelos usuários seria bastante oportuna.

5.2.3.5- Legitimidade interna às equipes

5.2.3.5.1- Legitimidade e relação entre os membros das ELR's

As trocas na relação entre membros das equipes também foram foco dos gestores nas discussões, ressaltando o respeito e o envolvimento necessários e a colaboração chamada de interdisciplinar em iniciativas, como o Viva a Vida do Valença e os Grupos Integrados de Fuxico e Lian Gong:

Barbatimão: *“com certeza (existe legitimidade) dentro da equipe de referência, porque esse era o principal projeto da equipe, que envolvia três agentes, a médica, era uma coisa bem sacada...”*

Carnaúba: *“Então toda a equipe encaminha para o Lian Gong, o médico encaminha com prescrição escrita, que eles entendem que dá legitimidade para o trabalho. É feito interdisciplinar, (...) tem o agente de saúde, tem o enfermeiro, auxiliar, o psicólogo... (...)”*

No De Bem com a Vida a troca de conhecimentos na equipe é correlacionada ao processo de co-construção que se estabeleceu com os usuários, evidenciando um revezamento de atribuições na coordenação dos grupos conforme a maior ou menor desenvoltura do trabalhador, resguardando a abordagem de conhecimentos específicos:

Azedinha: “(...) *nós, trabalhadores, também nos sentimos tratados. (...) É uma **delícia** participar (...). Tem (um) **monte** de gente que trabalha nesse grupo lá no Centro de Saúde. E ao mesmo tempo, ninguém é dono de nada, né. Então assim tem um que sabe mais do artesanato, mas se ela faltar, não tem problema. (...) E tem as pessoas que **já** aprenderam do grupo e elas também ensinam os colegas. A questão da alfabetização é que a gente fica meio que na cola da Girassol. (...) (ela) foi professora 30 anos, né(...)”. (grifo da autora)*

Por outro lado, a trabalhadora do Vivavida do Boa Vista assinalou a colaboração intra-equipe enquanto um apoio às atividades:

Alecrim: “Toda a Equipe do Centro de Saúde está envolvida nesse projeto Coordenadora, Médicos, Dentistas, Enfermeiras, Auxiliares... seja fornecendo dados ou palestrando em diversos temas (...).”

Nas reflexões realizadas sobre a construção interdisciplinar, como assinalado anteriormente, a Educação em Saúde estava sendo considerada como uma temática unificadora da ação dos demais campos de conhecimento e práticas na saúde. Ela mediaría a circulação de saber entre os discursos disciplinares, como campo e núcleos de saberes específicos, respectivamente. Assim, seria possível construir ou pactuar uma questão comum entre os conhecimentos conexos, a partir de uma finalidade maior que redefiniria os elementos internos, hierarquizando-os segundo esta coordenação e horizontalizando as relações de poder existentes (CKAGNAZAROFF e MOTA, s.d.; CAMPOS, 2000; VASCONCELOS, EDUARDO 2002). Elementos desta compreensão pareceram estar presentes nas falas de Azedinha e Carnáuba. Alecrim, entretanto, apontou um formato de relação que envolveria uma colaboração episódica, mais definida conforme necessidades pontuais do projeto, ou mesmo de acordo com as oportunidades de agenda destes agentes/saberes cooperativos externos.

Esta última situação se aproximaria daquela relatada por ASSIS (2004), em que a coordenação dos grupos educativos com idosos, diferentemente da época de implantação do trabalho, era realizada por estagiários (alunos de graduação) de faculdades como serviço

social, nutrição, fisioterapia e fonoaudiologia. Os profissionais da unidade de saúde da área de medicina, psicologia e odontologia, por seu lado, se inseriam em momentos específicos, quando suas áreas de conhecimento eram requisitadas. Esta situação era explicada em função da sobrecarga de trabalho dos profissionais daquele serviço, que tinham pouco tempo de interface para garantir espaços de avaliação e planejamento das atividades. Para VASCONCELOS, EDUARDO (2002) este tipo de organização de processo de trabalho, em que o trabalho assistencial é priorizado pelos campos de conhecimento tradicionalmente hegemônicos e o trabalho grupal destinado ao desempenho de disciplinas tidas como subalternas, seria categorizado como pluri-auxiliar. Assim, segundo este autor, os campos de saber contribuiriam entre si com vistas ao domínio de outro campo já existente, que é o coordenador e que hegemoniza os demais. Estas seriam características do imperialismo epistemológico: tornam-se pequenas ou inexistentes as chances de reconhecimento da autonomia relativa dos saberes e campos paradigmáticos como base da criatividade, recusando-se a contradição e a identidade, o que favoreceria a redutibilidade de um campo epistemológico a outro.

Neste sentido, estariam presentes elementos das práticas interdisciplinares internos àquelas ELR's citadas, mas também relações pluriauxiliares, considerando as correlações entre os saberes e práticas hegemonzados pela Biomedicina na Rede. Esta situação será mais detidamente analisada adiante, quando tratarei da pequena legitimidade dos trabalhos desenvolvidos nas equipes gerais dos serviços.

5.2.3.5.2- Ação gestora e a legitimidade dos projetos nas equipes gerais

Como salientei anteriormente, para que as ações se consolidem e se expandam, há necessidade de tensionamento das práticas hegemônicas da equipe do serviço, com vistas a realçar a potência dessa modalidade das práticas educativas em saúde como dispositivos de produção de saúde. Alguns elementos sobre as idas e vindas nesse processo podem ser analisadas a seguir.

A trabalhadora do Visita Domiciliar do Aurélia apontou que, após certa indicação de fechamento, prevaleceu a estratégia de expansão da discussão promovida pelo projeto, que consistiu de uma avaliação das ações envolvendo toda a equipe:

Aquileia: “(...) Talvez até essa reunião, para as visitas domiciliares, (...) funcionasse só com um generalista, com a enfermeira, com os agentes de saúde e as auxiliares que estão fazendo as visitas. Não precisaria ser (...) (a) ginecologista, ou (...) a psicóloga, por exemplo, a não ser que em reunião geral eles coloquem ‘olha, nós precisamos discutir esse caso da visita domiciliar para todo mundo saber’. (...) Hoje (na validação) (...) as discussões da sistematização foram definidas e mantidas nas reuniões semanais com toda a equipe”.

De outra maneira, profissionais do Hipertensão e Diabetes do Capivari, do Abrace sua Praça e do Caminhada do Valença, exemplificaram situações em que ficou mais evidente o pouco reconhecimento da equipe geral frente aos trabalhos desenvolvidos. Atenuantes para explicar tal situação foram apontados: o próprio desenvolvimento da atividade requer um envolvimento extra dos profissionais e o desconhecimento sobre informações-chave do projeto. Mas também foi denunciado quando existe posição contrária às atividades:

Manjerição: “(...) fazer bazar, os mesmos profissionais ficam tendo que fazer isto e os demais se desresponsabilizam. A equipe geral do Centro de Saúde não se envolveu (no projeto). (...)”

Sálvia: “em alguns momentos os funcionários da Recepção e os demais do Centro de Saúde não sabiam nem informar a um paciente se tinha grupo, onde tava sendo, quem tava fazendo. Então a gente achou que precisa trabalhar esse lado com a equipe geral.”

Cavalinha: “a falta de interesse de outros profissionais em participar do projeto. (...) Queremos que mais profissionais (se envolvam) para que o projeto não morra e outras idéias possam facilitar nosso trabalho (...)”

Salsa: “Colegas de trabalho que são contra o projeto.”

No Qualidade de Vida na Melhor Idade (Costa e Silva), no Hipertensão e Diabetes do Capivari, no Abrace sua Praça, outros gestores também salientaram situações de competição de profissionais interequipes, relacionadas ou não ao desenvolvimento das ações educativas:

Cedro: “A gente espera que as **pessoas**, comecem (...) a reconhecer **mais** como terapêutico (o trabalho com grupos)... Só que **gera também**, aquela certa **ciúmeira**, às vezes. (...) ‘foi fulano que fez, (o outro) é melhor do que ele’ (...).”

Timbaúva: “*algumas* (equipes) até competem, né.” (...) Outro gestor: “Ah, é até saudável.” Ipê: “umas tomam o projeto da outra e a outra não quer pegar, né.” (grifo da autora)

A consideração do gestor que afirmava como saudável a competição, é contraditória com a lógica generosa da modelagem que se vem procurando instituir, mas também expressa aceções características das teorias administrativas de cunho controlista (MOTTA, 1989) que, infelizmente, ainda prevalece enquanto concepção e prática.

As reflexões que se seguem procuram reforçar os motivos pelos quais se tornaria premente a necessidade de ampliação da legitimidade das experiências nas unidades como um todo:

- O gestor prioriza pouco o acompanhamento e avaliação dos projetos, para apoiar sua sistematização e aprimoramento:

Jacarandá: “(...) o quanto que o gestor não o considera uma questão prioritária, na sua agenda, (...) na medida em que ele sabe que existe, (...) (mas) não se implica com estes projetos, como ele se implica com outros. (...)”

Pequi: “Mas eu acho que a gente precisava ‘tar trazendo de volta para dentro das unidades (a discussão dos projetos), sabe? (...) É. A gente deixou muito solto. Eu sinceramente dei muita autonomia para equipe fazer e eles iam pro projeto com uma idéia para tocar. (...) De vez em quando cê ainda **pergunta** como é que está andando... Mas avaliando (como) uma coisa sistemática. Não existe. (...) a gente tem que tentar é direcionar (o trabalho com grupos).” (grifo da autora)

Timbaúva: “Às vezes o **médico** que está dando o anti-depressivo, não sabe que elas (as usuárias) estão participando do grupo tal. (...) precisa trabalhar melhor para dentro da equipe. E aí é a gestão que é a responsável. Porque daí você **muda** também.”

Destacou-se dos depoimentos um reconhecimento de que outras ações vêm em primeiro lugar na agenda do gestor, apesar de reafirmações recorrentes de sua importância. Essa situação poderia estar explicitando, talvez, seu frágil espaço institucional, conforme assinalado anteriormente. Concorrendo com pressões de várias ordens para o atendimento às demandas por assistência, provavelmente este fato poderia relacionar-se ainda à complexidade das práticas educativas em saúde, imersas em subjetividade, requerendo muitas vezes a utilização de recursos afetivos dos próprios profissionais, que podem estar menos disponíveis. Além disso, é uma prática que, pretensamente, dispensaria um “saber/fazer” singular, pois ocorre cotidianamente nos serviços e não é necessariamente vinculado a uma profissão, que exerça seu poder demarcador de espaço, como um porta-voz alavancador de poder. Sendo como a água, preenche generosamente os espaços vazios e acaba por não ser percebida em sua potencialidade.

- A avaliação das práticas educativas em saúde contribui para a desalienação, a humanização dos processos de trabalho, a valorização, a realização pessoal/profissional e a saúde do trabalhador:

Jacarandá: *“Um pouco que a gente vai atirando para todos os lados, sem poder medir... Até para sentir a própria valorização do trabalhador (...), que tem a ver com o sentido maior do que ele está fazendo... Ele vendo o produto daquilo (...) ‘Porque que eu cheguei aqui?’ E isso tem a ver com uma implicação que é política com o projeto. Porque são as negociações que você tem que fazer com a autoridade, com os usuários, com os colegas... Que a gente vai trabalhando assim, cada dia é um dia, se a gente conseguir vencer as etapas daquele dia, amanhã a gente pensa, né. (...) a gente fala muito isto, mas não é valorizado como trabalho. Porque tem que dar conta daquela demanda (...)”*

Jacarandá: *“(...) Até para a gente sair do imobilismo. (...) como a gente pode pactuar para ele entender que aquele que está no grupo pode (...) a médio e longo prazo, até diminuir essa tensão lá no front. (...) este que está no front possa ter oportunidade de viver uma nova experiência num momento da semana (...) numa situação mais relaxada, até pensando numa coisa de saúde dos nossos trabalhadores. (...) esse rodizio (...) não importa se você tem milhões em recurso, se você não tiver essa pactuação bem feita (...)”*

A avaliação serviria, portanto, na afirmação do sujeito social trabalhador e na repactuação consigo mesmo, com a equipe, com seus beneficiários diretos e com a organização, numa revisão de padrões rotinizados, negociando novos sentidos para seu fazer no coletivo e das atribuições na equipe para lidar com a pressão por atendimento e com a falta de pessoal, trazendo outras perspectivas para uma vida mais saudável no trabalho também.

- A avaliação apóia a problematização das concepções de saúde-doença presentes na equipe geral, trazendo evidências de que os grupos são potente recurso terapêutico e dispositivo de reversão do modelo tecno-assistencial, numa retomada do sentido da proposta original dos trabalhos:

Pequi: “(...) eles colocam: ‘eles estão lá se **divertindo**’ (...) Porque eles não têm essa avaliação (...) (d)o efeito que isso trouxe na saúde das pessoas... (...) porque (...) grupo tem que ser tocado (...) Por **hora barata**? Desde que o objetivo seja atingido, que é a saúde (...) a gente precisa **quantificar** para devolver para eles... (...) O Lian Gong tem esse reconhecimento (na equipe) como **terapêutico**. (...) E a ginástica postural, né. Agora, os outros (recursos terapêuticos) eu não sei.”

Timbaúva: “(...) a gente precisa explicitar ‘olha, tá fazendo a ginástica por causa disso’. (...) num primeiro momento é difícil, mas depois (...) você vai diminuir a demanda e as pessoas (...) não pensa(m) no projeto para o futuro. (...) as pessoas **sentiram** que diminuiu o número de pessoas que ia medir pressão todo dia. (...) o projeto não é do dentista que saiu. O projeto é do Centro de Saúde. (...) Isto é gestão.”

Murici do Cerrado: “(...) a equipe não faz uma **avaliação** (...) E aí tá folgando... (...) vamos analisar as mulheres que estão aqui nestes prontuários... (...) Quando tem que fazer um trabalho (educativo), eles não querem. Então de fato essa coisa da gestão (...) tem que tá muito **bem** pactuado, esclarecer... (...) E o burburinho **corre** o dia inteiro. (...) a gente não pode perder o **valor** (...) de fato que estes grupos têm, né.”

Quando da delimitação do problema de pesquisa, havia suposto que o principal grupo de interesse seria o dos profissionais, tal como propôs FURTADO (2001), uma vez que eles teriam o detalhamento suficiente para compreender e transformar as práticas analisadas, de forma mais efetiva e crítica possível, pois o fariam “por dentro”. Houve um momento da exploração do campo da pesquisa, inclusive, em que os próprios gestores levantaram a hipótese de que não conseguiriam contribuir a contento com o processo em andamento, em função de seu pequeno acompanhamento das atividades analisadas. Entretanto, ao apropriar-me da influência da gestão nas práticas, vislumbrei as dificuldades de legitimação das experiências, de quanto isso era essencial para o trabalho desenvolvido, bem como para as necessárias implicações de reversão do modelo medicalizante, médico-centrado, fragmentado entre a práxis da Consulta e da Saúde Pública. Ou seja, fica evidenciada a perspectiva dos gestores como agenciadores dos projetos para o restante da unidade (os profissionais não envolvidos na ação educativa) e para o sistema de saúde como um todo, os gestores como atores sociais estratégicos para ampliar a potência dessas ações como dispositivo de mudança do modelo hegemonizado pela Biomedicina. O que parece não ter ocorrido diante das necessidades que as lutas contra-hegemônicas pleiteavam e que as próprias diretrizes da modelagem preconizaram. Além disso, o interesse e o empenho demonstrado por eles em implementar processos avaliativos, compondo estratégias diferenciadas de coleta de dados, dentre outras, também fez-me redimensionar os papéis dos grupos de interesse em avaliações participantes cujos objetos de análise têm um forte componente contra-hegemônico no contexto político-institucional.

Assim, enumero alguns elementos que justificariam a ampliação da capacidade avaliatória de práticas educativas em saúde nos serviços, de acordo com o interesse em alterar, significativamente, o modo de produzir saúde na Rede de Campinas:

- A necessidade de reconhecimento de que as ações educativas em saúde têm um potencial terapêutico, visando melhorar seu aproveitamento pela equipe;
- A revisão dos processos de trabalho e das tensões relativas às disputas entre as disciplinas e os profissionais na saúde;
- O favorecimento de práticas interdisciplinares pela integração dos recursos terapêuticos disponibilizados aos usuários;

- As eventuais repercussões de longo prazo na demanda dos serviços, advindas da promoção de saúde e da qualidade de vida mais duradouras, que evitem a medicalização e ampliem a autonomia;
- A repactuação das atribuições internas às equipes, redistribuindo e evitando sobrecarga, melhorando as condições de trabalho e de saúde do trabalhador.

A gestora do Diabetes e Hipertensão do Capivari reafirmou este momento enquanto uma transição em que já se podia vislumbrar o reconhecimento da potência terapêutica das atividades educativas em saúde, ocorrendo na equipe como um todo:

Sucupira: “(...) é a questão de olhar isso como um **processo** de saúde. (...) acho que é **cultura**. No seu caso foi o do dentista, mas no meu foi a ACD. (...) Acho que até os outros profissionais (estão) **olhando** essa questão, que não é **núcleo**, como também do processo que faz parte do trabalho, que é um processo de ação em saúde. Acho que a gente **tá** construindo isso.”

Assim, os aspectos relacionados à gestão interna aos serviços que interferiram nas práticas educativas em saúde e que necessitariam atenção para sua consolidação e aprimoramento seriam os seguintes:

- A abordagem pelo gestor das dimensões subjetivas, educativas, de poder e de gestão das relações nas equipes, procurando lidar com o dilema de responder às necessidades de cuidado em saúde pelos serviços e de afirmação e valorização dos profissionais;
- O aumento da demanda por serviços que pode ser revertido se forem combinadas algumas estratégias:
 - A ampliação do acesso e resolutividade das práticas, tendo em vista o alcance de clientelas mais fragilizadas socialmente:
 - Captação dirigida a essa clientela;
 - Aprimoramento da articulação com instâncias de retaguarda do sistema;

- A revisão de processos de trabalho combinada ao adequado incremento de pessoal nas ELR's;
- A sustentabilidade do agenciador concretizada pelo/a:
 - Gradiente de autonomia e apoio ao agenciamento, trabalhando elaboração do vínculo trabalhador-usuário para produção de autonomia nas práticas desenvolvidas;
 - Interesse/envolvimento do agenciador;
 - Composição multiprofissional do grupo de agenciador;
 - Mais membros das equipes gerais na coordenação de grupos;
 - Evitar deslocamentos/rotatividade do agenciador;
 - Continuidade do aprimoramento e formação.
- A expansão do debate a respeito da potência terapêutica das práticas educativas em saúde junto aos profissionais das equipes em geral para contribuir com mudanças no modo de produzir saúde através de:
 - Priorização de agenda dos gestores neste acompanhamento/avaliação/repactuação;
 - Fomento ao trabalho interdisciplinar;
 - Desalienação, humanização e satisfação do/no trabalho;
 - Promoção da saúde do trabalhador.
- Gerenciamento das intercorrências em momentos de mudança de gestão e pressão popular para manutenção e ampliação das ações.

5.2.3.6- Dificuldades para continuidade e ampliação dos projetos relacionadas à falta de recursos de infra-estrutura

5.2.3.6.1- Os espaços

Este aspecto é indicado como principal insuficiência pelos usuários (além de duas trabalhadoras: Manjerição e Orégano):

- Instalações que comportem grupos maiores em eventos regulares como bailes, encontros, comemorações, atividades corporais (Baile da Feliz Idade, De bem com a vida, Ginástica Renascer, Abraça sua Praça, Hipertensão e Diabetes, Corpo Espaço e Criação):

Crisântemo: *“Tem pouca ventilação e muita gente (o lugar onde se realiza o Baile). (...) Tem que abrir a janela para circular o ar”.*

Miosótis: *“(...) Centro de Saúde (...) é pequeno, né. Mas está fazendo (outro Centro de Saúde). Então o espaço da nossa ginástica é na quadra. (...)”* (grifo da autora)

Manjerição: *“A localização dele no Centro de Saúde (é) no mesmo espaço (...) da Sala de Espera (...) Fica estranho.”*

Cravo: *“(...) O espaço é cedido por uma igreja (...) é pequeno. Lá funciona a ginástica, (...) dança axé, capoeira, oficinas de colagem de tecidos, de sabonetes, de tricô, de pão... No caso da oficina de marcenaria, (...) falta espaço para instalá-la. (...) as máquinas que vieram pelo curso que ela (sua aluna) fez, ficam lá empacotado (sic), porque não pode ir para esse local (...).”*

- Dificuldades ou demora na adequação dos existentes (Corpo Espaço e Criação):

Orégano: *“(...) a gente achou uma casa (...) Era muito mais (...) que a gente tinha como verba. (...) Deram uma contribuição naquele momento para a gente. Mas era **longe** demais (...).”*

- Mudanças freqüentes na tentativa de conseguir novos espaços, inclusive lançando mão daqueles disponíveis na região (Qualidade de vida na melhor idade do Costa e Silva):

Liziantus: “(...) começamos a fazer Lian Gong na **Praça**. Todo mundo passava, tirava sarro, falava que nós éramos velhos **desocupados**... (...) fomos agüentando. (...) a Praça do Centro de Saúde, depois não pode ser mais no Centro de Saúde porque acho que a coordenadora não gostou. **Hoje** nós estamos fazendo na Igreja Imaculada Conceição. Também parece que (...) o projeto não vai poder ficar mais lá por (...) a perua está tomando o espaço deles. (...) no salão paroquial da Igreja (...), que nos cedeu o salão de festas.”

Estes aspectos eram lembrados principalmente porque dificultavam a realização das atividades, mas também porque prejudicava a continuidade dos trabalhos, afetando obviamente a ampliação do acesso de outros usuários. Mas havia também iniciativas de construção de espaços como foi lembrado pela usuária do 31 de Março.

Como mencionado anteriormente, foi primeiramente destacado por uma usuária e não lembrado ou reconhecido, na reunião seguinte, a necessidade da coordenação do CS assumir como sua a luta por espaços:

Liziantus: “Mas a gente **tem** dificuldade. (...) é parte da ação do Centro de Saúde. (...) a coordenadora (...) devia lutar **mais** um pouco para poder conseguir o espaço de todo mundo. Não sei se é só parte dela. Mas se pedir para a prefeita (...) eu teria coragem de botar a boca como já fiz muitas vezes (...) **Conseguí** alguma coisa. (...) O Centro de Saúde tem espaço **grande**. Custava ela fazer um salãozinho ali pra gente. (...) não temos nada (...). Por quê?”

Uma situação que criava comoção no grupo era a falta de segurança para realização das atividades, pelos roubos, assaltos e tráfico de drogas freqüentes como acontecia no Abrace sua Praça.

Miosótis: “(...) os *pesinho* (sic) que a *Prefeitura doou*. (...) não tinha peso para *todas*. (...) pegaram uma garrafinha de *água* e encheram de areia. (...) como é muito *aberto*, a pessoa *serrou* o cadeado, *arrombaram* e levaram todos os *pesinho* (sic). (...) Só os de garrafa eles não levaram. (...) a gente não tem segurança (...) a gente não pode fazer uma atividade como uma *costura* (...) Não dá para levar a máquina comigo, levar e trazer. (...) lá é muito freqüentado por esses traficantes (...) minha filha tem muito medo porque (...) as mulheres estão fazendo (...) ginástica (...) a praça é muito grande. (...) Eu tenho medo que *eles* destruam a praça. (...) Falta luz, falta iluminação... Tem muito assalto. (...) eles *disputa* (sic) (...).” (grifo da autora)

Murici do Cerrado: “(...) a gente acaba dividindo este espaço com... (...) todos (se referindo aos traficantes e usuários de drogas) os usuários... (...) se a gente sair, eles vão ficar mais ainda. Então a gente *tem* que ficar.”

Chamou atenção nesta passagem a percepção de que o fornecimento dos pesos para ginástica seria uma doação da Prefeitura e não um recurso investido nas atividades, que afinal ocorriam numa parceria, envolvendo além da Secretaria de Saúde, a Secretaria de Cultura, Esportes e Turismo. Mostra também a visão subordinante da política social como favor e benemerência e não como direito, ou mesmo de que práticas educativas seriam alternativas, nunca prioritárias para o investimento. Por outro lado, a gestora reforçou a necessidade da presença estatal através políticas sociais como estratégia de enfrentamento da criminalidade.

5.2.3.6.2- Os materiais, a infra-estrutura e equipamentos de apoio às atividades

Os limites em conseguir ou adquirir materiais e equipamentos que seriam apoio para as atividades também foi muito lembrado como entrave. Várias citações de profissionais, usuários e gestores, acerca da falta de material básico e transporte para realizar as atividades, acentuando que sua aquisição ocorre pela arrecadação ou venda de materiais produzidos pelo próprio projeto.

- Profissionais: Viva a Vida do Valença (colchonetes), Ginástica Renascer (transporte e material), Hipertensão e Diabetes do Capivari (transporte, material para artesanato, câmera fotográfica), Visita Domiciliar do Aurélia (transporte), Crê-Vida Feliz (transporte);
- Usuários: Corpo, Espaço e Criação (pilhas, material para oficinas), Abrace sua Praça (manutenção da piscina) e o De bem com a vida:

Girassol: “(o projeto) *tem continuidade, porque tem o pessoal do Centro de Saúde, (...) é (...) muito generoso (...) os médicos levam roupa para o Bazar... (...) Todo mundo leva (...).*”

- Gestores: Baile Feliz Idade (limpeza, descartáveis), Abrace sua Praça (manutenção da Praça).

No caso do transporte muitas atividades deixavam de ser feitas ou ficavam seriamente comprometidas, com as idas e vindas na arregimentação dos recursos:

Aquileia: “*A limitação de transporte para as visitas domiciliares (...). neste último mês a gente tem só 3 períodos que a gente não tem transporte, então agora facilitou bastante. Mas foram praticamente 2 anos com essa dificuldade (...) por um período curto (...) foi disponibilizado o transporte (...) todos os dias da semana. Mas era um serviço terceirizado (...) a Prefeitura não tava pagando (...). Então hoje a gente voltou a ter um transporte restrito (...) com a perua três vezes por semana.*”

Miosótis: “*(...) o problema da piscina. (...) o motor está queimado, (...) não tem como limpar (...) Então é muita burocracia. (...) Já arrumou. (...) Estamos esperando o sol para fazer natação, graças a Deus.*” (grifos da autora)

As citações de melhorias sendo realizadas na infra-estrutura local, bem como a falta de transporte solucionada e posteriormente limitada foram captadas em dois momentos diferenciados da pesquisa de campo. O fato de não ter infra-estrutura de limpeza ou de condução para as atividades, poderia ser porque tais ações não são vistas como parte

do trabalho da unidade. Seriam expedientes que revelariam a maneira “*alternativa*” com que são realizadas, mas também poderiam evidenciar dificuldades gerenciais em obter e manter os recursos necessários para seu desenvolvimento. Uma situação advinda da precariedade dos serviços públicos agravada pelo contexto neoliberal.

O problema da escassez de verbas aparecia relacionado ao desconforto de ter que lançar mão de expedientes como arrecadar doações. Muitas vezes representavam um grande esforço com poucos frutos, ou se revelava decepcionante em situações onde não se obtinha a colaboração esperada. Mas alguns dos usuários demonstravam desenvoltura em relação à busca por doações, nos procedimentos de reciclagem de materiais ou redução de desperdício, na organização coletiva para produzir momentos de troca entre si.

A situação agravava-se mais, quando envolvia a necessidade de recursos financeiros em espécie para a compra de material.

Girassol: “O ponto *negativo* (...) *realmente* é o da obtenção do material. (...) nós somos um grupo *grande*. (...) é difícil, porque você vai comprar um pacotinho de linha na cidade. Você gasta setenta, oitenta reais. (...) Então a gente pensou, assim, já que é um trabalho espontâneo e tal, dividimos para cada um uma contribuição de R\$ 5, 00. (...) Mas nós temos também aquelas que não *podem* colaborar. (...) Elas participam da mesma forma. (...). Porque não é toda semana que a gente tem dinheiro para soltar. (...) deu até para a gente *comprar* o aparelhinho de som...” (grifo da autora)

Aqui novamente o trabalho tido como “*espontâneo*” pode estar evidenciando o caráter alternativo das atividades ressaltado anteriormente, fruto da maneira como são vistas as atividades educativas em saúde na Rede.

Frente à falta de recursos materiais ou espaço, um gestor do Espaço Corpo e Criação reconheceu o problema, como também identificou formas de enfrentamento pela organização e mobilização da população e dos profissionais dos serviços. Valorizou o aspecto auto-sustentável das iniciativas, mas o considerava insuficiente, assumindo como sua atribuição construir alternativas:

Timbaúva: “(...) *Trabalham nessa linha (auto-sustentável). Mas ainda é insuficiente. (...) Hoje o limite é o espaço físico e o financiamento para materiais das oficinas. (...) Então a primeira coisa é conseguir um espaço para trabalhar. (...) precisam de recurso para material (...). Porque não dá, ter voluntário e tirar dinheiro do bolso. (...) Existe uma dificuldade da SMS em prover esse recurso para o projeto.*”

No estudo de ASSIS (2004), quando consultado o grupo de idosos a respeito da mesma questão, as indicações coincidiram com as insuficiências relacionadas aos aspectos infra-estruturais das práticas. Esta autora reconheceu interferências da relação de poder implícita na interação entre profissionais e usuários, pois seria “mais fácil elogiar e expressar o que os técnicos gostariam de ouvir do que se contrapor ou mostrar os percalços para as práticas saudáveis” (ASSIS, 2004). Da mesma forma, VAITSMAN e ANDRADE (2005), em estudo onde questionaram a validade das pesquisas de satisfação com usuários, correlacionaram vários fatores que os influenciavam no momento em que emitiam uma opinião ou realizavam uma avaliação sobre os serviços. As autoras indicaram que nos serviços públicos de países periféricos como o Brasil, é necessário considerar o entendimento que os usuários têm do que sejam seus direitos ou deveres e a confiança destes cidadãos no governo, nos servidores ou outros agentes. Apontaram também que muitas vezes prevalece o **viés de gratidão**, concretizado no sentimento de gratidão, ou mesmo de dependência dos profissionais. Nesses contextos, a dificuldade de conseguir atendimento reduz a expectativa do usuário no tipo de atendimento que irá obter, o que certamente pode trazer repercussões para os processos avaliativos.

Assim, os raros apontamentos relativos a outros aspectos da avaliação fariam supor certa influência dos fatores acima assinalados em nossa pesquisa. Entretanto, a falta de infra-estrutura para as atividades pode ser percebida como algo relativamente externo aos implicados na discussão e, portanto, mais visível e mais próximo de sua iniciativa. Constituir-se-ia, de certa forma, numa maneira de canalizar suas energias de aprimoramento junto àquilo que considerariam com maior governabilidade para intervir. Por outro lado, outra influência que poderia ser demarcada é aquela anteriormente definida como a abordagem diferenciada dos usuários frente aos demais grupos de interesse,

cuja escolha poderia ter favorecido, ao contrário do que se pretendia, certa perda da riqueza do olhar do usuário, na medida em que o formato da discussão talvez tenha proporcionado um menor aprofundamento reflexivo, ou mesmo das contraposições entre os grupos de interesse.

5.2.4- Repercussões das práticas

Os resultados das ações percebidos pelos grupos de interesse da pesquisa foram agrupados de acordo com três das categorias relativas às diretrizes da modelagem perpassadas pela Educação em Saúde:

- Clínica Ampliada e
- Participação Popular e Comunitária
- Outros.

Esta última categoria agregou outras conforme o que foi identificado pelos participantes:

- Formas de atendimento em saúde
- Abordagem das necessidades de saúde.

Em relação a essas últimas, não houve uma escolha *a priori*, mas optei por reconhecer nos depoimentos, aquilo que pudesse parecer como desdobramentos das iniciativas e procurei, simultaneamente, agregar conteúdos semelhantes que se aproximassem do recorte realizado em relação às categorias empíricas construídas. Supus que tais categorias foram sendo criadas diante da importância que os sujeitos da pesquisa conferiam a elas.

5.2.4.1- Relacionadas à Clínica Ampliada

Exceto o trabalho de sistematização de Visita Domiciliar do Aurélia, todos os demais, tanto usuários, gestores ou profissionais destacaram, com maior ou menor intensidade, significativas alterações como:

- Controle de pressão arterial, da obesidade, do diabetes e do colesterol;
- Aumento da consciência corporal e das atividades físicas;
- Diminuição de dores, da depressão, do uso de medicação e da frequência de usuários destes projetos, utilizando os serviços para consulta médica;
- Melhora do sono, da mastigação e da estética facial;
- Melhora da socialização pela interação na comunidade, na família e de novas amizades com a realização de festas e passeios, criação de novos espaços de lazer e acesso a bens culturais da cidade que não conheciam;
- Aprendizado de novas habilidades e conhecimentos (artesanato, alfabetização, dentre outros);
- Aumento do conhecimento sobre saúde;
- Desenvolvimento de autonomia no lidar com suas patologias, para a convivência e organização das atividades grupais;
- Melhora da auto-estima e qualidade de vida;
- Melhora do contato com profissionais do Centro de Saúde;
- Maior reconhecimento do olhar do profissional buscando a necessidade do paciente;
- Os grupos deixaram de ser sobre uma patologia específica para serem de convivência, ou mesmo se transformaram em oficinas de profissionalização e geração de renda.
- Referência a sentimentos de felicidade, satisfação e realização pessoal e profissional em participar das atividades.

Dentre os gestores e profissionais foram várias falas que acentuavam tais repercussões, mas selecionei algumas colocações dos usuários sobre a melhora de uma forma geral em sua vida:

Liziantus: *“o lazer trouxe diversas coisas: (...) isso quebra a rotina e muda a visão da vida.”*

Miosótis: *“(...) recuperei meu corpo, ponho a mão no pé. (...) a gente se reúne, (...) conversa, (...) caminha. (...) a bondade é isso. (...) hoje eu já saio... (...) conta de um problema (...) isso é muito importante: de não segurar só pra gente. (...) Estou vivendo de novo. Diminuiu o peso. (...) Sexta feira teve uma excursão (...) fomos num parque e tal. (...) Precisa ver que lindo!”*

Lírio: *“(...) não mexia o braço e hoje dançam. (...) faço fuxico. Estou fazendo uma colcha linda. (...) se não fosse o Projeto, continuaria indo no Hospital com a pressão alta, hoje está controlada.”*

Helicônia: *“(...) terça feira veio o pessoal, (...) eu queria até morrer de tanta alegria! (...) a turma dançou... (...) Foi uma bela excursão! (...) Desde que eu comecei a fazer ginástica, controlou. Faz 2 anos que não tenho Diabetes. (...) Desapareceu.”*

Tenho procurado me apoiar no entendimento ampliado sobre o que seja qualidade de vida (BARBOSA, 2003; ASSIS, 2004), que envolveria o alcance dos direitos relativos ao bem-estar do cidadão, mas que também levam em conta a postura de vida de construção ativa dessas conquistas. Identifico que os usuários das práticas educativas em saúde aqui analisadas estavam, de uma forma geral, participando de iniciativas de organização comunitária que transcendiam ou não as intervenções, sendo que alguns, inclusive, eram atuantes nos movimentos de luta por direitos na saúde e mais especificamente na saúde do idoso. No próximo tópico, poderemos verificar outras situações em relação a essa temática.

As repercussões apresentadas conferem um caráter diferenciado das práticas educativas em saúde convencionais. Como mencionado anteriormente, tais práticas vêm se caracterizando historicamente pelo ensinar aos pacientes a prevenção e tratamento dos cuidados com o corpo e a saúde individual e coletiva, pautadas essencialmente na reafirmação dos saberes dominantes e na responsabilização individual pela redução dos riscos. Daquilo que se depreendeu dos diversos e ricos relatos, apesar de terem se

principiado como grupos com características comuns com esse enfoque, no seu desenvolvimento foram se distanciando dele, passando a promover momentos de encontro e trocas. Nelas, a Educação em Saúde não se limitaria aos momentos e espaços formalizados de ensino-aprendizagem voltados para as patologias, constituindo-se naquilo que se realizaria nas relações sociais de convivência. Por outro lado, como demonstrado anteriormente, essa descrystalização coexiste com práticas convencionais nas unidades da saúde.

ASSIS (2004) também apontou potencialidades dessas ações voltadas para a criação de novas maneiras de perceber e lidar com o envelhecimento, assinalando o trabalho reflexivo sobre saúde e envelhecimento, o incremento da auto-estima e a ampliação da convivência e dos contatos, especialmente no grupo, como um

apoio social formal, capaz de mobilizar ou reforçar nos idosos o sentido de valorização da vida e do envelhecimento, despertando o interesse em desfrutar de novas interações, exercitar a solidariedade e realizar projetos futuros (ASSIS, 2004).

Em relação ao controle de doenças crônicas, a autora destacou que em sua experiência houve pequena variação negativa no incremento da consciência corporal e de exercícios físicos, pelo enfoque principalmente informativo das atividades. Atribuindo esses resultados aos ganhos que se pode obter no “fazer-junto-com”, reforçava os limites de práticas de aconselhamento. Saliento que no caso de Campinas, a vivência coletiva do trabalho corporal foi uma tônica dos trabalhos expressa nos relatos. A via do aprendizado mútuo na ação de usuários e profissionais trazia também elementos do encontro consigo mesmo, da afetividade e da estética e dava elementos para superação da angústia ou mesmo da depressão, através do sentimento de pertença.

Ainda no estudo acima referido, as repercussões relacionadas ao controle pressórico em diabéticos e hipertensos foram discretamente positivas, com certa manutenção da situação anterior, sendo esses efeitos referenciados nas dificuldades do acompanhamento clínico regular prestado pela rede pública municipal (marcação de consultas e exames de retaguarda). Também foi sugerido que os usuários envolvidos não

fossem os idosos “*mais frágeis*” do ponto de vista da exclusão de benefícios sociais e de serviços de saúde. No Paidéia, ao contrário, as citações acerca das repercussões positivas relativas à estabilização da pressão arterial são recorrentes e especialmente destacadas nos projetos do Capivari, do Grupo Renascer do Valença e do Vista Alegre que, provavelmente, se apoiaram nas iniciativas da gestão em ampliar o acesso ao atendimento aos mais vulneráveis, como apresentado anteriormente.

Esses elementos indicariam reorientação de práticas relacionadas a diretrizes cruciais da modelagem, que não poderiam ser transpostas para as unidades de saúde como um todo. Além disso, diante da precariedade dos dados quantitativos disponíveis, seria necessário desenvolver outras análises que permitissem investigar tendências de impacto que favorecessem a comparação contextualizada sobre o controle de patologias.

Nas repercussões relacionadas aos processos de trabalho foram identificadas a oportunidade de realização pessoal/profissional e a vivência da interdisciplinaridade internas a algumas das atividades, que coexistiram com práticas de imperialismo epistemológico (VASCONCELOS, EDUARDO 2002) como apontado anteriormente.

5.2.4.2- Relacionadas à Participação Popular e Comunitária

De forma geral, as citações de gestores, profissionais e usuários de práticas como o Corpo, Espaço e Criação, o Hipertensão e Diabetes do Capivari, o Vivavida do Boa Vista, o Crê-Vida Feliz, o Qualidade de Vida na Melhor Idade do Costa e Silva e o Qualidade de Vida na 3ª Idade do Santa Odila enfocaram o maior envolvimento com a comunidade, ampliando sua inclusão com redes de contato as mais diversas (voluntariado, oficinas, contatos intergeracionais), bem como assegurando a manutenção dos projetos.

Timbaúva: “*um grande movimento de trabalho das voluntárias. (...) dão aula no sábado, para ir trabalhar. (...) (são pessoas) Da própria comunidade. Foi feito um cadastramento e apareceu (...) com um monte de coisa. Um dá aula de violão... (...) Ai tiveram que selecionar.*”

Buriti: “(...) *Tem uma lista de parceiros. Para fora. (...) a garantia de continuidade (...) vem deste compromisso maior. Tem muita coisa envolvida, parceiro intersetorial. Ele já foi apropriado pela região, envolveu famílias. Realmente os idosos entraram no projeto (...) e realmente acreditam (...).*”

Alecrim: “(...) *a participação delas na comunidade criando vínculos com crianças, adolescentes (...); promovendo laços de afetividade e respeito.*”

Outros relatos reforçaram o incremento da cidadania dos usuários, a retomada do sentimento de fazer parte da comunidade e a capacidade de geração de renda.

Timbaúva: “(...) *estamos trabalhando cidadania com esses usuários. (...) faz torná-los mais exigentes, o que faz o processo mais legítimo ainda. Porque (...) quem conhece tudo, tá exigindo na unidade. Agora, o coitadinho que não sabe nada, não sabe nem exigir. (...) Eu acho que esses espaços têm favorecido muito estas trocas. (...)*”

Carnaúba: “*descoberta do potencial (de) gerar/produzir produção econômica, auto-gestão.*”

Copo-de-leite: “*Mudou **mu**ito a idéia... (...) não tinha muito contato com as pessoas do bairro, porque a vida da gente hoje em dia (...) não dá tempo de se envolver muito com **n**inguém e trabalha, estuda. (...) Você percebe que as pessoas do bairro estão voltando a ser mais unidas um pouquinho, fazendo **am**izade, tudo de novo (...) reconstruindo aquela (...) coisa que tinha **an**tes (...).*”

Para ASSIS (2004) há uma imediata identificação dos idosos com o conhecimento sobre suas dores, suas patologias, sendo essencial para o educador que trabalha tais questões reconhecer sua dimensão política e afetiva que se traduz na forma mais autônoma de lidar com seu adoecimento. Mas a autora procurou enfatizar “a importância de partir de onde as pessoas estão e do que desperta seus interesses”, considerando fundamental também “problematizar causas mais profundas dos problemas” incluindo nas reflexões valores da “justiça social e (de) senso de comunidade” (ASSIS, 2004). Em sua experiência e em outros estudos em que se referenciou, reconheceu certo reforço ao individualismo, com pequeno

ou nenhum envolvimento ou inserção em organizações de defesa dos interesses dos idosos, por exemplo.

Tal tendência talvez tenha relação com as perspectivas de menor visibilidade dos movimentos sociais no setor saúde, inclusive traduzida em algumas práticas de profissionais de saúde, conforme indicado. Mas as bases de fomento à participação popular podem estar inseridas nas práticas educativas em saúde, se estiverem de alguma forma articuladas com instâncias como os conselhos e outros movimentos sociais que têm buscado se organizar mais recentemente¹¹³. Como também deveriam contemplar esforços cotidianos em torno de alternativas para os problemas da prática e da produção de conhecimento, que se façam mediante uma interação mais horizontalizada, de forma que usuários e profissionais se sintam sujeitos da produção do que obtêm. Além disto, há que se reconhecer a força da vivência histórica dos participantes, cuja tradição de envolvimento traduz-se facilmente nos vínculos de organização popular renováveis a cada momento que se faça necessário “produzir” cidadania. Em Campinas, parece ter havido tal situação, em que alguns dos participantes eram pessoas provenientes de regiões com tradição de participação. Adicionado a isto, as necessidades de busca de recursos, bem como o estímulo dos profissionais parecem ter favorecido tais práticas.

5.2.4.3- Relacionadas a outros aspectos

Visando agrupar repercussões que não poderiam estar incluídas nas anteriormente identificadas, apresentarei a seguir avanços e limites elencados pelos grupos de interesse que envolvem a criação de novas ou revisão das formas de atendimento, bem como as dificuldades de abordagem das necessidades de saúde.

¹¹³Conforme identificado anteriormente, mesmo com a fragmentação dos movimentos nos anos 90, desde 1999, a Rede de Educação Popular e Saúde veio buscando fortalecer uma articulação de militantes da Reforma Sanitária, composta de lideranças populares, profissionais de saúde e pesquisadores envolvidos com a Educação Popular. Com o governo Lula, essa Rede foi convidada, em julho de 2003, a coordenar um processo de reconhecimento das entidades, movimentos e práticas de educação popular na área da saúde. Têm participado dessa iniciativa o MOPS, o MORHAN, a DENEM, o MMTR, a CONTAG, o GTA, dentre outros movimentos e organizações nacionais, articulados com o Ministério da Saúde, por meio da Coordenação de Ações Populares de Educação na Saúde do Departamento de Gestão da Educação na Saúde. A partir dessa articulação teve origem a ANEPS, a Articulação Nacional de Movimentos e Práticas de Educação Popular e Saúde. Seus propósitos são ampliar o conhecimento da área para subsidiar as ações do SUS, articular a elaboração de políticas públicas nesse âmbito e construir comunicações com os gestores nos diversos níveis de governo com vistas ao fortalecimento do protagonismo popular na saúde. Venho participando da Rede desde 2001, atuando também na construção da ANEPS desde sua constituição.

5.2.4.3.1- Formas de atendimento

Segundo usuários, gestores e profissionais houve uma diversificação de formas de atendimento em saúde referenciadas nessas práticas educativas, como a criação de novos centros de convivência no Costa e Silva, no Santa Odila e no Paranapanema e a realização/sistematização de visitas domiciliares do Aurélia, que ampliaram o acesso e qualificaram a atenção em saúde prestada:

Pequi: “(...) Com esse projeto está sendo revitalizado um espaço (...) (para) transformar num Centro de Convivência. (...) trabalhar com adolescentes, pessoal de saúde mental, com oficinas de geração de renda (...) conseguimos dinheiro para viabilizar minimamente uma reforma (...) são frutos (...) desse Centro de Convivência Itinerante (...).”

Cedro: “(...) as coisas acontecem e se desdobram. (...) A (...) questão do Paranapanema (com o Portal das Artes) (...) e agora (...) com a questão da Casa-escola da Rosa dos Ventos que a gente tem próxima (...) fazendo (...) a equipe (...) pensar numa possibilidade de um Centro de Convivência (...). E isso vem saindo da equipe, dos usuários...”

Dália: “(...) É que eles não podem andar, são acamados. (...) Pra gente eles irem em casa (...) foi uma ótima idéia. (...) era difícil sair de casa (...) Ficava cansada, com o corpo doendo (...).”

Vinhático: “(...) explicando o projeto terapêutico individual, discutindo nas outras equipes, indo no conselho local, sistematização de procedimentos de enfermagem, houve uma classificação de prioridade de atendimento: vermelho, amarelo e verde. (...) Criaram essa sistematização que passaram para as outras equipes...”

Outras mudanças apontadas por gestores contribuíram com o protagonismo de outras categorias profissionais, que se afirmaram no agenciamento das atividades, ou na revisão do atendimento, ou ainda numa reorganização mais global da unidade:

- Viva a Vida do Valença

Barbatimão: *“Persiste uma responsabilização da equipe pelo projeto. Aparentemente essa é uma mudança de prática, porque tirar do profissional médico...”*

- Corpo, Espaço e Criação do Paranapanema

Timbaúva: *“é uma unidade que despertou, antes não tinha nada.”*

5.2.4.3.2- Abordagem das necessidades de saúde

Uma repercussão negativa foi a dificuldade dos profissionais do Prótese Total para a 3ª Idade em abordar parte dos usuários potenciais, pela percepção da necessidade de saúde como carência, já assinalada:

Babosa: *“(...) Usuários desapareceram e quando nos encontramos se sentem envergonhados por não conseguirem se adaptar com ela.”*

5.2.5- Oportunidades, facilidades e propostas para aprimoramento das práticas

Alguns aspectos foram citados como oportunidades que favoreceriam a continuidade das ações desenvolvidas:

- O reconhecimento dos profissionais pelos usuários (Visita Domiciliar do Aurélia, Hipertensão e Diabetes – melhoria e qualidade de vida, De bem com a vida, Ginástica Renascer do Valença, dentre outros);
- O envolvimento e a co-responsabilidade de profissionais das ELR's, especialmente dos agentes comunitários de saúde (Hipertensão e Diabetes – melhoria e qualidade de vida do Capivari, Qualidade de Vida na Melhor Idade do Costa e Silva, dentre outros);
- O desenvolvimento das atividades a partir do interesse e necessidade dos usuários (Qualidade de Vida na Melhor Idade; Grupos Integrados de Lian Gong e Fuxico, dentre outros);
- A qualidade de vida que serve de chamariz para a vinda de outros usuários (Grupos Integrados de Lian Gong e Fuxico, Vivavida do Boa Vista);

- Manutenção e consolidação das boas relações entre coordenação e equipe do projeto (Corpo, Espaço e Criação, Caminhada do Valença);
- Ampliação ou conquista de apoio da comunidade e de equipamentos públicos locais, através de cessão de espaço e outros recursos para as atividades (Ginástica Renascer do Valença, Qualidade de Vida na Melhor Idade, Vivavida do Boa Vista, dentre outros);
- A utilização do enfoque dos grupos enquanto espaços de convivência (Intervenção junto à população acima de 55 anos do Vista Alegre);
- O apoio de profissionais de outras ELR's (Caminhada do Valença);
- A construção de nova Praça de Esportes como espaço de convivência que paulatinamente foi sendo reconhecido e utilizado pela população local (Qualidade de Vida na Melhor Idade do Costa e Silva).

Os participantes fizeram várias propostas para aprimoramento das atividades. Procurei reuni-las de forma a condensar todas, como se segue:

- Articulação e divulgação dos trabalhos junto à comunidade para consolidá-los e evitar roubos (Corpo, Espaço e Criação; Qualidade de Vida na Melhor Idade);
- Partir da necessidade singular de cada paciente, abordando sua dificuldade de utilizar a prótese depois de colocada (Prótese Total para a 3ª Idade);
- Criar horta como uma das oficinas de trabalho, diversificando as atividades oferecidas (Hipertensão e Diabetes – melhoria e qualidade de vida);
- Continuar as ações organizativas para manutenção dos projetos voltadas para ampliar recursos como Bazar e outras (De bem com a vida, Corpo, Espaço e Criação, Hipertensão e Diabetes – melhoria e qualidade de vida, dentre outros);
- Criar e ampliar cooperativas de geração de renda (De bem com a vida; dentre outros);
- Trabalhar para dentro das unidades com a equipe geral, a importância dos projetos,

especialmente do ponto de vista do seu potencial terapêutico, sistematizando, avaliando e ampliando o número de profissionais que agenciam atividades (Abrace sua Praça, Centro de Convivência Itinerante, Qualidade de Vida na 3ª Idade do Santa Odila, Qualidade de Vida na Melhor Idade do Costa e Silva, Hipertensão e Diabetes – melhoria e qualidade de vida);

- Ampliar o número de grupos nas unidades (Hipertensão e Diabetes – melhoria e qualidade de vida, Qualidade de Vida na 3ª Idade do Santa Odila, dentre outros);
- Ampliar o número de agentes e auxiliares de enfermagem participando das Capacitações sobre Grupalidade (Hipertensão e Diabetes – melhoria e qualidade de vida);
- Aumentar o quadro de funcionários (Hipertensão e Diabetes – melhoria e qualidade de vida, Vivavida do Boa Vista, dentre outros);
- Ampliar parcerias entre projetos de unidades diferentes, otimizando recursos e aprofundando estratégias conjuntas para consolidação e ampliação (Corpo, Espaço e Criação, Qualidade de Vida na 3ª Idade do Santa Odila);
- Melhorar ou construir espaços e infra-estrutura material para o trabalho com representantes da nova Administração, reafirmando necessidades de continuidade e aprimoramento, inclusive de estratégias de financiamento já aprovadas como no OP (Hipertensão e Diabetes – melhoria e qualidade de vida, Baile Feliz Idade, Corpo, Espaço e Criação, Qualidade de Vida na Melhor Idade, Viva a Vida do Valença, dentre outros);
- Manter, consolidar e ampliar parcerias com setores da Prefeitura, instituições públicas, movimentos sociais, comércio e empresas privadas da comunidade, aprofundando e diversificando as parcerias e a intersetorialidade (Crê-vida Feliz, Abrace sua Praça, Qualidade de Vida na 3ª Idade do Santa Odila, Hipertensão e Diabetes – melhoria e qualidade de vida, Baile Feliz Idade, Vivavida do Boa Vista, Viva a Vida do Valença, dentre outros);

- Repactuar com parceiros as atribuições de cada setor/entidade a concretização das estratégias comuns de apoio e atendimento às necessidades da população local;
- Participar de fóruns deliberativos para interferir sobre rumos da política municipal do idoso (Baile Feliz Idade, Crê-vida Feliz).

5.2.6- Influência da avaliação na resignificação de conteúdos e no aprimoramento das práticas

Tendo em vista que um dos objetivos da pesquisa era contribuir para o aprimoramento das práticas avaliadas, pontuei algumas situações em que identifiquei o alcance desta finalidade. Procurei reconhecê-los no curso dos depoimentos de cada grupo de interesse em separado e também a partir de falas conjuntas de usuários, profissionais e gestores que apontaram tais contribuições ao final da reunião de validação.

5.2.6.1- Propostas identificadas nos depoimentos dos segmentos em separado

- Dos usuários, em situações tais como:
 - Sugestões para equacionar a falta de segurança nos bairros, através de contato e sensibilização de pessoas ligadas à contravenção na comunidade para proteção e continuidade das atividades.
 - Sugestões para ampliar divulgação das práticas desenvolvidas, com vistas a ampliar o acesso e a legitimidade do serviço na comunidade.
 - Reconhecimento generalizado acerca das limitações relativas aos espaços e infra-estrutura das atividades e busca de saídas junto ao poder público e reforço da necessidade de arregimentação de recursos com a própria comunidade.
 - Envolvimento no debate, consensuando ou discordando, possibilitando elementos para sistematizações da discussão.

- Dos profissionais, em momentos como:
 - Validação do roteiro de avaliação relativa ao papel do usuário: participantes (Orégano e Aquileia) evidenciaram novas compreensões durante discussão.
 - Durante o levantamento sobre formas de ampliar a confiança nas avaliações, pelo menos uma participante (Aquileia) reconheceu possibilidades de rearticulação do trabalho desenvolvido, sendo também elencadas formas de trabalhar a partir do avaliador externo ou outras formas de abordagem.
 - A partir de depoimento que trazia o desgaste e a desmotivação no trabalho, buscaram explicar a situação e subsidiar a colega no equacionamento da questão.
 - Proposta de composição em duplas de profissionais com formações complementares no agenciamento e coordenação dos grupos, com reconhecimento da diversidade de características deste tipo de trabalho nos CS's.
 - Envolvimento no debate, consensuando ou discordando, dando elementos para sistematizações da discussão.
- Dos gestores, nas seguintes passagens:
 - Na retomada e fortalecimento de alguns projetos.
 - Na formulação de propostas para avaliação das práticas com as equipes.
 - Envolvimento no debate, consensuando ou discordando, dando elementos para sistematizações da discussão.
 - Tal sistematização envolveu elementos centrais da discussão da pesquisa, especialmente a respeito do papel dos gestores (locais ou de nível intermediário) na viabilização e acompanhamento dos trabalhos:
 - Registrar mais, profissionalizar o registro (*“registro das experiências é trabalho”*) e capacitar os profissionais para realizá-lo;

- Trabalhar na equipe geral uma mudança cultural de que ação educativa em saúde é ação de saúde, é tratamento e poderia ser potencializada mediante avaliação e acompanhamento permanente pela verificação dos ganhos, seja para os usuários, seja para a realização e satisfação pessoal e profissional dos profissionais;
- Evidenciar a influência da Educação em Saúde na reversão do modelo medicalizante e médico-centrado, trazendo elementos dessas práticas como contribuições para a gestão cotidiana da unidade;
- Ampliar e aprofundar debate com outros setores, problematizando a questão da ação do setor saúde abarcando os demais ou interagindo com eles na intersectorialidade para construção de saídas em questões relativas à inclusão social, autonomia e cidadania.

5.2.6.2- Propostas identificadas pelos segmentos conjuntamente

A partir da constatação de que o acompanhamento dos gestores aos projetos era precário e de que era necessário reverter tal situação --“(...) então os projetos, fica todo mundo solto. Se eu faço, eu faço, tudo bem, se eu não faço, também tudo bem” (Ipê)--, as falas de alguns participantes ressaltaram a importância da avaliação e de como a pesquisa foi importante para reforçar tal percepção.

- No De bem com a vida do Santa Maria foram retomadas as reflexões acerca da prática e revertida a visão da equipe, que passou a valorizá-la:

Azedinha: “(...) **Depois** que começou esta avaliação, a gente parou, sentou, conversou, né. Se propôs a continuar a conversar que era muito **legal**... (...) **esse processo** despertou **no nosso projeto** também a avaliação. (...) a gente hoje, tá sendo assim de fato mesmo um grupo muito bom, né. (...) Porque a gente tem **tantas outras idéias**. Ele tá servindo de modelo para a zona urbana e uma coisa que veio **lá** da zona rural, né? (...) hoje, na equipe, como **um todo**, não só a de referência só. Até um certo **ciúme** de... ‘Ah, eu quero ir **lá** também...’ E antigamente não era assim. (...) Ninguém queria ir.”

- No Diabetes – melhoria e qualidade de vida do Capivari estimulou a criação de momentos de reflexão e sistematização sobre o que está sendo feito, sendo possível se apropriar dos ganhos que não eram percebidos, acentuando o ativismo e o papel de responsabilidade do gestor local na articulação do projeto maior da saúde:

Sucupira: “(...) eu já vinha pensando... Há outros grupos... (...) Mas não tinha as pessoas para conversar. (...) foi **legal** porque deu essa parada e deu essa coragem... (...) eu comecei a ver, o quanto que tava bom as coisas **internas**... Porque nessa correria, a gente tem que dar conta de cada passo (...) do projeto maior da saúde, você acaba não parando para ver... (...) (foi trazido para avaliar) **um** (grupo) da Manjerição (...) porque ela tem outros... (...) a gente foi ampliando... (...) Hoje um grupo que era dos diabéticos, já tem três coisas internas dentro dele, (...) não sei se para o grupo, a partir do momento que veio essa questão sua (...) nas reuniões de equipe de referência, eu tenho levado isso. (...) as próprias pessoas que são responsáveis pelo grupo ainda não sistematizaram totalmente, mas você vê que está **muito mais sistematizado**... E estão percebendo também (...) organizavam e não **viam**, faziam e não **viam**... (...) Essa coisa da organização.” (grifos da autora)

- No Qualidade de Vida na 3ª Idade do Santa Odila e no Qualidade de vida na melhor idade do Costa e Silva proporcionou indicações de redirecionamento de aspectos do projeto, desde coisas que estão na governabilidade da equipe até a valorização dos resultados do próprio trabalho, obtendo mais satisfação ou mesmo identificando a própria capacidade de realizar mais:

Cedro: “(...) vejo de interessante é a gente estar **motivado** para olhar um pouquinho... (...) Mas a gente tem que olhar para o que a gente **faz**... (...) um estímulo e tudo mais para a gente meio que jogar confete na gente mesmo... (...) Eu sei que assim tá bom, mas posso melhorar. Eu acho que isso daí dá uma sensação de continuidade. Posso crescer, sou capaz de fazer mais.”

Ipê: “É gostoso ver, (...) o que já andou, é bom para refletir o que não andou e o que tem que fazer... Um fala que não andou por falta de recurso, outro (...) mesmo com todas as dificuldades de todo mundo, a gente vai...”

- No Centro de Convivência Itinerante foi bom porque permitiu sistematizar o trabalho da unidade e reforçar a necessidade de valorização dos grupos na equipe:

Pequi: “(...) muito importante porque (...). Eu tinha essa preocupação de saber como avaliar o impacto de um grupo... Seja esse trabalho que é junto com o Taquaral, ou todos os outros grupos que têm na unidade...(...) essa troca (...) muito boa o que aconteceu de manhã (...) sobretudo para a gente poder **discutir** melhor a unidade, sistematizar melhor o trabalho, e poder avaliar mesmo, passar para **dentro** da unidade a **importância** desses grupos... Porque eu acho que nem sempre são tão valorizados.” (grifo da autora)

O interesse da gestora pela avaliação de impacto ou dos resultados de uma intervenção veio reforçar a aceção reiterada por este segmento, de que esta seria a avaliação a ser valorizada. Levando ao pé da letra tal afirmação e agregando a impossibilidade imediata de obter dados quantitativos para triangulação e comparação contextualizada, seríamos colocados num imobilismo.

Sabendo que avaliações estão sempre sendo feitas, mesmo que de forma não sistemática e que as de impacto enfocam apenas uma das dimensões a serem analisadas, venho enfatizando que elas precisam ser construídas com os atores sociais envolvidos para serem legítimas e mais efetivamente utilizadas no aprimoramento das práticas. Nessa perspectiva, a avaliação de impacto seria necessária mais como suporte, do que como orientação geral e essencial da trajetória avaliativa. Então, o mais interessante seria fazer o caminho inverso: ao construir o conhecimento com os grupos de interesse sobre suas práticas, identificar quais são os resultados que precisam de triangulação para que se possa obter uma informação coerente e mais confiável sobre esses achados. Há compreensões a esclarecer, conflitos de impressão, balizamentos necessários, daí as informações a respeito das quantidades podem e devem nos ajudar.

Mas esta situação demandaria um esforço organizado da própria SMS em prover uma estrutura que viabilizasse a coleta de dados de uma forma ampliada e organizada, que tomassem também as práticas educativas em saúde como objeto de investigação, mas principalmente, que fosse orientada pelas necessidades de quem está

“na ponta” desenvolvendo as ações e gerando os dados, e não somente pelos padrões de remuneração e financiamento das ações estabelecidos pelas políticas ministeriais. Enquanto as informações de acompanhamento das práticas educativas realizadas não se apresentam de uma forma que permita a apropriação mais sistemática pelos profissionais e gestores, cabe às estruturas de gestão e educação dos profissionais fomentarem práticas avaliativas que possam ser desenvolvidas com a governabilidade atualmente existente nas equipes, ainda que impliquem em maior ou menor retrabalho e simultaneamente construir outras maneiras de produção e gestão da informação orientadas pela necessidade de quem a usa/produz/avalia.

Apesar das afirmações destes participantes acerca da importância das práticas avaliativas, em que alguns inclusive indicaram estar começando a se desenvolver, seria fundamental, após algum tempo, recuperar quais iniciativas tiveram mais êxito em seus propósitos, bem como se foi viabilizada alguma diretriz institucional que reforçasse a iniciativa individual dos gestores locais e/ou intermediários que se posicionaram. É certo também que outros condicionantes como o aprimoramento/capacitação em processos de avaliação de projetos educativos, bem como o incremento de políticas de pessoal voltadas para evitar a rotatividade e demais aspectos apontados nesta pesquisa, deversem estar combinados com a sensibilização permanente dos gestores para seu papel de acompanhamento e avaliação dos projetos.

***6- APROXIMAÇÕES SISTEMATIZADORAS
PARA COMEÇAR DE NOVO.....***

As pessoas são solitárias porque constroem muros ao invés de pontes.

Vinícius C. Vianna, 14 anos,

No cartaz da sala de reunião do grupo RNP+ Campinas,

fevereiro/2005.

A ponte

Como é que faz pra lavar a roupa,

Vai na fonte, vai na fonte.

Como é que faz pra raiar o dia,

No horizonte, no horizonte.

Esse lugar é uma maravilha,

Mas como é que faz pra sair da ilha,

Pela ponte, pela ponte.

A ponte não é de concreto, não é de ferro, não é de cimento.

A ponte é até onde vai o meu pensamento.

A ponte não é para ir nem pra voltar

A ponte é somente atravessar

Caminhar sobre as águas desse momento.

A ponte nem tem que sair do lugar,

A ponte pra onde quiser.

A ponte é o abraço do braço de mar com a mão da maré.

A ponte não é para ir nem pra voltar

A ponte é somente atravessar

Caminhar sobre as águas desse momento.

Lenine e Lula Cortes

...mais vale uma medida não-refinada do que se precisa,

do que uma medida precisa da coisa errada.

LOVE, 1992 *apud* HARTZ, 1997, p. 26.

Neste último capítulo, pretendo evidenciar as principais aproximações e distanciamentos que foram observados nas representações sociais dos grupos de interesses, de forma a sistematizá-los identificando o olhar interessado de cada ator social. Pretendo focar, na arena da produção de serviços públicos de saúde, a explicitação da subjetividade envolvida, como também a forma e os propósitos em torno dos quais estão

implicados esses atores. Tenciono ainda discorrer sobre algumas pontes possíveis criadas pela metodologia de avaliação participante testada, envolvendo a gestão e a educação permanente, tendo em vista as práticas educativas em saúde do idoso e adulto como dispositivo de mudanças. E, por fim, gostaria de propor algumas questões que avalio como necessárias para aprofundamento e desdobramentos da proposta ora desenvolvida.

6.1- Aproximações e distanciamentos entre os grupos de interesse diante das práticas educativas em saúde

A partir da necessidade de comparação a ser efetivada, apresento a seguir (Quadro 7) um quadro com uma organização sintética dos elementos característicos dessas composições, considerando os fatores de qualidade de avaliação (UCHIMURA e BOSI, 2002) analisados anteriormente:

Quadro 7- Principais aproximações e distanciamentos entre os grupos de interesse mediante os fatores de qualidade de avaliação analisados

Fatores de qualidade de avaliação	Aproximações	Distanciamentos
Clinica Ampliada e ao processo de Produção de Saúde e Doença	Profissionais • Desenvolveram interseção partilhada, articulando necessidades dos usuários com diretrizes da modelagem; • Concebem processo de produção de saúde como uma promoção da vida humana, considerando fatores estruturais e simbólicos; • Mostraram-se sensíveis à “real” necessidade de saúde dos usuários, ofertando ações desmedicalizantes em resposta à vinda recorrente dos usuários com queixas difusas, sedentarismo e espera longa por atendimento. • Incremento de recursos de abordagem da pessoa em cuidado pelo uso dos aspectos psicossociais e o trabalho em saúde usuário-centrado • Convivência das modalidades de atendimento analisadas com práticas emudecedoras presentes nos serviços. • Recuperação da representação velhice, numa abordagem que requer estratégias complexas= aconselhamento, acompanhamento terapêutico, convivência e fruição de atividades resultantes de esforços abrangentes das políticas públicas intersetoriais. Para gestores e profissionais • PESIA= diferentes estágios de produção de autonomia; • Voltadas ao grupo de vivência ou mesmo com oficinas de geração de renda, em que o profissional é um facilitador, potencializando processos de autonomização.	No Prótese 3ª idade Necessidade de saúde dos usuários foi entendida enquanto carência e não como constituinte da auto-determinação do estar no mundo (MERHY, 2002). Trabalhadora= não foi realizada abordagem psicossocial do uso da prótese.

Fatores de qualidade de avaliação	Aproximações	Distanciamentos
Participação Popular e Comunitária	Para Gestores e (maioria) profissionais • Usuários ativos e co-responsáveis pelo seu processo de produção de saúde, sendo apoiados na busca de seus próprios potenciais, do outro parceiro de interação e do mundo à sua volta. • Várias iniciativas contam com apoio da comunidade para sua manutenção e ampliação, assinalando a participação, a interação, a afetividade, a troca de experiências, a revisão de vínculos familiares e sociais. • Processo em curso de constituição de sujeitos, mediante o fortalecimento da cidadania coletiva de usuários e profissionais. • Alguns participantes/conselheiros incentivaram a participação em fóruns de políticas para idosos ou nos Conselhos Locais de Saúde. • Privilegiamento da inclusão pela convivência, em função de que as estratégias de abordagem se baseavam nessa necessidade essencial dos usuários. • Nalgumas situações a colaboração entre parceiros intersetoriais ocorreu de forma pontual, em que outros setores (especialmente da PMC) eram acionados para apoiar as atividades desenvolvidas. • A intersetorialidade, propriamente dita, tinha como mote a participação comunitária, caracterizando-se numa relação orgânica entre parceiros, num caso, ou tutelada, noutro (CKAGNAZAROFF e MOTA, s.d.). • Dificuldades em ampliar a co-responsabilização de outros setores = necessidade de aprofundamento e repactuação sobre o agenciamento local, o provimento e a articulação de recursos.	Trabalhador= dificuldades acerca da visão do usuário sobre projetos, em que o grande tempo de maturação, a demora na obtenção dos resultados e poucos recursos, prejudicavam a continuidade. Em contrapartida é necessária muita perseverança e trabalho sobre crise e oportunidades. Usuários reforçaram a pressão junto ao poder público, especialmente na mudança de gestão= responsabilidade pública na efetivação das práticas, ocupação de espaços ociosos, disputas por recursos no OP, reclamando da morosidade da burocracia. Gestores= poucos obstáculos nas possibilidades colocadas no OP e parceria com Cândido, além da cooperação entre serviços com otimização dos recursos. Mudança de gestão Profissionais e usuários= poderia trazer problemas, que reforçam a necessidade de organização/mobilização. Gestores= não viam dificuldades porque as ações estariam enraizadas nas práticas. Polêmicas internas aos grupos de interesse sobre Inclusão Gestores debateram formas mais legítimas de inclusão (reversão da condição social X acesso às políticas públicas) nas práticas e suas eventuais articulações para ampliar a participação comunitária e a intersetorialidade. Profissionais discutiram efeitos da violência sobre a postura mais ou menos inclusiva do profissional, evidenciando estratégias de auto-proteção do trabalho combinadas a temores que poderiam evidenciar preconceitos, mas também discernimento coletivo.

Fatores de qualidade de avaliação	Aproximações	Distanciamentos
Papel dos agentes comunitários de saúde	• Iniciadores de alguns projetos; • Representam 54,1% dos agenciadores nas experiências analisadas. • Criativos e envolvidos na mobilização de recursos e colaboração na equipe, sendo verificada sua efetiva presença junto à comunidade. • Criação dos agentes= dispositivo de mudança, dependente de outros arranjos de gestão e atenção. • Indícios de que haja busca de complementaridade de olhares para superação da tensão entre profissões, pois agora é uma profissão instituída, com competências definidas, com a realização de várias atividades de formação e aprimoramento do trabalho.	Agentes • Sobrecarga de atribuições e da visão prevalente no restante da equipe de que o que fazem (grupos) não é trabalho. • Diferenças de tratamento do gestor frente aos demais membros das ELR's. Fazem grupos, enquanto os demais são priorizados para assistência. • Disputas internas e boicote na equipe. Uma agente trouxe sentimento de perda dos grupos que fazia, em que seu vínculo com os usuários estava sendo deixado de lado. Explicações: -Diferenças de envolvimento no trabalho entre os agentes; -Número insuficiente de pessoal; -Necessidade de composição multiprofissional em duplas de coordenação, para evitar sobrecarga e interrupções. Papel do ACS • dispositivo de renovação do SUS X elemento de continuidade na perspectiva da atenção primária; • atribuições técnicas (vigilância em saúde, principalmente) X política (organização comunitária e trabalho educativo) -Necessidade de compatibilização= espaço da gestão local como evidenciador desses ruídos, que ainda não é reconhecido pelos agentes. • Potência transformadora= expressa conflitos entre saber científico e popular (David, 2001). Enquanto trabalho ACS não for inserido nas ELR's e equipe geral = menos se tornará dispositivo de mudança. • Crítica à pequena priorização dos grupos pela gestão externa ao CS (órgão da Vigilância em Saúde), que atua diretamente fazendo supervisão dos agentes.

Fatores de qualidade de avaliação	Aproximações	Distanciamentos
Capacitação para mudança	• Capacitações Paidéia e Corpo em Movimento = impulso para mudanças da modelagem. Explicações: - algumas práticas desencadeadas a partir delas, - muitos profissionais tiveram ali preciosos espaços de reflexão sobre suas práticas. • Importante investimento, que contou com a participação massiva dos profissionais (especialmente profissões-chave) nos módulos introdutórios. • Tentativa de aproximação da gestão dos serviços com os processos de formação, -iniciativas incipientes de pactuação dos objetivos e do retorno para unidade após participar e -de aproveitamento dos talentos internos combinado ao aprimoramento externo, visando aumentar o acesso aos grupos e diminuir o impacto negativo da falta de pessoal e da sobrecarga no trabalho. • Visão disseminada de que os processos formativos devem efetivar reflexões a respeito das práticas profissionais para promover mudanças.	Trabalhador • questionou a falta de continuidade da formação, a partir do acompanhamento das práticas iniciadas; • dificuldades no aprimoramento de técnicas corporais, indicando limites nessa aprendizagem e a insegurança que isto trazia. • reclamaram de problemas no acesso a vagas. Gestor • atribuiu à falta de conexão da capacitação com o trabalho “real” de cada ELR como um todo, apontando limites à formação realizada.

Fatores de qualidade de avaliação	Aproximações	Distanciamentos
Conceituação das práticas educativas em saúde e construção compartilhada de conhecimento	• Maioria= grupos de convivência -grande margem de iniciativa aos educandos; -objetivo= reconstruir sociabilidade perdida e não a transmissão de conhecimentos. • Minoria combinava o olhar técnico e o popular, apropriando-se de conteúdos específicos externos aos grupos. • Aprendizado importante no momento de ensinar. • Acento na autoridade de conhecimento do usuário. • Construção compartilhada combinada à participação comunitária como sugestão para mobilização por ampliação de recursos para as práticas. • Troca amorosa entre profissionais e usuários e entre usuários. • Referências da Educação Popular e Saúde -construção compartilhada combinada à participação comunitária voltadas para inclusão, intersetorialidade e ampliação de autonomia -o trabalho do lúdico, arte e corporeidade na explicitação de conteúdos menos evidentes como foco da pedagogia do desejo de ser e saber de si e do outro, para despertar sentidos adormecidos/sacrificados.	Gestores= aspectos da construção compartilhada de conhecimentos em saúde; descompasso entre teoria e prática: conceituação rígida e de difícil operacionalização; pequena vinculação entre Educação em Saúde e mudanças de modelagem; Gestora= abordagem autoritária dos usuários pelos profissionais, quando está em cena aspectos da religiosidade popular. Profissionais= denúncia da difícil situação de processo de trabalho para continuidade das práticas; interesses em avaliar no conceito; Educação em Saúde para mudar processos de trabalho; Usuários= argumentos para continuidade das práticas, repercussões sobre qualidade de vida; exemplos vivos desta influência em sua vida.

Fatores de qualidade de avaliação	Aproximações	Distanciamentos
Avaliação das práticas educativas em saúde	• Mesmo com limites de conhecimento foi possível obter o olhar do gestor. Gestores -carência de formalização, prejudicando continuidade das práticas e organização mais efetiva do trabalho -Registro profissional, mas não acadêmico -Combinar registro e realização das práticas: cuidado para não intimidar pessoas que têm dificuldades de escrever. • Algumas práticas não realizaram avaliação. • Outras efetivaram um replanejamento na equipe e com os usuários. • Maioria observou resultados indiretos e informais no cotidiano. • Poucas efetivaram entrevistas c/ usuários. • Somente três mesclaram entrevistas com usuários com resultados quantitativos. • Alguns gestores e profissionais: existem espaços incipientes de reflexão acontecendo. • Não foi possível efetuar a triangulação com dados quantitativos, indicada pelos gestores e pelo referencial adotado na pesquisa = bancos de dados organizados pelas necessidades dos níveis centrais da gestão.	• Profissionais e usuários preencheram lacunas de informação, enquanto gestores fizeram uma abordagem geral das questões: avaliação de rotina com instrumentos de coleta e fatores de avaliação diversificados; • Profissionais fizeram mudanças em suas propostas específicas, focando ampliação da confiabilidade da avaliação. • Gestores = francamente favoráveis à avaliação; • Profissionais = alguns receosos e outros buscaram se colocar como aprendizes e propositivos: impotência diante de entraves nos processos de trabalho, especialmente na carência de recursos. • Gestores: questões relacionadas ao seu papel: -Paradigma dominante em avaliação (acento em identificar análise de objetivos ou de impacto/resultados); -Necessidade de valorização do trabalho e legitimação das práticas como ação de saúde; -Avaliações dos profissionais eram subjetivas e intuitivas, criticando a maneira mais comum de avaliação (por adesão aos grupos). • Trabalhadora questionou enfoque quantitativista dos gestores, apontando este como inadequado para avaliação das práticas.

Fatores de qualidade de avaliação	Aproximações	Distanciamentos
Gestão interferindo nas práticas educativas em saúde	• Profissionais com dificuldades de estabelecer critérios de priorização no acesso, em função de limite de recursos, para garanti-lo aos mais vulneráveis. • Necessidade de envolvimento dos profissionais para agenciamento efetivo das práticas, com vários relatos de desprendimento e zelo, que acentuaram a necessidade de reconhecimento e compromisso ético-político. • Algumas experiências= respeito e colaboração interdisciplinar nas ELR's em que se desenvolviam as práticas. • Vários exemplos de falta de legitimidade das práticas nas equipes gerais. • Motivos/estratégias da gestão local para avaliá-las e legitimá-las: -pouco acompanhamento da problematização das concepções saúde-doença presentes e potencial terapêutico das práticas; -não explora como um dispositivo de mudança da modelagem e da desalienação, humanização, valorização no trabalho, de realização pessoal/profissional, de melhorar a saúde do trabalhador.	• Usuária cobra ampliação de acesso às práticas = mais divulgação X percepção das limitações de recursos. • Profissionais elogiaram a existência dessas práticas em serviço público= acesso gratuito. Rodizio/composição em duplas para agenciamento das práticas • Profissionais= necessidade da complementaridade entre profissões, visando diminuir efeitos de rotatividade. • Gestores= necessidade de ampliar acesso. -Gestora buscou a ampliação do acesso e da legitimidade das práticas, aumentando o número de coordenadores de grupos; -Agenciadora se sentiu desrespeitada na forma como os vínculos com os usuários foram abordados e de como não era reconhecido o potencial terapêutico do grupo na equipe. Demanda X falta de pessoal X diretrizes modelagem X investimentos da gestão • Gestores: -acelerado ritmo de trabalho X prática avaliativa (ativismo dos profissionais + pouco tempo disponível de dedicação dos gestores). -movimentos contraditórios: diretrizes impulsionavam mudanças das práticas profissionais X grande demanda por assistência X insuficiência e rotatividade pessoal (apesar do investimento em contratação e fixação pessoal realizado). • Profissionais: -concordavam com a influência negativa da falta de pessoal e crescente demanda, não mencionando iniciativas da gestão em contornar esses problemas. -falta de pessoal é pior no trabalho de VD X maior versatilidade nos grupos. Acompanhamento gerencial das práticas • Profissionais: -criticaram falta de acompanhamento das práticas mediante atuação do apoiador distrital;

Fatores de qualidade de avaliação	Aproximações	Distanciamentos
		-necessário trabalhar relações interpessoais e interprofissionais intra e interequipes, os casos clínicos, as especificidades da nova organização processo trabalho (territorialização, adscrição, abordagens intra e interprofissões); -difíceis condições de trabalho (desânimo + motivação pode ser resgatada, mas às vezes não conseguem). • Usuários enfatizaram muito as instalações inadequadas, a demora ou dificuldade de adequá-las e mudanças frequentes, explicitando inclusive conflitos com a coordenação nessa questão. • Profissionais, como organizadores das atividades, ocuparam-se da insuficiência de verba para materiais e equipamentos de apoio e matéria-prima, que, às vezes, inviabilizam as práticas. • Um gestor assumiu como insuficiente a manutenção dos projetos pelos usuários e profissionais. • Trabalhadora e usuária: PESIA como “trabalho espontâneo” ou “doação” o investimento realizado nas atividades = caráter alternativo e desresponsabilização do Estado. • Gestora= necessidade da presença do Estado para enfrentar falta de segurança.

Considerando-se as ressalvas levantadas a respeito do formato da abordagem dos usuários e as dificuldades relativas à elucidação dos conflitos de forma mais aberta pelos grupos de interesse, os distanciamentos aqui apontados evidenciaram que os atores sociais que mais polemizaram durante esta investigação foram os profissionais e gestores. As diferenças se acentuaram de duas formas: num caso ocorriam em oposição direta, onde o emissor da opinião fazia uma crítica aberta ao outro e, no outro caso, as perspectivas eram diferentes, mas eram apresentadas sem que se buscasse o contraditório, uma vez que a divergência era menos evidente, sendo captada pela pesquisadora na análise das representações sociais. Como exemplos do primeiro tipo de discordância, temos aquelas que ocorreram quando foram enfocados o papel dos agentes comunitários, a capacitação

para mudança, a avaliação das práticas e a gestão interferindo nas experiências. No caso das polêmicas indiretas, ocorreram especialmente no enfoque das concepções sobre as práticas educativas em saúde.

Por outro lado, algumas discordâncias importantes deram-se entre gestores e usuários, caracterizando-se como diretas as evidenciadas nas temáticas como participação popular e comunitária e na gestão interferindo nas práticas, quando se tratou especificamente da falta de recursos. As discrepâncias indiretas entre gestores e usuários podem ser verificadas também na discussão sobre os conceitos acerca das práticas educativas.

E por fim, algumas poucas pontuações divergentes foram feitas diretamente entre usuários e profissionais, quando se discutiu o papel dos usuários perante o desenvolvimento dos projetos e indiretamente em temáticas como a das visões das práticas educativas em saúde, ou mesmo quando enfocada a abordagem das necessidades de saúde.

Dessa maneira, as divergências de interesses dos atores foram expressas e indicadas, mas careceram de serem reconhecidas pelos próprios atores das práticas em análise. Nesse sentido, poderia se apontar que o processo de investigação foi limitado do ponto de vista de eventuais ressignificações de práticas advindas de um debate aberto entre os pontos de vista divergentes, deixando de potencializar, talvez, outras repercussões nos serviços. Por outro lado, o mapeamento das aproximações e distanciamentos entre os olhares dos grupos de interesse, como também das repercussões para os envolvidos e das oportunidades de apropriação e aprimoramento das práticas permitiram reconhecer avanços significativos circunscritos aos envolvidos nas práticas, uma vez que as mesmas pouco puderam ser colocadas como dispositivo de mudança da modelagem, visto que a gestão cotidiana nos Centros de Saúde de Campinas priorizou-as pouco como seu foco de atuação.

CONTANDRIOPOULOS et al. (1997) diferenciaram os objetivos oficiais de uma avaliação¹¹⁴ dos oficiosos, caracterizando os últimos como aqueles que muitas vezes estão implícitos e que os grupos de interesse envolvidos possam talvez nem querer

¹¹⁴Isto é, apoiar o planejamento e elaboração de uma intervenção, obter informação para melhorar uma intervenção no seu decorrer, definir efeitos de uma intervenção para decidir se será mantida, alterada ou interrompida, contribuir com a construção de conhecimentos e a produção teórica (CONTANDRIOPOULOS et al., 1997).

evidenciar. Os gestores poderiam querer atrasar uma decisão, legitimar outra já tomada, aumentar seu poder de intervenção sobre a ação avaliada, satisfazer exigências ou garantir as verbas dos órgãos de financiamento, por exemplo. Os pesquisadores quereriam ampliar seu prestígio ou poder, obter uma promoção, defender uma idéia em que acreditam, ampliar seus conhecimentos, dentre outros. Os usuários talvez buscassem benefícios outros que não tivessem no momento ou diminuir seu nível de dependência diante dos serviços. E os profissionais talvez pudessem querer reverter uma situação de exploração, atropelar regras de que discordassem, obter vantagens financeiras, etc. Por outro lado, UCHIMURA e BOSI (2002) trabalharam com a questão da subjetividade em pesquisas qualitativas de uma forma um pouco diferente. Para essas autoras, os processos de avaliação em saúde necessariamente contemplariam a questão da subjetividade, sejam eles realizados no cotidiano, sejam operados de uma forma mais sistematizada. Isto ocorreria porque, inevitavelmente, há um fluxo permanente mais ou menos evidente de negociação entre os atores sociais sobre os rumos das intervenções em saúde.

Portanto, a explicitação dos interesses imersos numa dada realidade em análise se faz para contemplá-los ali, não como um desconforto, ou viés ou desvio que entrou sem ser convidado, mas como algo inerente à sua composição, como o sentido apreensível dos fenômenos, em sua complexidade, contradição, riqueza e profundidade. Assim, considerar e assumir a importância da subjetividade no processo avaliatório supõe a utilização de um método de pesquisa que parta das dimensões relevantes aos grupos de interesse da intervenção analisada, recuperando aquilo que está inscrito nas vivências dos sujeitos, inclusive nas do pesquisador, mediante interpretações compartilhadas. No caso desta investigação, a implicação da pesquisadora como gestora e educadora em saúde veio junto na análise que se operou, procurando evidenciar conflitos e ruídos presentes nas relações institucionais. Mas esta tensão argumentativa buscava se respaldar nos olhares entrecortados dos grupos de interesse envolvidos no processo: uma lógica aparentemente legitimadora das diretrizes propostas, dialogando com outras lógicas presentes, em que pese as dificuldades de explicitação dos conflitos. Mesmo assim, foi-nos possível trazer os próprios limites da gestão operada cotidianamente nos serviços, que pouco adotava as práticas educativas em saúde como dispositivo de tensionamento e mudança da modelagem.

6.2- Avaliação participante de práticas educativas em saúde como dispositivo de gestão e educação permanente

Neste sentido, a perspectiva abraçada por essa pesquisa vem indicando a necessidade de assumir as subjetividades imersas nos processos de produção de saúde nos serviços, para avaliar as práticas desenvolvidas, especialmente quando essas, voltadas para a construção de conhecimento, focando a relação profissional-pessoa em cuidado de forma ampliada, procuram aumentar os coeficientes de autonomia, cidadania e inclusão. Objetos complexos e multidimensionais como esses necessitariam de instrumentos de investigação consonantes com sua natureza. Só que a pesquisa avaliativa ainda é hoje hegemonizada, como reiterado inúmeras vezes, pela acepção de que procura captar a maior ou menor qualidade dos serviços prestados em sua dimensão objetiva, isto é, naquilo que é mensurável ou generalizável. Segundo UCHIMURA e BOSI (2002), essa visão captura a unidimensionalidade da qualidade, escapando-lhe sua polissemia.

Nessa investigação, verificamos que os gestores dos serviços de saúde tiveram um olhar mais convencional da avaliação, havendo inclusive questionamentos abertos de uma trabalhadora a respeito de estratégias de aferição quantitativa, como mecanismo de pressão e monitoramento cotidiano do trabalho, inadequadas para trabalhos com foco educativo. Ao mesmo tempo, foi identificada grande dificuldade de formalização dos profissionais, bem como a pressão por atendimento imediato, a falta ou rotatividade de pessoal, as deficiências de acompanhamento das ações pelo apoio distrital e da gestão local, as capacitações que ainda não se organizam, focando a problematização acerca do processo de trabalho do conjunto dos profissionais das ELR's.

Por outro lado, esses mesmos gestores mostraram uma intenção de ampliar a legitimidade das práticas educativas em saúde e repactuar atribuições diante da “guerra no front”, utilizando a avaliação como dispositivo para abordar junto com suas equipes a potência terapêutica das práticas. Assim também, os profissionais efetuaram algumas avaliações no cotidiano, reconhecendo indícios de resultados das ações, ou mesmo organizaram ou vêm efetivando de forma pouco sistematizada uma apropriação dos resultados de seu trabalho.

Com a recapitulação de tais apontamentos a respeito da “questão da avaliação” levantada por esta pesquisa, devo assumir que, durante sua realização, foi gradativamente tomando conta de mim uma percepção de que a avaliação participante não é somente necessária porque pode trazer contribuições para o conhecimento e aprimoramento das práticas avaliadas. Percebi que a contribuição mais relevante dessa perspectiva era que ela poderia favorecer a ressignificação pelos sujeitos de suas próprias práticas, funcionando como dispositivos educativos e de gestão, que se trabalhados de forma mais cotidiana, orgânica e sistemática, possibilitariam a construção de uma cultura mais democrática de gestão das organizações, através do fortalecimento do que vem se chamando cultura avaliativa. Ou seja, esclareci-me e reafirmei essa necessidade de ampliar a capacidade avaliativa nos serviços de políticas públicas voltadas para a inclusão, cidadania e o protagonismo popular.

Entretanto, são muito recentes as iniciativas que buscam ampliar essa capacidade dos atores sociais e das organizações no Brasil e na América Latina envolvidos com o enfrentamento dos graves problemas sociais que acometem a região. A recente história de redemocratização da sociedade brasileira é credora desse processo, especialmente com os movimentos instituintes da reforma do estado, que passam pela criação de mecanismos legais de participação popular na gestão das políticas, como ocorre com o SUS. Mas também acompanhando tendências mais conservadoras de reformismo (neo)liberal, representadas pelos interesses de tornar o estado mais eficiente caracterizadas pela construção do “estado mínimo”. Exemplos podem ser arrolados como a adoção do monitoramento por metas ou orientado por objetivos, a prestação de contas aos investidores, à sociedade e aos tribunais de conta instituídas pelos Planos Plurianuais (PPA), que poderiam estimular o processo e a cultura avaliativas das políticas públicas, mas essencialmente carregam importantes limites ao controle social, uma vez que se utilizam e/ou necessitam de instrumentos complexos, linguagem hermética, especialistas que a dominam, que muitas vezes inviabilizam tais objetivos (SILVA et al., 2004).

Ao longo da década de 90, a Educação implantou sistemas avaliativos da Educação Básica, Ensino Médio e Superior, ou mesmo a Saúde instituiu diversos sistemas de informação que vislumbravam o acompanhamento de indicadores para monitoramento

das políticas. Além disso, o alegado colapso do financiamento estatal advindo dos compromissos governamentais com o pagamento das dívidas e superávit primário promoveu o crescente financiamento de políticas públicas nacionais por agências internacionais de cooperação, cuja prática avaliativa se associava à assinatura de termos de compromisso para o desembolso de empréstimos (SILVA et al., 2004).

Assim, a concepção que orienta tais mecanismos de avaliação, além das características herméticas e pouco pedagógicas assinaladas, têm recebido calorosas críticas, uma vez que são pautados por finalidades como a avaliação para fins mercadológicos que visam a captação de clientela, ou o reducionismo da avaliação aos resultados e impactos das políticas, pouco se voltando para análise de contextos ou processos das intervenções ou serviços avaliados, ou ainda restringindo-se ao papel de instrumentos de desembolso de recursos públicos federais, mediante desempenho e suplementação orçamentária.

Segundo BRANDÃO et al. (s.d.), fatores de diversas naturezas explicariam a pequena organicidade das práticas avaliativas nos serviços. Do ponto de vista econômico, o mais comum de se ver é que os recursos alocados para avaliação durante o desenvolvimento de uma intervenção são restritos, seja porque, diante da escassez, adicionar mais um custo que competiria com a própria realização da ação parece inviável, seja porque são raros os parâmetros pré-definidos para esse tipo de investimento¹¹⁵. Mas a reversão desse quadro poderia estar vinculada ao acúmulo de experiências e reflexões que produzissem tais parâmetros, como também à própria utilização dos resultados dos processos de avaliação pelos atores o que ampliaria visibilidades, o entendimento de sua relevância e o provável aumento de recursos.

Outro aspecto diz respeito aos espaços de formação de gestores, educadores ou profissionais em geral interessados nas práticas avaliativas. Mesmo com a farta bibliografia já existente, as chances abertas pelas universidades ou outras instituições formadoras para investimento nesse campo são ainda de pequeno fôlego, com baixo investimento ou superficialidade nas iniciativas. Do ponto de vista da organização dos processos de trabalho

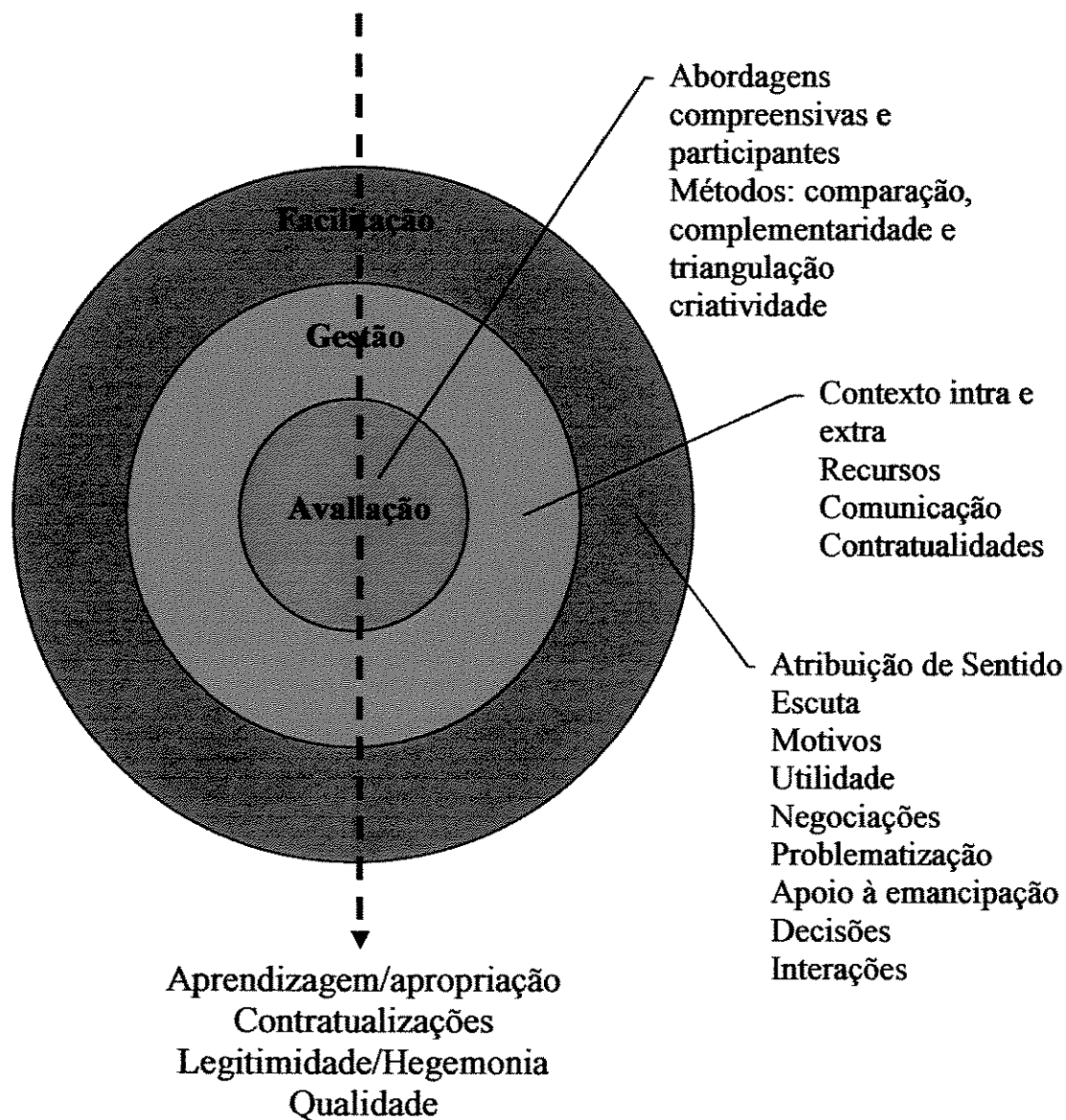
¹¹⁵Os autores informam que existem recomendações de práticas avaliativas americanas que indicam 6% a 10% do orçamento global de um projeto destinado à avaliação, mas estes mesmos autores ressaltam que a realidade brasileira pode sugerir outro parâmetro.

dos profissionais, a polaridade entre fazer e refletir, o ativismo, toda a magnitude e diversidade das demandas e a escassez de tempo (BRANDÃO et al., s.d.), características essas corroboradas por esta investigação, dificultam por demais tais práticas, apesar do reconhecimento de sua importância no discurso de dirigentes e profissionais. Além disso, a vivência mais tradicional da avaliação não desenvolve processos voltados para o aprender e mudar. Elas continuam insistindo em vivências exógenas, burocráticas, persecutórias e não participantes.

Nesse sentido, um ponto de partida para o fomento de uma cultura avaliativa nos serviços públicos brasileiros numa perspectiva de sua ativação orgânica no cotidiano, dependeria, em boa medida, do debate acerca do referencial teórico-metodológico das práticas avaliativas adotadas, fundamentado em investigações vivas daquilo que se conseguiu experimentar. Diante do contexto descrito, a suposição da inevitável ineficiência das políticas desenvolvidas e a busca da efetividade do gasto público seriam desafiadas a construir maior eficácia dos serviços voltada para redução da pobreza, desigualdade e exclusão social, a partir de metodologias que criassem condições de organização dos atores interessados, como um imperativo ético-político dos sujeitos, para tomar para si as intervenções realizadas, problematizando-as e focando a aprendizagem no processo avaliatório, construindo transparência, legitimidade e qualidade dessas ações (SILVA et al., 2004). Pautada pela ótica emancipatória do processo avaliativo, como um dispositivo eminentemente político de construção de sujeitos, em que os propósitos e critérios de julgamento sejam constituídos na negociação dos diferentes olhares, o papel de facilitadores desse processo não passaria por serem “avaliadores externos”, mas sim mediadores que apóiam, mediante a linguagem da avaliação, as escolhas e as descobertas, para a ressignificação e reconstrução das práticas e o desenvolvimento das pessoas e dos serviços, que são usufruídos, realizados e gestados por elas.

Nesse sentido, os processos avaliatórios de que falamos pretendem articular e integrar três dimensões da ação nos serviços, a saber:

- os conhecimentos das abordagens no campo da avaliação de intervenções/serviços,
- as habilidades facilitadoras de construção coletiva de conhecimentos e
- as maneiras de gestão dos processos de trabalho (Figura 2).



Fonte: Adaptado de BRANDÃO et al. (s.d.).

Figura 2- Avaliação Participante como dispositivo de Educação Permanente e Gestão

Segundo BRANDÃO et al. (s.d.), a facilitação envolveria a confiança, a sensibilidade e a escuta nas/com/das necessidades do grupo, a problematização reflexiva e a negociação sobre os elementos de avaliação da intervenção/serviço, a construção compreensiva dos focos, das decisões e respostas que fazem sentido, cuidando das interações e acolhendo as criações e propostas. A gestão dos processos enfocaria o lidar com visões contextuais internas e externas às intervenções/serviços, que correlacionam os recursos (de poder, de saber, emocionais, de tempo, financeiros, dentre outros), as redes comunicacionais e de contratualidades que fundamentam as organizações sob foco. Os conhecimentos do campo da avaliação, de seu lado, buscariam assegurar um processo mais confiável de investigação da realidade, balizado no paradigma participante ou construtivista (FURTADO, 2001; SAUL, 2001), que supõe uma compatibilidade por complementaridade e triangulação dos referenciais utilizados, conforme a finalidade da investigação em curso.

A investigação que, então, coloco à disposição para o debate público esclareceu em mim o desafio de que seus objetivos precisariam ultrapassar o desvendamento da realidade pelos próprios sujeitos que a constroem, na medida em que se transformam nessa reinvenção. Não é suficiente conhecer e transformar a intervenção que construímos, se não nos transformamos enquanto a investigamos.

6.3- Fios que ainda poderiam ser tecidos...

Gostaria, portanto, de apontar alguns caminhos que pudessem ser percorridos em outras pesquisas e que envolvessem a avaliação de práticas educativas em saúde. Estas indicações referem-se a lacunas que não puderam ser viabilizadas na investigação que realizamos, mas também poderiam se constituir em aprofundamentos que ampliassem o debate e a construção do conhecimento da avaliação na saúde coletiva.

Considerando algumas contribuições para o aprimoramento necessário à modelagem de Saúde da Família especificada, tomando as práticas educativas desenvolvidas e analisadas, seria interessante perseguir algumas pistas abertas tais como:

- Quais estratégias poderiam ser experimentadas para problematizar e superar a separação vigente entre agentes comunitários de saúde e os demais membros que constituem as ELR's, inclusive no âmbito das ações educativas realizadas com os profissionais nos serviços? Caberia pensar em estratégias voltadas para problematização de processos de trabalho específicos que favorecessem maior integração e o trabalho interdisciplinar nas equipes?
- Quais as estratégias de promoção de saúde que poderiam ser elaboradas pelas ELR's que desenvolvem as ações educativas em saúde no sentido de ampliar o acesso de forma qualificada da clientela idosa e adulta com maior vulnerabilidade para os agravos prevalentes em Campinas? De que forma os diferentes níveis de retaguarda do sistema se integram e efetivamente apóiam esse processo?
- Existe uma maior receptividade e participação dos idosos e adultos diante dos grupos de vivência e de outros tipos de grupos realizados com idosos e adultos? Quais elementos estariam associados a essa eventual maior receptividade?

Outro aspecto que poderia ser investigado diz respeito ao fomento dos processos avaliativos de práticas educativas em saúde como:

- Diante da indisponibilidade dos dados nos sistemas de informação da SMS que dificultou a triangulação, de forma ampliada, dos achados, indicados por apenas três intervenções analisadas, quais estratégias os gestores de nível central, intermediário e local necessitariam desenvolver com vistas a impulsionar a gestão da informação cotidiana e de rotina vinculada com a avaliação das ações educativas em saúde efetivadas, especialmente as de impacto ou resultado? Quais indicadores quantitativos deveriam ser disponibilizados aos grupos de interesse, durante o processo avaliatório, para que se viabilizasse o aprofundamento da análise e efetivasse a triangulação necessária com os diferentes pontos de vista?
- Quais estratégias deveriam ser construídas para fomentar a cultura avaliativa de forma orgânica nos serviços? Passa por efetivar processos de Educação Permanente com as ELR's, que incluíssem metodologias avaliativas participantes indicadas nessa pesquisa? Qual o papel dos gestores nesse processo?

- O maior aprofundamento acerca dos aspectos dissonantes ou complementares entre os olhares dos diferentes grupos de interesse permitiria ampliar a apropriação aos serviços dos processos de avaliação? De que forma criar dinâmicas de discussão que envolvam os usuários contemplando suas formas de expressão e protagonismo, superando limites relacionados ao “viés de gratidão” e a operacionalidade dos encontros? Mesmo assim prevaleceria um maior interesse dos usuários pelas dificuldades com a falta de recursos?
- Que outras estratégias de avaliação participante de práticas educativas em saúde, envolvendo os mesmos grupos de interesse poderiam ser desenvolvidas se o pesquisador-mediador-agenciador participasse de outro grupo de interesse que não o gestor?

7- REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

ABRASCO. Promoção da Saúde e o Desafio da Intersetorialidade. Relatório de Oficina. Período 29 e 30 de julho de 2003. Brasília, Pró-GT de Promoção da Saúde e Desenvolvimento Local, 2003. Acesso em 20/01/2005. Disponível em: www.abrasco.org.br/Congresso%20SC/Oficinas/Promocao.pdf

AGUILAR, M. J.; ANDER-EGG, E. Precisoões Conceituais e Terminológicas. IN: AGUILAR, M. J.; ANDER-EGG, E. **Avaliação de Serviços e Programas Sociais.** Petrópolis: Vozes. 1994.

ALBUQUERQUE, P.C. **A Educação Popular em Saúde no município de Recife-PE: em Busca da Integralidade.** Recife, 2003. [Tese – Doutorado – Escola Nacional de Saúde Pública/Fundação Oswaldo Cruz/Centro de Pesquisas Aggeu Magalhães (ENSP/FIOCRUZ)].

ASSIS, M. **Promoção da Saúde e Envelhecimento: avaliação de uma experiência no ambulatório do Núcleo de Atenção ao Idoso da UnATI/UERJ.** Rio de Janeiro, 2004. [Tese – Doutorado – Fundação Oswaldo Cruz/Escola Nacional de Saúde Pública (ENSP/FIOCRUZ)].

BARBIER, R. O conceito de Implicação na Pesquisa-Ação em Ciências Humanas. IN: BARBIER, R. **A Pesquisa-Ação na instituição educativa.** Rio de Janeiro: Jorge Zahar Editores, 1985, p. 105-28.

BARBOSA, S.R.C.S. Qualidade de vida e subjetividade em sociedades complexas. **RBSE**, 2 (6): 410-27, 2003, João Pessoa, GREM.

BAREMBLITT, G. **Compêndio de análise institucional e outras correntes: teoria e prática.** Rio de Janeiro: Rosa dos Ventos, 1996.

BARROS, M. **O livro das ignoranças.** Rio de Janeiro-São Paulo: Editora Record, 2001.

BOSI, E. **Memória e sociedade: lembranças de velhos.** São Paulo: T. A. Queiroz e Editora da Universidade de São Paulo, 1987.

BRAGA CAMPOS, F.C. **O modelo da reforma psiquiátrica brasileira e as modelagens de São Paulo, Campinas e Santos.** Campinas, 2000. [Tese – Doutorado – Universidade Estadual de Campinas (Unicamp)].

BRANDÃO, C.R. (Org.) **A questão política da Educação Popular.** São Paulo: Brasiliense, 1985a.

BRANDÃO, C.R. A Educação popular na área da Saúde. IN: VASCONCELOS, EYMARD M. (Org.) **A Saúde nas palavras e nos gestos – Reflexões da Rede Educação Popular e Saúde.** São Paulo: Editora Hucitec, 2001, pp. 21-6.

BRANDÃO, C.R. **Pesquisa Participante.** São Paulo: Brasiliense, 1985b.

BRANDÃO, D.B.; SILVA, R.R.; PALOS, C.M.C. **Da Construção de Capacidade Avaliatória em iniciativas sociais: algumas reflexões.** (s.d.) Acesso em: 04/04/2005. Disponível em: <http://www.fonte.org.br/documentos/artigo%2010.pdf>.

BRASIL. Ministério da Saúde. Comissão Nacional de Ética em Pesquisa – Conselho Nacional de Saúde. **Normas regulamentadoras de pesquisa envolvendo seres humanos.** Resolução no. 196/96. Brasília: Ministério da Saúde, 1996.

BRASIL. Ministério da Saúde. Núcleo de Estudos em Saúde Pública e Envelhecimento. **Desigualdades sociais e de gênero e saúde dos idosos no Brasil. Carta de Ouro Preto.** Ouro Preto/MG, 2002. Acesso em: 28/01/2005. Disponível em: www.unati.uerj.br/doc_gov/destaque/ouro_preto.doc.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Assistência à Saúde. **Saúde da Família: Uma Estratégia para a Organização dos Serviços de Saúde.** Brasília, 1996a. (mimeo).

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria Executiva, Série E. Legislação de Saúde. **Estatuto do Idoso.** Brasília, 2003.

BRASIL. Presidência da República/Subchefia de Assuntos Jurídicos. **Decreto no. 1948. Regulamenta a Lei nº 8.842, de 4 de janeiro de 1994, que dispõe sobre a Política Nacional do Idoso, e dá outras providências.** Brasília, 1996b. Acesso: 28/01/2005. Disponível em: www.planalto.gov.br/ccivil_03/decreto/D1948.htm.

CAMPINAS. Prefeitura do Município de Campinas. Secretaria Municipal de Saúde. **1º Encontro de Educação em Saúde de Campinas.** Da Palestra à Construção Compartilhada. Período 23 e 24 de novembro de 2001. Anais. Campinas, 2002a. Acesso em 27/01/2004. Disponível em: www.campinas.sp.gov.br/saude/educ_saude/indice.htm.

CAMPINAS. Prefeitura do Município de Campinas. Secretaria Municipal de Saúde. Coordenadoria de Vigilância e Saúde Ambiental. LAPE/DMPS/UNICAMP. **BOLETIM DE MORTALIDADE – Padrão de Mortalidade dos Idosos.** Campinas, 2002b, n. 33.

CAMPINAS. Prefeitura do Município de Campinas. Secretaria Municipal de Saúde. **CAPACITAÇÃO das Equipes de Referência no Projeto Paidéia/Saúde da Família – Proposta, Módulo Introdutório II, Avaliação.** Campinas, Grupo Formador, 2001a, 22p. (mimeo).

CAMPINAS. Prefeitura do Município de Campinas. Secretaria Municipal de Saúde. **Programa Paidéia – As Diretrizes da Secretaria Municipal de Saúde – Gestão 2001-2004.** Campinas, Colegiado de Gestão da Secretaria, 3ª versão, outubro de 2001b. Acesso em 22/01/2004. Disponível em: www.campinas.sp.gov.br/saude/o_sus_cps.htm

CAMPINAS. Prefeitura do Município de Campinas. Secretaria Municipal de Saúde. **Programa Paidéia – Campinas Referência na atenção à Saúde: porque quem se responsabiliza cuida de perto.** SAÚDE DA FAMÍLIA 2001-2004. Campinas, Secretaria Municipal de Saúde, 2003. Acesso em 22/01/2004. Disponível em: www.campinas.sp.gov.br/saude/o_sus_cps.htm

CAMPINAS. Prefeitura do Município de Campinas. Secretaria Municipal de Saúde. Centro de Educação dos Trabalhadores de Saúde/Coordenadoria do Núcleo de Apoio a Relações de Trabalho e Gestão de Pessoas. **Projeto de Formação do Agente Comunitário de Saúde: Capacitação Paidéia da Saúde da Família no SUS.** Campinas, 2004a, 107p., (mimeo).

CAMPINAS. Prefeitura do Município de Campinas. Secretaria Municipal de Saúde. **Projeto Corpo em Movimento.** Campinas, Grupo Gestor do Projeto, 2004b, 14p., (mimeo).

CAMPINAS. Secretaria Municipal de Saúde. **6ª Conferência Municipal de Saúde. SUS – Campinas: Os Desafios da Inclusão Social com Participação.** Período 30 de agosto a 01 de setembro e 10 de outubro de 2002. Relatório Final. Campinas, 2002c. Acesso em 25/01/2004. Disponível em: www.campinas.sp.gov.br/saude/o_sus_cps.htm

CAMPOS, G.W.S. **Saúde Pública e Saúde Coletiva: campo e núcleo de saberes e práticas.** (s.d.), 30p., (mimeo).

CAMPOS, G.W.S. Subjetividade e Administração de Pessoal: Considerações sobre modos de gerenciar o trabalho em equipes de saúde. IN: MERHY, E. E.; ONOCKO, R. (Org.) **Agir em Saúde - um desafio para o público.** São Paulo: Hucitec, 1997, p. 229-66.

CAMPOS, G.W.S. **Um método para análise e co-gestão de coletivos. A construção do sujeito, a produção de valor de uso e a democracia em instituições: o Método da Roda.** São Paulo: Hucitec, 2000.

CARVALHO, A.I. Conselhos de Saúde, Responsabilidade Pública e Cidadania: a Reforma Sanitária como Reforma do Estado. IN: FLEURY, S. (Org.) **Saúde e democracia: a luta do CEBES.** São Paulo: Câmara Brasileira do Livro, 1997, pp. 93-111.

CARVALHO, A.I. Saúde e Educação de Base: algumas notas. **Proposta**, 3:19-33, 1976.

CARVALHO, M.A.P., ACIOLI, S.; STOTZ, E.N. O processo de construção compartilhada do conhecimento – uma experiência de investigação científica do ponto de vista popular. IN: VASCONCELOS, EYMARD.M. (Org.) **A Saúde nas palavras e nos gestos – Reflexões da Rede Educação Popular e Saúde.** São Paulo: Editora Hucitec, 2001, pp. 101-14.

CARVALHO, M.C.B. Avaliação Participativa – uma escolha metodológica. IN: RICO, E.M. (Org.) **Avaliação de Políticas Sociais: uma questão em debate.** São Paulo: Cortez/Instituto de Estudos Especiais, 2001, pp. 87-94.

CECÍLIO, L.C.O. Uma agenda de reflexão, debate e pesquisa par o SUS em Campinas. **Jornal do CEBES – Centro Brasileiro de Estudos da Saúde – Núcleo Campinas**, 2: 22-4, 2004.

CEPAL – **Populación latinoamericana experimenta rápido proceso de envejecimiento.** 2003. [Comunicado] Acesso em: 09/02/2005. Disponível em: www.eclac.cl/cgi-bin/getProd.asp?xml=/prensa/noticias/comunicados.

CKAGNAZAROFF, I.B.; MOTA, N.R. **Relação entre Descentralização e Intersetorialidade.** (s.d.) Acesso em: 20/01/05. Disponível em: www.fgvsp.br/iberoamerican/Papers/0202_Relacionamento%20entre%20Descentralizacao%20e%20Intersetorialidade.pdf

COHEN, E.; FRANCO, R. **Avaliação de projetos sociais.** São Paulo: Vozes, 2000.

CONTANDRIOPOULOS, A.P.; CHAMPAGNE, F.; DENIS, J.L.; PINEAULT, R. A avaliação na área da saúde: conceitos e métodos. IN: HARTZ, Z.M.A. (Org.) **Avaliação em Saúde: dos modelos conceituais à prática da implantação de programas.** Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 1997, p.29-47.

DAVID, H.M.S.L. De Povo de Deus à Institucionalização Domesticadora – mudanças e passagens em duas décadas de educação popular com agentes comunitários de saúde. IN: VASCONCELOS, EYMARD M. (Org.) **A Saúde nas Palavras e nos Gestos – Reflexões da Rede de Educação Popular e Saúde.** São Paulo: Editora Hucitec, 2001, pp. 217-35.

DENIS, J.L.; CHAMPAGNE, F. Análise da Implantação. IN: HARTZ, Z.M.A.(Org.) **Avaliação em Saúde – Dos modelos conceituais à Prática na Análise da Implantação de Programas.** Rio de Janeiro: FIOCRUZ, 1997.

DEPARTAMENTO de Medicina Preventiva e Social – DMPS / Faculdade de Ciências Médicas – FCM / Universidade Estadual de Campinas – UNICAMP. **Proposta de Criação do Laboratório de Comunicação e Educação em Saúde - LACES.** Campinas, 1992. (mimeo).

DONABEDIAN, A. **Explorations in quality assessment and monitoring: the definition of quality and approaches to its assessment.** Michigan: HA Presso, 1980. v.1.

FALCÃO, A. **O doido da garrafa.** São Paulo: Planeta, 2003.

FERREIRA, A.B.H. **Pequeno dicionário brasileiro da língua portuguesa**. Rio de Janeiro: Editora Civilização Brasileira, 1987.

FOUCAULT, M. **Microfísica do poder**. Rio de Janeiro: Graal, 1985.

FREIRE, P. **Educação e Mudança**. São Paulo: Paz e Terra, 1979.

FREIRE, P. **Pedagogia da Autonomia – saberes necessários à prática educativa**. São Paulo: Paz e Terra, 1996.

FREIRE, P. **Pedagogia da Indignação – cartas pedagógicas e outros escritos**. São Paulo: Editora Unesp, 2000.

FREIRE, P. **Pedagogia do Oprimido**. Rio de Janeiro: Paz e Terra, 1983.

FURTADO, J.P. **A Avaliação como Dispositivo**. Campinas, 2001. [Tese – Doutorado – Universidade Estadual de Campinas (Unicamp)].

GADOTTI, M. **Convite à Leitura de Paulo Freire**. (Pensamento e Ação no Magistério). São Paulo: Ed. Scipione, 1989.

GERSCHMAN, S. **A Democracia Inconclusa: um estudo da Reforma Sanitária Brasileira**. Rio de Janeiro: FIOCRUZ, 1995.

GUBA, E.G.; LINCOLN, Y.S. **Fourth Generation Evaluation**. Newbury Park: Sage Publications, 1989.

HARTZ, Z.M.A Explorando novos caminhos na pesquisa avaliativa das ações de saúde. IN: HARTZ, Z.M.A. (Org.) **Avaliação em Saúde – Dos modelos conceituais à prática na análise da implantação de programas**. Rio de Janeiro: FIOCRUZ, 1997, pp. 19-28.

JACOBI, P. **Movimentos Sociais Urbanos e Políticas Públicas**. São Paulo: Cortez, 1987.

JIMÉNEZ-DOMÍNGUEZ, B. Investigación cualitativa y psicología social crítica. Contra la lógica binária y la ilusión de pureza. **Dossier 17/Invierno**. (s.d.) Acesso em: 07/12/2004. Disponível em: <http://oge.udg.mx/revistaudg/index.html>.

KESSNER, D; KALK; C, SINGER, J. **Assessing Health Quality – The Case for Tracers.** N Eng J Med 1973; 288: 189-194.

KUHN, T.S. **A estrutura das revoluções científicas.** São Paulo: Perspectiva, 1987.

LOYOLA, M.A. **Médicos e Curandeiros – conflito social e saúde.** São Paulo: DIFEL, 1984.

MATURANA, H. **Emoções e Linguagem na Educação e na Política.** Belo Horizonte: Editora UFMG, 2002.

MELLIN GIMENES, A. S. **Avaliação da Capacidade Resolutiva do Centro de Saúde Integração e do Centro de Saúde Florence em Campinas São Paulo.** São Paulo, 1992. [Dissertação – Mestrado – Universidade de São Paulo (USP)].

MERCADO, F.J.; HERNÁNDEZ, E.A.; FLORES, N.L.; SÁNCHEZ, A.; TAYABAS, L.M.T. La atención médica a la enfermedad crônica: reflexiones sobre los procedimientos metodológicos de um estúdio cualitativo. **Rev. Esp. Salud Pública**, 76(5): 461-71, 2002. set-out.

MERCADO-MARTÍNEZ, F.J.; BOSI, M.L.M. Introdução – Notas para um debate. IN: MERCADO-MARTÍNEZ, F.J.; BOSI, M.L.M. (Orgs.) **Pesquisa qualitativa de serviços de saúde.** Petrópolis: Editora Vozes, 2004, pp. 23-71.

MERHY, E.E. **Saúde: cartografia do trabalho vivo.** São Paulo: Editora Hucitec, 2002.

MERHY, E.E. **O conhecer militante do sujeito implicado: o desafio em reconhecê-lo como saber válido.** Campinas, DMPS/UNICAMP, s.d., 7p. (mimeo)

MINAYO, M.C.S. **O Desafio do Conhecimento Pesquisa Qualitativa em Saúde.** São Paulo: Hucitec, 1996.

MOTTA, F.C.P. **Teoria Geral da Administração.** São Paulo: Livraria Pioneira Editora, 1989.

MOTTA, J.I.J.; BUSS, P.; NUNES, T.C.M. Novos desafios educacionais para a formação de recursos humanos em saúde. **Olho Mágico**, 8 (3): 4, 2001. Acesso em: 25/01/2005. Disponível em: www.observatorio.nesc.ufrn.br/texto_forma09.pdf

NOBRE, L.C.C. Trabalho de crianças e adolescentes: os desafios da intersetorialidade e o papel do Sistema Único de Saúde. **Ciência e Saúde Coletiva**, 8(4): 963-971, 2003.

NOGUEIRA, R.P. O trabalho do agente comunitário de saúde: entre a dimensão técnica “universalista” e a dimensão social “comunitarista”. **Interface – Comunic, Saúde, Educ**, 6 (10): 75-96, fev 2002.

NUNES, E.D. A Doença como Processo Social. IN: CANESQUI, A.M. (Org.) **Ciências Sociais e Saúde para o Ensino Médico**. São Paulo: Editora Hucitec/FAPESP, 2000, pp. 217-29.

OLIVEIRA, N.L.S. **Analisando uma abordagem educativa em saúde: o caso da Oficina do CAISM**. Campinas, 2001 [Dissertação – Mestrado – Universidade Estadual de Campinas (Unicamp)].

OLIVEIRA, N.L.S. **Analisando uma Intervenção Educativa em Saúde: desenvolvendo a dimensão cuidadora do trabalho em saúde**. Campinas, 2000. Ante-projeto de pesquisa para Ingresso no Doutorado em Saúde Coletiva/DMPS/FCM/UNICAMP. (mimeo).

OLTRAMARI, L.C. Um Esboço sobre as Representações Sociais da AIDS nos Estudos Produzidos no Brasil. **Cadernos de Pesquisa Interdisciplinar em Ciências Humanas**, 45, 2003. Acesso em: 26/01/2005. Disponível em: www.efn.ufsc.br/~dich/TextoCaderno45.pdf.

ORGANIZACIÓN Panamericana de la Salud (OPAS). Envejecimiento y salud: um cambio de paradigma. **Rev Panam Salud Publica/Pan Am/Public Health**, 7(1): 60-7. 2000.

PIRES, D. **Reestruturação produtiva e trabalho em saúde no Brasil**. São Paulo: Annablume, 1998.

PLA, M.; ROS, M.; FERNANDÉZ, E.; PERÉZ, R.; LLENNA, A.; VEGA, C. Sexualidade, imigração e prevenção da AIDS – Avaliação qualitativo-participativa de experiências nacionais de intervenção em atenção primária em saúde. IN: MERCADO-MARTÍNEZ, F.J.; BOSI, M.L.M. (Orgs.) **Pesquisa qualitativa de serviços de saúde**. Petrópolis: Editora Vozes, 2004, pp. 518-63.

PROENÇA, M.A.; FORTES, S.L.; LEAL, C.P.; CALDAS, N.R. O paciente somatizante no hospital geral. **Cadernos IPUB: Saúde Mental no Hospital Geral**, 6:5p., 1997. Rio de Janeiro: UFRJ.

RAMOS, L.R.; VERAS, R.P.; KALACHE, A. Envelhecimento populacional: uma realidade brasileira. **Rev. Saúde Pública**. 21 (3):211-24, 1987.

RIBEIRO, E.C.O.; MOTTA, J.I.J. Educação Permanente como Estratégia na Reorganização dos Serviços de Saúde. **Divulgação em Saúde para Debate**, 12, Rio de Janeiro: CEBES/FIOCRUZ, julho, 1996.

ROJAS-BERMÚDEZ, J.G. **Introdução ao Psicodrama**. São Paulo: Mestre Jou, 1980, p. 93-109.

SADER, E. **Quando novos personagens entram em cena – experiências e lutas de trabalhadores da grande São Paulo 1970-1980**. Rio de Janeiro: Paz e Terra, 1988.

SAUL, A.M. Avaliação participante – uma abordagem crítico-transformadora. IN: RICO, E.M. (Org.) **Avaliação de Políticas Sociais: uma questão em debate**. São Paulo: Cortez/Instituto de Estudos Especiais, 2001, pp. 95-109.

SCHALL, V.T.; STRUCHINER, M. Educação no Contexto da Epidemia de HIV/AIDS; Teorias e Tendências Pedagógicas. IN: CZERESNIA, D.; SANTOS, E.M.; BARBOSA, R.H.S.; MONTEIRO, S. (Org.) **AIDS Pesquisa Social e Educação**. São Paulo: Hucitec, Rio de Janeiro: ABRASCO, 1995, pp. 84-105.

SILVA, J.A.; DALMASO, A.S.W. O agente comunitário de saúde e suas atribuições: os desafios para os processos de formação de recursos humanos em saúde. **Interface – Comunic, Saúde, Educ**, 6 (10):75-96, 2002.

SILVA, R.R.; BRANDÃO, D.B.; CHIANCA, T.K.; MARINO, E.; MEIRELLES, C.; LUSTOSA, P.H. **Rede Brasileira de Avaliação: Primeiros Movimentos**. 2004. Acesso em: 12/04/2005. Disponível em <http://www.avaliabrasil.org.br/Paper%20IOCE%202004.05.28.pdf>.

SILVEIRA, L.T. **Construindo indicadores e escutando “ruídos”: uma estratégia combinada de avaliação de uma política de saúde, por um autor/ator implicado. O Qualis/Zerbini/SP (uma modelagem do PSF)**. Campinas, 2002 [Tese – Doutorado – Universidade Estadual de Campinas (Unicamp)].

SMEKE, E.L.M. Educação popular e formação profissional. **Revista de Atenção Primária à Saúde**. 4 (9): 25-32, 2002.

SMEKE, E.L.M. **Saúde e Democracia – experiência de gestão popular: um estudo de caso**. Campinas, 1989 [Tese – Doutorado – Universidade Estadual de Campinas (Unicamp)].

SMEKE, E.L.M; OLIVEIRA, N.L.S. Educação em Saúde e Concepções de Sujeito. IN: VASCONCELOS, EYMARD.M. (Org.) **A Saúde nas palavras e nos gestos – Reflexões da Rede Educação Popular e Saúde**. São Paulo: Editora Hucitec, 2001Ey, pp.115-36.

STOTZ, E.N. A Educação Popular nos Movimentos Sociais da Saúde: uma análise de experiências nas décadas de 1970 e 1980. **Trabalho, Educação e Saúde**. 3 (1): 9-30, 2005.

STOTZ, E.N. Enfoques sobre educação e saúde. IN: VALLA, V.V.; STOTZ, E.N. **Participação popular, educação e saúde: teoria e prática**. Rio de Janeiro: Relume Dumará, 1993, p. 13-21.

TANAKA, O.Y.; MELO, C. Reflexões sobre a avaliação em serviços de saúde e a adoção das abordagens qualitativa e quantitativa. IN: MERCADO-MARTÍNEZ, F.J; BOSI, M.L.M. (Orgs.) **Pesquisa qualitativa de serviços de saúde**. Petrópolis: Editora Vozes, 2004, pp. 121-36.

THIOLLENT, M.J.M. **Crítica, Metodológica, Investigação Social e Enquete Operária**. 6. São Paulo: Editora Polis, 1987. Coleção Teoria e História.

UCHIMURA, K.Y.; BOSI, M.L.M. Qualidade e subjetividade na avaliação de programas e serviços em saúde. **Cad. Saúde Pública**. Rio de Janeiro, 18(6):1-9, 2002.

VAITSMAN, J.; ANDRADE, G.R.B. Satisfação e responsividade: formas de medir a qualidade e a humanização da assistência à saúde. **Ciência & Saúde Coletiva**, 10 (3):599-613, 2005.

VALLA, V.V. Globalização e Saúde no Brasil – a busca da sobrevivência pelas classes populares via questão religiosa. IN: VASCONCELOS, EYMARD M. (Org.) **A Saúde nas palavras e nos gestos – Reflexões da Rede Educação Popular e Saúde**. São Paulo: Editora Hucitec, 2001, pp. 39-62.

VASCONCELOS, EDUARDO M. **Complexidade e pesquisa interdisciplinar: epistemologia e metodologia operativa**. Petrópolis: Vozes, 2002.

VASCONCELOS, EDUARDO M. **O poder que brota da dor e da opressão – empowerment, sua história, teorias e estratégias**. São Paulo: Paulus, 2003.

VASCONCELOS, EYMARD M. **A Medicina e o pobre**. São Paulo: Paulinas, 1987.

VASCONCELOS, EYMARD M. **Educação Popular e a Atenção à Saúde da Família**. São Paulo: Editora Hucitec e Ministério da Saúde, 1999.

VASCONCELOS, EYMARD M. Educação Popular em tempos de democracia e pós-modernidade: uma visão a partir do setor saúde. IN: COSTA, M.V. (Org.) **Educação Popular Hoje**. São Paulo: Edições Loyola, 1998, p. 63-97.

VASCONCELOS, EYMARD M. Redefinindo as práticas de saúde a partir da Educação Popular nos Serviços de Saúde. IN: VASCONCELOS, EYMARD M. (Org.) **A Saúde nas palavras e nos gestos – Reflexões da Rede Educação Popular e Saúde**. São Paulo: Editora Hucitec, 2001, pp. 11-19.

VERAS, R.P.; RAMOS, L.R.; KALACHE, A. Crescimento da população idosa no Brasil: transformações e conseqüências na sociedade. **Rev. Saúde Pública.** 21(3): 225-33, 1987.

WESTPHAL, M.F.; BÓGUS, C.M.; FARIA, M.M. Grupos focais: experiências precursoras em programas educativos em saúde no Brasil. **Bol. Oficina Sanit. Panam.**, 120(6): 472-82, 1996.

8- ANEXOS

**Programa PAIDÉIA – As Diretrizes da Secretaria Municipal de Saúde –
Gestão 2001-2004**

Colegiado de Gestão da SMS/Campinas Diretrizes para Atenção Básica à Saúde
3ª versão - outubro/2001

1- Por que SAÚDE PAIDÉIA?: O objetivo que justifica a existência do Sistema Único de Saúde é a produção de saúde. E a saúde é um atributo das pessoas, dos sujeitos. Não há, portanto, como se falar em saúde desconsiderando os sujeitos concretos, ainda quando a produção de saúde dependa do contexto. A cidade, ou o ambiente, ou o território saudável, somente podem ser assim classificados por referência a pessoas reais. A saúde das pessoas, portanto.

Por esse motivo acrescenta-se o adjetivo paidéia à força substantiva da saúde. Paidéia é um conceito antigo, clássico, e que significa desenvolvimento integral do ser humano. Foi criado na época em que os gregos sonhavam com cidades democráticas. A construção destas cidades dependeria de um método novo de governar e de viver. Para fundar um governo democrático eles se valiam da Ágora, que era uma assembléia do povo: as pessoas reunidas para traçar o próprio destino: hoje, falamos em co-gestão, orçamento participativo, conselhos, etc. No entanto, eles sabiam também necessário um trabalho sobre eles mesmos para que fossem capazes de gerir a própria vida: para isto imaginaram um sistema de formação integral dos cidadãos: uma educação para a vida: e daí a palavra Paidéia. A formação integral do ser humano: cuidar da saúde, da educação, das relações sociais, do ambiente, de tudo. E fazê-lo respeitando as diferenças entre as pessoas e os grupos. Paidéia, o desenvolvimento integral do ser humano, considerando tanto as necessidades da coletividade quanto dos indivíduos. Fator Paidéia: uma idéia síntese: pensar instituições que cumpram tanto funções pedagógicas, quando de reconstrução da subjetividade das pessoas.

Projeto de Saúde Paidéia: saúde e cidadania de braços dados, todo o tempo, ainda que combinados em distintas e variadas proporções.

E fazer tudo isto reconstruindo o modo com que pensamos e trabalhamos em saúde. Reformular a clínica tomando não apenas a doença mas o sujeito enfermo (o biológico, o subjetivo e o social do processo saúde e doença), ampliar as práticas de

promoção a saúde, articular-se em equipe interdisciplinares, ampliar os espaços em que se atende: além do consultório e da sala de procedimentos, o domicílio, a escola, o bairro, a rua, etc. Mas, sobretudo, cuidar das pessoas, pensando-as inseridas em redes sociais: o território, a Família, as instituições, etc.

Projeto Paidéia de Saúde da Família: trabalhar com um conceito ampliado de Família: grupo que co-habita um mesmo espaço; ampliar as redes de apoio e de solidariedade entre as equipes, as famílias e outras organizações. As pessoas, as famílias e o contexto.

2- REFORMA E AMPLIAÇÃO DA REDE BÁSICA DE ATENÇÃO À SAÚDE:

O sucesso e a viabilidade do SUS dependem da instalação de uma rede básica eficaz que tanto promova saúde, quanto previna riscos e cuide de doenças e da reabilitação de pessoas com problemas crônicos.

A Atenção básica é um direito universal: todo brasileiro deveria ter livre acesso às Equipes Locais de Saúde; a equidade seria assegurada pelo encaminhamento discriminado aos outros níveis de assistência: o princípio da hierarquização. Em Campinas trabalhamos com a meta de instalar uma rede de Equipes Locais de Referência suficiente para garantir atenção básica aos 70% da população considerados dependentes do SUS. Cadastrar e matricular a todos. Ao mesmo tempo, contudo, estabelecer diferenças de atenção conforme o risco biológico, subjetivo e social de cada pessoa ou de cada família.

O Ministério da Saúde tem dado ênfase ao Programa de Saúde da Família como estratégia para a implantação de uma rede básica. Em Campinas, entretanto, já há 46 Centros de Saúde, que há anos vem cumprindo parte deste papel. Desde a década de setenta, sob a direção pioneira de Sebastião de Moraes, há em Campinas programas comunitários de atenção em saúde. Posteriormente, construíram-se Centros de Saúde, contrataram-se técnicos e, com isto, ampliou-se a capacidade de atendimento da rede. Hoje, a rede básica da cidade oferece atenção ao adulto, à criança e à mulher, bem como conta com programas em saúde mental e bucal. Instalou-se razoável apoio na área de diagnóstico por imagens e laboratório. Há ampla distribuição de medicamentos.

Diagnósticos realizados indicam que ainda há falta de recursos em regiões específicas ou em determinadas áreas de atendimento (particularmente, há carência em relação ao adulto). No entanto, há também evidências de que o modo com que se organizou

a atenção não vem cumprindo com os objetivos da atenção primária. Há filas, espera, sobrecarga de trabalho e dados que indicam a incapacidade desse sistema absorver a demanda ou mesmo atender às necessidades básicas de saúde. A maior parte da demanda ambulatorial ainda é atendida em PSs ou PAs e não pelas Equipes Locais; há pouco trabalho de promoção à saúde e baixa capacidade de atenção no domicílio ou na comunidade. O acesso está burocratizado em grande parte da rede, praticando-se uma clínica com baixa capacidade de resolver problemas de saúde. Há pouca educação em saúde e investe-se pouco em ampliar a autonomia e capacidade de autocuidado dos pacientes e comunidades. As Equipes Locais são multiprofissionais, mas trabalha-se de maneira isolada, vertical, havendo grande dificuldade em se criar processo de trabalho interdisciplinar.

Além disto, cometeu-se um sério equívoco durante os últimos oito anos: quase metade dos recursos investidos na atenção primária destinaram-se a Pronto Atendimento, que nem fazem clínica ampliada, nem prevenção, nem cumprem plenamente com a função de atender urgências e emergências. A mudança do modelo de atenção implica, portanto, em inversão desta tendência. Transformar, gradualmente, os Pronto Atendimento existentes em Pronto Socorros e ampliar a capacidade das Equipes Locais de atender intercorrências clínicas, de resolver problemas individuais e coletivos de saúde, e de intervir sobre os mecanismos de produção de doenças. Para isto se faz urgente a implementação das seguintes diretrizes:

a- Clínica ampliada e ampliação das ações de saúde coletiva no nível local:

Para aumentar a capacidade da rede básica resolver problemas de saúde (individuais ou coletivos) há que se proceder a uma reformulação do processo de trabalho nestas unidades em dois sentidos:

- Clínica ampliada: Considera-se que todo profissional de saúde que atende ou cuida de pessoas realiza clínica, havendo, portanto, várias modalidades de clínica: a do enfermeiro, do psicólogo, do médico, etc.

Clínica ampliada é a redefinição (ampliada) do “objeto, do objetivo e dos meios de trabalho da assistência individual, familiar ou a grupos”. Considerar que o “objeto de trabalho” da assistência à saúde é uma pessoa, ou um grupo, ou uma família,

ou um coletivo institucional, com doença ou risco de adoecer. O novo modelo de trabalho visa superar a clínica tradicional que toma como objeto somente a doença. Construir, portanto, um objeto ampliado para o trabalho da clínica: tomar o sujeito enfermo ou com possibilidade de adoecer e não somente a doença. E ainda outra ampliação: considerar não somente um paciente, mas também o grupo de sujeitos (a família e outros coletivos, uma classe, um agrupamento institucional) como objeto da clínica ampliada. De qualquer forma, no horizonte, não há como fugir da evidência de que o objeto de trabalho inclui a doença, ainda quando como uma possibilidade remota; a saúde é o objetivo, o resultado almejado.

Assim, tanto no diagnóstico quanto na terapêutica, tomar elementos orgânicos (biológicos), subjetivos e sociais do processo saúde e doença. Isto implica em ampliar os meios de trabalho: modificar a escuta, a entrevista, a intervenção terapêutica, descentrando-a do uso quase que exclusivo de medicamentos ou de procedimentos cirúrgicos. Valer-se com maior frequência de técnicas de prevenção, de educação em saúde e de reconstrução da subjetividade. Tudo isto sem negar o espaço singular dos vários tipos de clínica. Sem, portanto, fundi-las todas em um tipo comum. A combinação destes elementos deverá ser variável conforme a problema em foco e a área de atenção envolvida.

Este tipo de clínica depende da existência de vínculo continuado (relação horizontal no tempo) entre profissionais e pacientes, famílias ou comunidades. Interação e personalização das relações entre equipe e usuário. Não há como realizar clínica ampliada em um PS (no PS há que se fazer clínica de urgência) ou em um PA. Neste sentido, o importante não é completar o diagnóstico em um primeiro atendimento quilométrico, mas ir construindo uma avaliação processual do casos.

Ampliação do objetivo: a finalidade da assistência individual é a produção de saúde por meio da cura ou da reabilitação, ou até mesmo de alívio do sofrimento. No entanto, a ampliação inclui também o esforço simultâneo para aumentar o coeficiente de autonomia e de autocuidado dos pacientes, famílias e comunidades. Uma linha de combate à medicalização, à institucionalização e a dependência excessiva das pessoas dos profissionais ou serviços de saúde.

Esta ampliação nunca poderá ser levada a cabo por um profissional isolado; é um desafio concreto para a equipe interdisciplinar e será uma tarefa da Equipe Local de Referência (Equipe de Saúde da Família) e das Equipes de Apoio.

- Ampliação das ações da saúde coletiva no nível local: Sem dúvida, a própria ampliação da clínica é um recurso poderoso para tornar realidade essa diretriz.

Entretanto, com objetivo de ampliar as ações de promoção e de prevenção sugere-se também a organização de Núcleos de Saúde Coletiva em todas as UBS. Funcionarão em apoio às Equipes Locais de Referência (Equipes de Saúde da Família). Serão compostos por profissionais com formação em Saúde Pública, com tempo reservado para este tipo de trabalho, e pelos Agentes de Saúde.

A função destes núcleos será dupla: tanto apoio as Equipes de Referência, quanto desenvolver ações diretas sobre grupos, instituições, ambiente, etc. Faz-se necessário uma definição mais precisa de suas atribuições, tanto levando em conta problemas específicos da região, quanto o projeto de descentralização da Vigilância à Saúde em curso.

b- cadastro de saúde da população e vinculação de famílias a Equipe Local de Referência: Realizar Cadastro Familiar conforme metodologia sugerida pelo Programa de Saúde do Ministério, acrescida com dados de nosso interesse. Construir cadastros domiciliares com classificação de risco familiar e individual, bem como proceder à matrícula de famílias às Equipes Locais de Referência (Equipes de Saúde da Família).

Este trabalho deverá ser realizado por Agentes de Saúde com apoio das equipes dos CSs e dos Distritos. Em regiões em que estiverem se instalando novos serviços ou de pequena cobertura assistencial, o cadastramento será realizado da forma clássica, de domicílio em domicílio. Em Centros de Saúde que já contem com clientela regular, o cadastramento poderá obedecer a critérios estabelecidos pela equipe local e basear-se nos prontuários familiares existentes.

Os Centros de Saúde serão reorganizados em Equipes Locais de Referência (Equipes de Saúde da Família), responsáveis pelo atendimento básico integral às famílias, e Equipes de Apoio (Equipe Matricial), encarregadas de cooperar com as primeiras em áreas específicas, como saúde mental, saúde coletiva, reabilitação, etc.

Estas equipes deverão constituir-se em Unidades de Produção, ou seja, são equipes interdisciplinares e multiprofissionais, com objeto e objetivo de trabalho comum – um determinado número de famílias sob responsabilidade integral –, e com poder

gerencial próprio – autonomia relativa para pensar e organizar o processo de trabalho e projetos terapêuticos. O colegiado do Centro de Saúde será composto pelos componentes (ou representantes) das várias equipes organizadas em cada local. O coordenador do Centro deve trabalhar para apoiar a ação das Equipes Locais e de Apoio, articulando-as com os outros níveis do sistema.

Em vários Centros de Saúde há organização por áreas especializadas (programas) – saúde da criança, do adulto, da mulher, bucal, mental, etc -, estas áreas poderão ser mantidas, servindo como apoio às Equipes de Saúde da Família. Este apoio efetivar-se-á por meio da elaboração de protocolos específicos, da sugestão de prioridades e de projetos, bem como encarregando-se de processos de educação continuada da equipe e de usuários.

As Equipes Locais de Referência (Equipes de Saúde da Família) serão compostas por médico de família, enfermeiro, auxiliares de enfermagem, agentes de saúde, dentista e acds ou atds. Respeitando as características de Campinas (epidemiológicas e da própria rede) estimula-se que médicos pediatras, gineco-obstetras e clínicos (em meio período) integrem a Equipe Local de Saúde da Família.

Este projeto introduz dois novos profissionais na rede básica: o médico de família e o agente comunitário de saúde. Espera-se que sirvam como anteparo a tendência progressiva à especialização que se verifica nos serviços de saúde de todo o mundo. Reforçar a Equipe Local com profissionais contratos e treinados para responsabilizar-se integralmente pela atenção à saúde de pessoas e de famílias. A própria SMS/Campinas organizará cursos de capacitação para estes profissionais, visto que não são formados com este perfil pelo sistema tradicional de educação.

O Médico de família para Campinas terá como núcleo de competência e de responsabilidade exercer a clínica ampliada em relação aos adultos; e como campo de responsabilidade a atenção a intercorrências e a problemas mais frequentes em relação à criança (apoio à puericultura, infecções respiratórias, dinâmica familiar, etc) e à saúde da mulher (anti-concepção, patologias ginecológicas básicas, apoio ao pré-natal). Isto porque em todos os Centros de Saúde ele contará com pediatras e ginecologistas na própria equipe ou em apoio. Na eventualidade de algum pediatra oferecer-se como médico de família, poder-se-á organizar Equipes Locais com um ginecologista e um clínico como apoiadores.

O Agente de Saúde serão preparados e contratados como profissionais técnicos em Saúde Pública (não como auxiliares de enfermagem), ampliando a capacidade das UBS agirem na comunidade e nos domicílios. Sua qualificação não será avaliada apenas por saberes clássicos ao modelo médico, mas pela capacidade de interação e de proteção às pessoas, famílias e comunidade. A crítica extremada de alguns técnicos à função nuclear do Agente, no fundo, é uma reação contra a socialização de saberes e de práticas sanitárias. Os Agentes serão capacitados para a educação Paidéia: contribuir para que o paciente e familiares se apropriem de conhecimentos e de práticas que lhes foram progressivamente retirados pelo poder das corporações e pelo discurso técnico. Além disto, espera-se que eles apoiem o desenvolvimento integral das pessoas e comunidades, mobilizando o potencial destes agrupamentos, bem como estimulando o trabalho intersetorial.

Eles trabalharão ligados às Equipes de Referência e sob a supervisão do Núcleo de Saúde Coletiva. O seu papel é o de expandir a capacidade de ação dos Centros de Saúde: acompanhando o dia-a-dia das famílias e pessoas que necessitem de apoio; realizando visitas em função de eventos sentinela, mortalidade materna, nascimentos, tratamento supervisionado, etc. Os agentes de saúde serão um recurso para ampliar a autonomia e capacidade de autocuidado de pacientes e das famílias; bem como para abrir o Centro de Saúde para demandas e necessidades emergentes na comunidade. O Agente de Saúde participará da construção de agendas para as Equipes, por exemplo. (ver documento da Coordenadoria de RH da SMS/Campinas).

Trabalhar-se-á com dois modelos básicos de Equipe Local de Referência:

- Clássica: composta por médico de família e enfermeiro, 1 dentista 36 horas ou 2 dentistas de 20 horas, 2 ACD + 1 THD (onde houver), auxiliares de enfermagem e agentes de saúde (em turno completo) – com cobertura de 700 famílias ou 3500 pessoas.
- Ampliada: médico generalista e enfermeiro (em turno completo), pediatra e gineco-obstetra (ambos meio período), 1 dentista 36 horas ou 2 dentistas 20 horas, 2 ACD + 1 THD (onde houver), auxiliares de enfermagem e agentes de saúde – com cobertura de 1400 famílias ou 7000 pessoas. Nota: para fim de cálculo, cada Equipe de família Ampliada corresponde a 02 das clássicas.

Para 04 ou 05 Equipes de Saúde da Família haverá apoio matricial da Equipe Local de Saúde Mental, do núcleo de Saúde Coletiva, e de profissionais da Reabilitação.

c- Acolhimento e Responsabilização: São conceitos amplos e que exigem mudança de postura em todo o sistema de saúde, no sentido de receber os casos e de responsabilizar-se de modo integral por eles. Acolher é receber bem, ouvir a demanda, buscar formar e compreender a e solidarizar-se com ela. Desenvolver maneiras adequadas de receber os distintos modos com que a população busca ajuda nos serviços de saúde, respeitando o momento existencial de cada um sem abrir mão de colocar limites necessários.

Além desta concepção ampliada e que deve orientar a gestão de todo o SUS, o tomaremos também em sentido restrito: no de garantir Acesso, qualificando a recepção nos Centros de Saúde. Assim:

- a recepção nas UBS deverá ser técnica e não administrativa, permitindo a avaliação clínica dos casos durante todo o horário de funcionamento do serviço. A ordem de chegada não deve ser o principal critério para o atendimento de casos, mas a sua gravidade ou o sofrimento do paciente.
- Tarefas do Acolhimento em relação ao Acesso: avaliar o risco e necessidades de saúde caso a caso; resolver os casos conforme complexidade e capacidade do técnico em serviço; encaminhar os examinados conforme gravidade e disponibilidade para atendimento na própria UBS, ou Pronto Socorro ou Serviço de Referência, responsabilizando-se pelo sucesso do encaminhamento; cadastramento de pacientes ainda não matriculados e que pertençam à região de cobertura da UBS; desenvolver ações preventivas e de educação em saúde (Tb, prevenção Ca, Vacinas, etc).
- Portas de Entrada: as UBS devem funcionar com várias Portas de entrada: todo paciente com retorno para qualquer atividade deve se dirigir direto para o setor sem passar pelo Acolhimento. O Acolhimento será porta de entrada para casos novos e para intercorrências (Imprevistos). As Equipes de Referência serão responsáveis pelo atendimento de suas próprias intercorrências, apoiando-se eventualmente na Equipe de Acolhimento.

- **Agendamento:** somente haverá agenda futura para indicações terapêuticas (retorno), ninguém deve ser agendado sem avaliação de risco. Há que se terminar com a prática de abrir agendamento em alguns dias do mês sem avaliação prévia dos casos.
- **Funcionamento:** O local para funcionamento de um Acolhimento de casos imprevistos deverá respeitar a privacidade (balcão não serve). Os profissionais devem valer-se de protocolos para avaliação do risco à criança, mulher e adulto em geral. O pessoal designado para o Acolhimento deverá passar por capacitação e contar com apoio do tipo educação continuada. Poderão trabalhar no Acolhimento, auxiliares de enfermagem, enfermeiros, médicos, assistentes sociais, etc, contanto sempre com pelo menos um médico na retaguarda de maneira a solicitar-se a imediata avaliação conjunta do caso. (Ver documento sobre Acolhimento da SMS/Campinas).

d- Sistema de co-gestão: A gestão participativa é um instrumento poderoso para construir eficácia e eficiência, bem como uma diretriz ético-política fundamental. A gestão é um modo de racionalizar os meios para atingir um fim (função administrativa clássica), mas é também uma forma de democratizar o poder (controlar o estado e o governo, ou os excessos dos distintos corporativismos), bem como de motivar e de educar os trabalhadores.

Consideramos que o SUS tem três objetivos básicos: a produção de saúde; a realização profissional e pessoal de seus trabalhadores; e a sua própria reprodução enquanto política democrática e sistema solidário. A gestão participativa reconhece que não há combinação ideal pré-fixada destes distintos interesses, e que é no exercício da co-gestão que se irão construindo contratos e compromissos entre os sujeitos envolvidos com o sistema.

Operamos com a idéia de um sistema de co-governo: conselhos locais de saúde - coordenação, equipe e usuários compartilhando o poder; colegiados de gestão – o poder centrado na equipe interdisciplinar e não nas corporações; dispositivos variados – oficinas, reuniões por categoria profissional, sala de espera, assembléia com usuários, etc -; e, finalmente, gestão cotidiana democrática – com análise de temas e tomada de decisão envolvendo os interessados. Cada um destes Espaços Coletivos deve ser considerado deliberativo e tomar decisões no seu âmbito de governo e em conformidade aos contratos e diretrizes definidas.

Trabalharemos com a construção progressiva de projetos, envolvendo todo este sistema. O governo tem diretrizes, que são Ofertadas como temas a serem reconstruídos pelas Equipes. A gestão deve completar também temas oriundos de Demanda destes vários segmentos: usuários, famílias, equipes, etc.

As equipes dos Distritos e dos Departamentos da SMS passarão a funcionar como Apoiadores Institucionais, somando-se ao esforço das Equipes Locais e de segmentos de usuários para mudança de modelo e dos processos de trabalho.

Todos os Centros de Saúde devem montar ou, em caso de existência, reforçar os Conselhos Locais de Saúde e os Colegiados de Gestão. Sugerimos que se reserve pelo menos duas horas a cada quinze dias para reunião dos Colegiados (Equipes).

e- Capacitação: Com apoio das Universidades, dos Pólos de Capacitação de Saúde da Família, a SMS deverá desencadear um amplo e progressivo processo de educação continuada tomando como foco a Equipe de Referência e de Apoio, objetivando ampliar a clínica e modificar o processo de trabalho nas UBS. O modelo pedagógico adotado será construtivo, com concentração e dispersão, possibilitando discussão de casos e de elementos teóricos e assegurando a circulação de informação e de outras experiências entre os profissionais.

Parte do curso será comum para toda a Equipe de referência e outra específica conforme o núcleo profissional. O conteúdo básico do Curso será: Política de Saúde e o SUS; Clínica Ampliada e Promoção à Saúde; Gestão participativa e o trabalho em equipe; O trabalho com famílias; Temas saúde/doença prevalentes: dependência química, violência, hipertensão, diabetes, etc.

TEXTOS DE APOIO PARA CONSTRUÇÃO DAS DIRETRIZES:

- 1- Relatório final da V Conferência Municipal de Saúde de Campinas/SP – “SUS: Construção de Todos” – fevereiro/março de 2000.
- 2- Secretaria Municipal de Saúde de Campinas/SP – Relatório de Seminário sobre reorganização do modelo de atenção em saúde do Distrito Sul – setembro/2000.
- 3- Secretaria de Municipal de Saúde - Distrito Suldoeste e Equipe do CS Vida Nova – Relatório sobre Equipes de Referência: Modelo de Atenção à saúde na rede básica – janeiro 2001.
- 4- Ministério da Saúde – Saúde da Família – dezembro/2000
- 5- Gastão Wagner de Sousa Campos:
 - a- “Um Método para análise e co-gestão de coletivos: o Método da Roda”. São Paulo, Hucitec, 2000.
 - b- “Equipes de Referência e apoio especializado matricial: um ensaio sobre a reorganização do trabalho em saúde”. Revista Ciência e Saúde Coletiva, ABRASCO, 4(2): 303-404; 1999.
 - c- “Saúde Pública e saúde Coletiva: campo e núcleo de saberes e práticas”. Revista de Ciência e Saúde Coletiva, ABRASCO, 5(2):219-230 “Clínica Ampliada e Acolhimento”. DMPS/FCM/UNICAP, mimeo, 1997. Página atualizada em Julho/ 2003

Planilha de levantamento das Atividades Educativas em Saúde – agosto/2003

Secretaria Municipal de Saúde

Preencha aqui a caracterização das atividades de Educação em Saúde realizadas sob sua responsabilidade no período de julho e agosto de 2003.

Data:	Unidades/setores envolvidos e local de realização:
	Clientela (número e caracterização):
	Nome da Atividade:
	Metodologia utilizada:
	Recurso Pedagógico:
	Responsável (is):

Data:	Unidades/setores envolvidos e local de realização:
	Clientela (número e caracterização):
	Nome da Atividade:
	Metodologia utilizada:
	Recurso Pedagógico:
	Responsável (is):

Data:	Unidades/setores envolvidos e local de realização:
	Clientela (número e caracterização):
	Nome da Atividade:
	Metodologia utilizada:
	Recurso Pedagógico:
	Responsável (is):

Campinas, agosto de 2003

Trabalhos apresentados no 1º Encontro de Educação em Saúde de Campinas

TIPO	TÍTULO TRABALHO	AUTORES
Comunicação Oral	A Aventura das 4ªs feiras: uma leitura inspirada na Teoria de Grupo Operativo de Enrique Pichon-Rivière	Eliane Santos Souza Arlete de Souza Barros
Comunicação Oral	Capacitando a rede de trabalhadores da SMS para viabilização do Projeto Paidéia/PSF	CETS
Comunicação Oral	Momento Cultural nas reuniões de equipe	Maria Haydée de Jesus Lima
Comunicação Oral	Curso de Residências Terapêuticas Extra Hospitalares. Uma experiência de construção compartilhada do conhecimento	Equipe CAPS Estação (ver com Josely Rimoli)
Comunicação Oral	Projeto de Educação em Saúde: Facilitador do processo de construção do sujeito-educador e da interdisciplinaridade	Maria Rita de Oliveira
Comunicação Oral	Relato de Experiência do Serviço de atenção às Dificuldades de Aprendizagem	Rosy L. Lustosa Carvalho Maryara C. Molina
Comunicação Oral	Programa de Asma Infantil no CS Vila Ipê	Luzia I. Gomes Souto
Comunicação Oral	Criando vínculo e buscando maior autonomia das futuras mães no cuidado da criança	Andréa Bacic Luzia I. Gomes Souto
Comunicação Oral	Atuação em Atividades Educativas do Enfermeiro Estomatopêdia no Programa de Assistência aos Ostonizados	Néria Invernizzi da Silveira
Comunicação Oral	Atuação Educativa em Reabilitação com usuários sequelados por AVC e seus cuidadores	Ana Maria S.N. Machado Flávia M.M.M. Abdalla Maria Aparecida A. Pinto Maria do Rosário de M.P. Ribeiro Maria Rita de Oliveira Rosângela de F. Pompeo da Silva Sirlene Bofosi Barroso
Comunicação Oral	Núcleo de Oficinas de Trabalho	Equipe do NOT (ver com Cleusa)
Comunicação Oral	Grupo de alongamento, relaxamento e auto-estima	Doris Miriam Costa Gouveia Sandra Fátima de Arruda Ferreira
Comunicação Oral	Caminhadas da Saúde	Olga Akemi Fukuda de Oliveira
Comunicação Oral	Uma proposta de prevenção de DST/AIDS entre usuários de drogas injetáveis (UDI) para o município de Campinas - PROGRAMA DE REDUÇÃO DE DANOS (PRD)	Josianne Lippi de Oliveira Valdete Alves de Queiroz Raulita Vitelbo Erenlia L.B. Narbot
Comunicação Oral	Tratamento supervisionado de Tb/HIV - a adesão depende de todos nós	Laciene Medeiros Regina Pinheiro Pereira

Comunicação Oral	Projeto Qualidade de Vida do CS Sosas -- Descrição de uma experiência de educação em saúde compartilhada	Vera Elisa de Oliveira Nice di Biaggi Eliane Ap. Campos da Silva Eliane Santos Souza
Comunicação Oral	Ensino acadêmico da educação popular & saúde, movimentos sociais e linguagem	Aline Daiane Carnevalle Amilton dos Santos Jr. Ana Paula Hitomi Yokoyama Danielle Ribeiro de Moraes Eliane Provenzano Herrera Juliana de Almeida Costa Maria Weber Guimarães Barreto Thaís Guedes Bortoletto Thiago Rodrigues A. Calderan
Comunicação Oral	Atividades de educação em saúde para prevenção da AIDS no local de trabalho: análise crítica de um estudo de caso	Luis Marcelo Alves Ramos Maria Helena Salgado Bagnato
Comunicação Oral	Programa de Tratamento e Reabilitação das Lesões por Esforços Repetitivos (LER) / Distúrbios Osteo-Musculares Relacionados ao Trabalho (DORT): Uma abordagem interdisciplinar	Daniela Augusta dos Gonçalves e Rossi Patrícia Helena Vaquero Marques Francesca de Brito Magalhães
Oficina	Trabalhador: Herói ou Vítima?	Julia Motta
Oficina	Trilhando caminhos para o enfrentamento da violência doméstica: compartilhando experiências com os profissionais de saúde	Jerusa Roberta Fontana Larissa Carpinheiro de Carvalho Regina Maria Morawska Viana
Oficina	Processo Saúde/Doença: A Dança da Vida	Adriana Silva Carmo Carlos Alberto Henn Danielle Ribeiro de Moraes Márcia Pinheiro Maria Silvia Coutinho Carvalho Marília Marta Fuentes-Rojas Rejane Cristina Brassolati Adriana Roda Ana Verônica P.C. Ribeiro dos Santos Gisela Negrão Maurício Ribeiro dos Santos

Expressão Cultural	Agentes Comunitários de Saúde de Campinas: A Construção de Saberes	Aparecida Rodrigues Silva Elisabet Pereira Lelo Nascimento Nilton S. Menezes Maria Leny F. Araújo Paulo R.M. Milagres Célia Cristina Pereira Elde Luzia Pecoraro Jorge Luis Rodrigues Renata Ap. Braz Eni Inácio M. Cardoso Solange F. de Carvalho Comissão Direitos Humanos do CRP Vera Elisa de Oliveira Nice di Biaggi Eliane Ap. Campos da Silva Equipe CS Faria Lima Odília Fonseca Odília Fonseca Andréa Bacic Ana Leila Souza Maria de Fátima R. Tribst Maria de Lourdes R. Piccolotto Cordeiro Celeste de Paula Azevedo Moori Sílvia de Oliveira Richards Adriana Modugno Leite Ivani da Graça Ribeiro Wladimir Pereira Mendes Helena S. Chagas Maria Salte Silveira Franco Pessoa Benedita Maria Moreira da Silva Sônia Regina Ferraro Santos Ana Paula do A.C.Silva Lissandra Rocha Porto
	participam na dramatização:	
Vídeo	A Loucura Nossa de Cada Dia	
Vídeo	Projeto Qualidade de Vida do CS Sousas – Descrição de uma experiência de educação em saúde compartilhada	
Vídeo	Hanseníase	
Vídeo	Faces da Violência	
Vídeo	Comer ... O fruto ou o produto?	
Expressão Cultural	A Viagem de Guga e Leticia à Saudolândia	
Poster	Projeto de atividades artesanais com acompanhantes de crianças/adolescentes internados na Pediatria do HMMG	
Poster	Educação em saúde na adolescência – atendimento em grupos no CRAISA como instrumento facilitador na promoção de saúde	
Poster	Fisioterapia Domiciliar no SAD	
Poster	Acompanhando o uso de medicação em casa	

Poster	Classe Hospitalar/Brinquedoteca do Hospital Municipal Dr. Mário Gatti	K.C. Caprini J.A. Della Corte S de C. Favaretto
Poster	Grupos de educação em saúde: Estratégia para resignificação da deficiência física em usuários com sequelas de AVC e de outras disordens cerebrais	Gisele Terezinha Bosco Helen Rodrigues da Conceição Maria Rita de Oliveira Sirlene Botosi Barroso
Poster	Reabilitação de pacientes amputados de membros inferiores do Centro de Reabilitação Física da SMS de Campinas: "Da assistência à educação em saúde"	Ana Márcia Fiorim Eunumo Claudio André Couto Evaldo Hirashima Maria Aparecida A. Pinto Maria Claret Cucatti Sirlene Botosi Barroso Osmarina F.C. Ruiz
Poster	Grupos de escola de coluna do Centro de Reabilitação Física: parcerias na educação para o auto cuidado	Claudia Valéria Pereira Elson de Almeida Flávia M.M.M. Abdalla Luciana Zaine Maria Claret Cucatti Rosângela de F. Pompeo da Silva Sirlene Botosi Barroso Osmarina F.C. Ruiz
Poster	Dengue e Febre Amarela	Rute Segio de Oliveira Keller
Poster	Lesão Medular: reconstruindo a autonomia e subjetividade no novo contexto de vida	Fabiane Regina Faganello Sirlene Botosi Barroso Helen Rodrigues da Conceição Claudio André Couto Maria Rita de Oliveira Osmarina F.C. Ruiz
Poster	A prática educativa na assistência a reabilitação pulmonar	Onílís Benjamin Helen Rodrigues da Conceição
Poster	Programa Caminhadas	Karina Cyrineu Meire Soldara Silzeth Schlichting

Poster	Uma construção coletiva: Centro de Convivência e Cooperativa Toninha	Daniela S. Pereira Denise Ferriani Denise F. Barros Teixeira Denise Mulati Valdemar D. Sousa
Poster	Projeto Adolescente	Maria Angela P. Zani Josiane C.M. Pacheco Janaina Franco Indiana L.F. Tardelli Marizete F.C. Carvalho
Poster	Higiene é Saúde	Dameres Lustosa de Oliveira Julietti
Poster	Sorriso saudável - promoção e prevenção	Celina Pereira dos Santos Lopes
Poster	Centro de Convivência e Cultural do S.S. Cândido Ferreira	(ver com Emelice ou Daniela)
Poster	Projeto Lixo	Cleusa das Graças Moraes Fiuza Caroline Tardelli Ricardo Hadime Coelho
Poster	Orientação a mães de crianças de 0 a 18 meses: o trabalho da fisioterapia, da fonoaudiologia e da terapia ocupacional com mães de pacientes neurológicos no serviço de reabilitação infantil	Beatriz K.M. Seo Ediana Loures Irani Maldonado Marita Grigol Norma Sueli Carvalho
Poster	Desenvolvimento da linguagem e paralisia cerebral	Ediana Loures
Poster	Plano de ação em combate à dengue envolvendo comunidade	Elen Fagundes Costa Magda Levantezzi Genoefa Ap. Casagrande
Poster	Relato de Experiência do SADA	Rosana Ap. Garcia dos Santos Rosy L. Lustosa Carvalho Maryara C. Molina
Poster	Trabalhando com Saúde	Silvia Marina Baroni
Poster	Projeto de Qualificação das Relações do Trabalho	CETS
Poster	Desenvolvimento para a Cidadania	CETS
Poster	Capacitando a rede de trabalhadores da SMS para viabilização do Projeto Paidéia/PSF	CETS

Poster	Sessão de Educação em Saúde/DAT/CAISM/UNICAMP	Arlete de Souza Barros Maria Aparecida Teixeira Maria José Lopes Souza Solange L'Abbate
Poster	Oficina: Chefia ou Liderança, uma questão de escolha	Maria José Lopes Souza Arlete de Souza Barros Maria Aparecida Teixeira Solange L'Abbate
Poster	Grupo de Reflexão: Redescobrir o Prazer de Trabalhar	Maria Aparecida Teixeira Arlete de Souza Barros Maria José Lopes Souza Solange L'Abbate
Poster	Teatro: Estratégia Educacional para Consientização sobre Resíduos Sólidos da Área de Saúde	Maria Gineusa de Medeiros e Souza Jane Gomes de Almeida Lacerda Edineis de Brito Guindello Rose Clélia Grion Trevisane
Poster	Projeto Terapêutico das Crianças Hospitalizadas nas unidades de internação pediátrica do HMMG	Alexandre S. Batalha Laércio Valvassoura
Poster	Atendimento a Crianças e Adolescentes Vítimas de Violência Doméstica no HMMG	Ana Leila Souza

Avaliação do Projeto Paidéia nas unidades básicas de saúde

Fazer gestão implica em lidar com poder, com saberes, e com subjetividade, além da tradicional administração das coisas. A gestão paidéia pressupõe a criação de rodas, de espaços coletivos que possibilitem a co-gestão dos coletivos (equipes). A explicitação dos conflitos, dos interesses, dos limites e possibilidades institucionais, assim como das soluções e limites técnicos precisam ser constantemente arejados por espaços coletivos de diálogo entre as diversas instâncias.

Com este objetivo propomos um recurso que tanto pode aumentar a capacidade de análise e intervenção das equipes e dos gestores, quanto pode possibilitar a intervenção dos coordenadores (até o nível central) para mediação dos conflitos e estabelecimento de contratos. A idéia é que cada equipe se auto-avalie, apontando avanços, limitações, dificuldades, etc., e que a avaliação, por si só, aponte para a construção do modelo e sirva de instrumento instituinte e de apontamento para o futuro, onde queremos chegar. Mais que medir o que já se implantou, o instrumento pode ser facilitador da gestão ao apontar as dificuldades e limites, não só das equipes, mas dos vários níveis de gestão da unidade.

Conforme combinado, estou lhes encaminhando o documento definitivo após as discussões possíveis com apoiadores e coordenadores.

A sua aplicação deverá ocorrer em 2 espaços: o do Colegiado Gestor e das Equipes de Referência. O resultado deve servir de subsídios e de feed-back para as Unidades, Distritos e Nível Central priorizar as ações e atividades para o próximo ano.

Um abraço

Roberto Farias

Instrumento final

Perfil da Unidade

Unidade: _____ Distrito de Saúde: _____

Horário de funcionamento: _____

População estimada para 2003: _____

Na opinião da Equipe, em porcentagem, qual a taxa de SUS-dependência da população?

ICV da Unidade: _____

Número de Equipes necessárias (1 ELR/1200 famílias totalmente SUS-dep): _____

Número de Equipes completas existentes: _____

RH necessário para completar as ELR e apoio: _____

Espaço físico (descrever os espaços existentes e avaliar sua ocupação): _____

Qualificação da Equipe Gestora

Coordenador(a): _____

Categoria Profissional: _____ Especialização: _____

Está na coordenação desta unidade desde _____

Tem Colegiado Gestor na Unidade?

Se não, por quê?

Se sim, quantos membros fazem parte do CG?

Qual a formação de cada um dos membros?

As reuniões do Colegiado Gestor ocorrem com que frequência?

Como se deu a formação de cada um dos membros?

Há atas para registro das reuniões?

Tem Conselho Local na Unidade?

Se sim, quantos são os Conselheiros?

As reuniões ocorrem com que frequência?

As reuniões são registradas em ata?

Em que medida os conselheiros são tidos como representativos dos seus segmentos?

A Gestão da Unidade

1. Em que medida os princípios do SUS estão claros para os trabalhadores?
2. E para os Conselheiros?
3. Em que medida as diretrizes da Secretaria de Saúde estão claras para os trabalhadores?
4. E para os Conselheiros?
5. Em que medida as responsabilidades da Unidade de Saúde foram discutidas com os trabalhadores?
6. E com os usuários?
7. Em que oportunidades estas discussões são feitas?
8. Quais os principais problemas de saúde do território de atuação da Equipe?
9. A Equipe definiu ações/atividades/tarefas/projetos para superar os principais problemas de saúde do seu território? Cite alguns.
10. Foram estabelecidos metas ou resultados a serem alcançadas num determinado período de tempo?
11. Cite alguns deles.
12. Quais os principais conflitos entre a população e o serviço? Descreva mesmo que estejam bem controlados.
13. O Conselho Local, a Coordenação e ou o Colegiado Gestor avalia regularmente os processos de trabalho, os resultados e o desempenho global de Unidade e das Equipes? Como?
14. Utiliza-se de indicadores com base em sistema de informações institucionais para esta avaliação? Quais?
15. Os trabalhadores participaram do planejamento da unidade, da definição de metas e das tarefas a serem executadas?
16. E os conselheiros usuários?
17. Faz algum tipo de acompanhamento do plano e ou tarefas ou projetos? Descreva.
18. A unidade facilita o contato direto dos usuários com os gestores do serviço para a solicitação de demandas de informações ou sugestões e reclamações? Como?
19. Existe algum instrumento para avaliação de satisfação dos seus usuários? Descreva-o.
20. A unidade considera que há flexibilidade, autonomia e liberdade de decisões, considerando-se o nível de governabilidade que lhe é própria?
21. A unidade avalia o processo de encaminhamento dos usuários para as referências? E suas perdas?
22. A unidade tem se organizado para responder às demandas sentidas/trazidas pelos usuários?
23. Como a unidade avalia o apoio que recebe do Distrito?

Gestão de Pessoas

1. Dentro do nível de governabilidade da Unidade, a organização do trabalho privilegia a flexibilidade, a autonomia e a liberdade de decisões das Equipes de Referência?
2. Há estímulo para a participação dos trabalhadores de tal modo que possam contribuir eficazmente para a melhoria contínua do desempenho da Unidade e ou da Equipe de Referência? Como?
3. Há discussões sobre mecanismos de valorização e desenvolvimento dos servidores no âmbito de governabilidade da equipe?
4. Há algum mecanismo implementado? Descreva.
5. Há avaliação sobre o desempenho de cada profissional? Como/
6. A unidade tem prontuário individual de cada trabalhador?
7. A unidade registra as capacitações às quais os profissionais foram? Tem alguma avaliação?

Os Núcleos de Saúde Coletiva

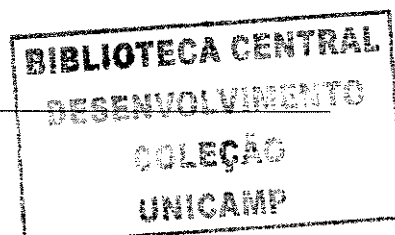
1. Quem participa do Núcleo de Saúde Coletiva? Especifique as categorias profissionais que o compõe.
2. Como as reuniões estão organizadas? (periodicidade, registros em ata, definição das pautas, temas tratados).
3. Quais são as dificuldades e ou limites para o NSC?
4. Como foi o processo de formação?
5. Quais os principais objetivos?
6. O NSC tem conseguido propor projetos de prevenção ou de promoção de saúde?
7. Quais as principais estratégias, ações ou projetos de intervenção de saúde propostos pelo NSC?
8. Eles estão sendo implementados?
9. Há avaliação de impacto destes projetos?
10. Existem Projetos de Intervenção construídos em outros setores?
11. O NSC elegeu alguns indicadores para avaliação sistemática?
12. O NSC avalia que suas ações interferem nas ações das ELR? Como?

A Institucionalidade da Equipe de Referência

1. Como os horários dos profissionais de Equipe estão organizados? Esta organização permite o contato freqüente de todos os profissionais?
2. Existem reuniões de Equipe? Com que periodicidade? Se não, por quê?
3. Quais temas são tratados nestas reuniões? Como são definidos ou escolhidos os temas?
4. Qual a opinião da Equipe sobre a utilidade das reuniões?
5. Há avaliação sobre a implementação de decisões tomadas na Equipe? Como?
6. As reuniões são registradas em ata?
7. Como se avalia a inserção dos profissionais (generalista, dentista, acd/thd, g.o., enfermeiro, pediatra, auxiliares de enfermagem, agentes comunitários de saúde) na Equipe?
8. Como se dá o matriciamento em saúde mental?
9. Que outras formas e espaços de decisão que a Equipe utiliza?
10. Em que medida o médico generalista tem conseguido atuar como tal?

Adscrição de Clientela e Vínculo

1. A Equipe de Referência conhece as principais características epidemiológicas e demográficas do território e da população adscrita?
2. Os generalistas (médicos, enfermeiros e dentistas) conhecem esta população por tipos, grupos e risco, identificando as necessidades e expectativas de sua clientela quanto aos serviços oferecidos?
3. E os agentes? E os auxiliares?
4. E os pediatras e ginecologistas?
5. O território da Equipe se encontra dividido em micro-territórios?
6. Cada agente comunitário conhece a população do seu micro-território por tipos, grupos e riscos, identificando as necessidades de sua população adscrita?
7. Os usuários são capazes de identificar pelo nome os profissionais de sua equipe?
8. Há facilitação e ou canais de comunicação que possibilitem o contato direto dos usuários com os membros da sua equipe para a solicitação de assistência ou de informações? Quem é mais acessível aos usuários?
9. Há algum mecanismo que dificulte o acesso à ELR? Como?



Recursos utilizados pela Equipe e Gestão de Processos

1. O agendamento de consultas médicas é direcionado à Equipe de Referência?
2. Os enfermeiros fazem consulta?
3. Existe agendamento de consulta para o enfermeiro? De que tipo?
4. Existe atendimento individual do auxiliar de enfermagem? De que tipo?
5. Se não, por quê?
6. Existem consultas conjuntas na unidade? Descreva.
7. As Equipes de Referência se utilizam dos Grupos Educativos com um dos recursos a serem ofertados à população?
8. Que grupos existem na unidade?
9. Quem participa dos grupos?
10. Quais profissionais costumam coordenar os grupos?
11. Que outras atividades são ofertadas a seus pacientes?
12. Que atividades de Educação em Saúde existem em sua unidade? Que profissionais participam destas atividades?
13. Em que situações a ELR prioriza a elaboração de um PTS (Projeto Terapêutico Singular)? Quem participa da elaboração?
14. Qual a opinião da Equipe sobre a utilidade do PTS realizados? Todos compartilham desta opinião?
15. São realizadas visitas domiciliares? Por quem? Em que situação? Onde são registradas?
16. São realizados atendimentos domiciliares? Por quais profissionais? Em que situações?
17. Como são atendidas as urgências e intercorrências na unidade? Que profissionais estão envolvidos?
18. Quais dificuldades para se atender as urgências e ou intercorrências?
19. Que compreensão a equipe tem do acolhimento que faz?
20. São agendadas consultas em qualquer dia e hora ou só uma vez por semana ou, ainda, só uma vez por mês?
21. Como a equipe lida com os pacientes chamados de “poliqueixosos”, freqüentadores assíduos e que desafiam a eficácia da equipe?
22. A equipe tem tido matriciamento de saúde mental? Como avalia este processo?
23. Quais indicadores a equipe utiliza para avaliar a eficácia do trabalho e dos recursos escolhidos?

24. Quais as práticas integrativas a equipe utiliza?
25. Quais os principais problemas de saúde na população adscrita na opinião da população?
26. Quais outras atividades que a equipe realiza e considera importantes?
27. Quais os principais problemas que a equipe vê para aumentar sua eficácia e o seu aprendizado?
28. A ELR tem matriciamento de alguma especialidade? De quem?
29. A ELR tem recebido contra-referência? De quem?
30. Que outros contatos a equipe tem com os especialistas?
31. Que relação se estabelece com os Pronto-socorros?
32. E com o SAMU?

Trabalhos apresentados ao Prêmio Estímulo Paidéia em 2003

	Nome do trabalho	Autor(es)	Unidade Saúde	Distrito	Traçador	Telefone/ e-mail	Observações
1	Educação: Melhor Caminho para a Saúde	Ana Cláudia M. P. Giudice	Capivari	Sudoeste	Risco relativo à Enfermidade bucal	9116-0033 3258-8231	• relação com Capacitação Introdutória • continuidade do trabalho
2	Projeto para Dispensário e o Almoxarifado do C. S. Pedro Aquino	Adriana Aparecida Sacco Alves	Pedro Aquino	Noroeste	-		-
3	Redescobrimdo o Olhar... Descobrimdo o Viver...	Vanessa Madaschi Plalumbo Rogério Mourtarada	CRAISA	Norte	-		-
4	O dia do Limpinho	Agentes Comunitários de Saúde	Vista Alegre	Sudoeste	-		-
5	Adolescendo no Campina Grande e São Luiz		Módulo Campina Grande	Noroeste	Riscos relacionados à saúde do adolescente		• intersectorialidade • continuidade do trabalho • avaliação
6	Cultura é Viver, Prevenir é Conhecer	Érika Benevides Silveira Andréa Teixeira Mateus Ligia Maria Thomé Sanches Miguel Rodrigues da Silva Sandro Ricardo Vieira Maria Aparecida Santana de Souza Herbert Lopes de Oliveira	Integração	Noroeste	Riscos relacionados à saúde do adolescente	3268 1292 3229 9868 saude.esintegraca o@ campinas.sp.gov. br	• intersectorialidade • continuidade do trabalho
7	Acolhimento ao Usuário do SUS - Sudoeste	Edilene de Sousa Gomes	Distrito	Sudoeste	-		-

8	A Educação em Saúde no Combate a Dengue em um Território do Município de Campinas (O Papel do Trabalhador de Saúde no Processo de Mudança)	Equipe do C.S. Cassius T. L. Dias Elisângela Jesus Edilaine da Costa Barbosa Patrícia Rissati Aguiar Ana Paula Costa Adriana Selles Mariano Fátima Fraga Bertuzzi Cristiane Marli Oliveira Flávia Cristina Ribeiro Afonso Ventura Neto e outros	Carvalho de Moura	Sul	-	3229 4401	-
9	Ações e Parcerias em Saúde Comunitária para Crianças e Adolescentes Em Situações de Risco dos Bairros São Bernardo I e Parque Industrial	Ana Lúcia S. Lourenção João Francisco Ximenes Dejnis Cristina Bussolin Maria Manuela R. Figueiredo Beatriz Kinuko M. Seo Sofia Helena S. Silva Sônia de Fátima G. Guimarães Vera Lúcia Fabrin Edson Campos P. Oliveira Eliziana Aparecida Morosi C. de Paula Elissandra Souza Sueli Malta de O. Santini Vera Lúcia O. Lena	Faria Lima	Sul	Riscos relacionados à saúde da criança e adolescente		• intersectorialidade • participação comunitária • continuidade do trabalho
10	I Gincana de Integração ao Combate a Dengue do C.S. DIC I	Equipe da Visa	VISA/DIC I	Sudoeste	-		-
11	Uso do Fitoterápico Calêndula	Maria Regina Rocha de Freitas	DIC I	Sudoeste	-		-

12	Obesidade Infantil “Prevenção, Saúde e Diversão”	Maria Lucia Kunikata Maria do Carmo P. Romano	Capivari	Sudoeste	Obesidade		• continuidade do trabalho • avaliação
13	Centro de Lactação – BLH Municipal de Campinas	Cláudia Maria Monteiro Sampaio	Banco de Leite Humano	Norte	-		-
14	Uacury – Educação em Saúde para Adolescentes, Pais e Educadores	Fabrizio Azevedo de Souza Ismênia Ovidia Palma Antonio Maria Ercilia Carmelo Marlene Cássia Messias e Silva Ângela Vilela Maria Helena Siqueira Francisca Aurilúcia F. Alves Conceição Aparecida de Lima Maria Rita Felipe Walkiria Lúcia Tocarino Antonio Fernando Frigo de Oliveira	Módulo Carlos Gomes	Leste	Risco relacionado à saúde do Adolescente		• intersectorialidade • participação comunitária
15	Projeto Vivavida	Equipe do C.S.	Boa Vista	Norte	Risco relacionado à Saúde do Idoso		• continuidade do trabalho • intersectorialidade
16	Grupo de Caminhada	Equipe Azul	Valença	Noroeste	Riscos relacionados à saúde do idoso		• continuidade do trabalho • avaliação

17	Controle da Tuberculose pelo ACS	Equipe Verde Rubens Bedrikow Cristiane Maria C Lopes André Pampanini Mello Juliana Natívio Juliana Benatti Cleusa Silva Abreu Fábio José Lenos Elen C S Silva Ivanete S Passos Janaina N Batista Maria Cristina S Matias Maria de Souza Melo Schirlene Melo Lauren T Beier	São Domingos	Sul	Riscos relacionados à Tuberculose		continuidade	
18	Desenvolvimento do Programa de Segurança Alimentar na CEASA – Campinas Através de Ações conjuntas entre Vigilância Sanitária, Administração e Permissonários	Maurício Assumpção Pascoalina Souza Tereza C. A. Almeida Adebrail J. Moranza Kennia Linhares Mario A. M. Biral	CEASA/VISA Distrito	Norte	-		-	
19	Núcleo de Saúde Ambiental: Uma Possibilidade de Reestruturação das Ações de Vigilância Ambiental Frente ao Novo Modelo de Atenção e Promoção à Saúde	Dianna Isaura Antonioli Milena Aparecida R. Silva Tosca de Lucca B. T. Rezende Estevan Balensifer Hass Israel Correa da Costa Nilton Santos Menezes Roberto R. de Souza José de Alimataa Juliano Fernandes Marcos Bressani Rafael da Silva Samuel da Silva	VISA	Norte	-		-	

20	Contaminação do Bairro Mansões Santo Antonio	Darci Muraro Magalhães Eliane de Fátima M. Nasso Érika Midori Fukui Jacimeire R. Amorin Justilene Melo Figueiredo Jussara Ap. D. Pierini Márcia Schiavo Tucunduva Milton Marcel C. Bueno Raimunda M. Santos Rosemary Pires de Paula Silvia Regina M. Christoforo Simone F. Oliveira Stella B. S. Paula Leite Zenilda da Silva Martins	Taquaral	Leste	Riscos relacionados ao meio ambiente	• intersectorialidade • vigilância em saúde • avaliação
21	Reeducação Alimentar Para os usuários do CS DIC I	Raquel Frederico Eliane R. Z. M. de Oliveira	DIC I	Sudoeste	Riscos relacionados à Obesidade	• avaliação
22	Projeto do trabalho da feira de saúde ambiental do D.S. Sudoeste	VISA Sudoeste CS União de Bairros CS São Cristóvão CS DIC I CS Vista Alegre Módulo CAIC Centro de Convivência Tear das Artes	VISA	Sudoeste	-	-
23	Semana do meio ambiente: um trabalho intersectorial na área do CS DIC I	Equipe da VISA	DIC I	Sudoeste	-	-
24	Descentralização das ações de vigilância sanitária e ambiental para as unidades básicas	Equipe da VISA	VISA	Sul	-	-
25	Discussão de saúde com o grupo de cipeiros	Equipe do CRST	CRST	Sul	-	-

26	Abrace sua praça – uma lição de cidadania	Equipe do C.S. 31 de Março Sônia Antonioli	31 de Março	Leste	Riscos relacionados à saúde do adulto		• intersetorialidade • avaliação
27	Projeto Papo Cabeça – Prevenção DST/AIDS com adolescentes	Coordenadora da VISA Elen	VISA/DIC I	Sudoeste	Risco relacionado à saúde do Adolescente		• continuidade do trabalho • intersetorialidade
28	Treinamento para manipuladores de alimentos da Escola de Cadetes de Campinas	Idalvo Saglione Salette Aparecida Alves Elci Hosri Roveratto Valdete Ângelo Galani Natália Halan Nunes de Paula Christian Eduardo da Silva Maurício Alberto de Assunção Tereza Cristina Avancini de Almeida	VISA	Norte	-		-
29	Projeto de Saúde Bucal	Maria Aparecida Cantalejo Munhoz	Integração	Noroeste	Risco relativo à Enfermidade bucal	3268 1292 saudecsintegracao @ campinas.sp.gov.br	• intersetorialidade • avaliação • continuidade do trabalho
30	Acompanhamento de Escolas com alto risco de cárie no Jardim Nova América	Equipe de saúde bucal José Euclides Lobo Magali Tânia Luciene Solange Vanessa	Módulo Nova América	Sul	Risco relativo à Enfermidade bucal		• intersetorialidade

31	Projeto de intervenção de saúde comunitária para a Toca de Assis	Antonio Carmo Pinto Joana Maria Gambaro Marlene Aparecida Franco Maria Luiza M. A. Negri Rosa Brasilina A. Simões Cecilia Sampaio Ferreira Marileide Bertelli Falkini Sonia Sidney Pachelli Jose Luiz Abreu Cíntia Cilene	Faria Lima	Sul	Riscos relacionados à Pobreza		• intersectorialidade • vigilância em saúde • continuidade do trabalho
32	Grupo de controle e carência nutricionais	Augusto César Lazarin Alessandra de Lourenço Gudin Martins	Conceição	Leste	Riscos relacionados à desnutrição		• intersectorialidade • avaliação
33	Projeto intersectorial para adolescentes	Equipe do C.S.	Floresta	Noroeste	-		-
34	Cartão do adolescente: "Crescendo juntos"	Equipe do C.S.	Integração	Noroeste	-		-
35	Gravidez Precoce	Equipe Verde Rubens Bedrikow Cristiane Maria C Lopes André Pampanini Mello Juliana Nativio Juliana Benatti Cleusa Silva Abreu Fábio José Lemos Elen C S Silva Ivanete S Passos Janaina N Batista Maria Cristina S Matias Maria de Souza Melo Schirlene Melo Lauren T Beier	São Domingos	Sul	-		-
36	Prevenção DST e gravidez na adolescência	Equipe Azul	São Cristóvão	Sudoeste	-		-

37	Revitalização Praça João José de Souza	Equipe Azul	São Cristóvão	Sudoeste	-	-	-
38	Planejando o Futuro	Equipe Azul	Floresta	Noroeste	Riscos relacionados à saúde da mulher	• intersectorialidade	
39	Intervenção na comunidade – Recuperação das águas cristalinas do córrego Taubaté	Rosa Maria Barbosa Blass Estela Maria Almeida Silva e Melo Madalena Conceição da Silva Araújo Rosalina Messias de Jesus Wagner Donizete Carreira	São José	Sul	Riscos relacionados ao meio ambiente		
40	Implementação do tratamento restaurador atraumático para promoção de saúde bucal, no contexto modelo Paidéia	Ana Luiza Falavinha Vieira	Aurélia	Norte	Riscos relacionados à enfermidade bucal	• avaliação	
41	A arte como prevenção e cura: Projeto oficina de artesanato	Equipe amarela	São Cristóvão	Sudoeste	-	-	
42	Saúde na cozinha: projeto oficina culinária	Equipe amarela	São Cristóvão	Sudoeste	-	-	
43	Inspeção visual com ácido acético no rastreamento de lesões cervicais em unidades básicas de saúde		Santa Bárbara	Norte	-	-	
44	Qualidade de vida na terceira idade	Equipe do C.S.	Santa Odila	Sul	Riscos relacionados à saúde do idoso	• intersectorialidade • avaliação	

45	Serviços de endoscopias digestivas altas	Cláudia de Sant'ana Galoro Brasílio Toshikatsu Okubo Morgana de Queiroz Sandra Regina Campos Glaziela Maria Gouveia Jesuína Aparecida De Souza Vergínio	Amb. Ouro Verde	Sudoeste	-	-	-
46	Proposta de intervenção na população acima de 55 anos residente na área de abrangência do C.S. Vista Alegre	Priscila E. F. Franchini Eleilange Alves E. Quadros Maurten Angélica M. Russel Ester Rosa da Silva	Vista Alegre	Sudoeste	Riscos relacionados à saúde do idoso	• continuidade • avaliação	
47	Horizontalização dos cuidados médicos nas enfermarias de retaguarda do Pronto Socorro	Equipe do P.S., Carlos Henrique M. A. Martins	Ouro Verde	Sudoeste	-	-	
48	Programa de assistência aos ostomizados	Méria Invernizze da Silveira	Policlínica II	Sul	-	-	
49	Prevenção em saúde bucal	Damaris Lustosa Julietti	Costa e Silva	Leste	Risco relativo à enfermidade bucal	• continuidade do trabalho • intersectorialidade • participação comunitária	
50	Segunda gincana de integração (Saúde/Educação) do Centro de Saúde DIC I: Meio Ambiente	Agentes comunitários de saúde Carla C.F. Cruz Diego Banhos Diego D. S. Bietresatto Eleanora C. Sartoram Jefferson Prado Lourdes Moura Regina Palomo Ricardo de Almeida Tatiane Lene Terezinha Shigeyosi	DIC I	Sudoeste	-	-	
51	Qualidade de vida na melhor idade		Costa e Silva	Leste	Riscos relacionados à saúde do idoso	• continuidade do trabalho	

52	Atendimento domiciliar no centro de saúde Vila Rica		Vila Rica	Sul	Riscos relacionados à saúde do adulto e idoso	3269 8590 3269 4475	• continuidade do trabalho • avaliação
53	Sistematização da farmácia do CAPS Novo Tempo	Samuel Carvalho Rosa Camizze Deise Hadich Camilla Souza Maria Rita Ferreira	Caps Novo Tempo	Sudoeste	-		-
54	Projeto Multiprofissional de reorganização do processo de visitas aos pacientes internados	Marlene Augusta Vilela de Rezende	HMMG	Sul	-		-
55	Baile da Feliz Idade: uma experiência impactante em saúde coletiva	Rosana Aparecida Garcia	Santa Lúcia	Sudoeste	Risco relacionado ao Idoso		• intersetorialidade • participação comunitária • continuidade do trabalho • avaliação
56	Projeto Terapêutico desenvolvido para mulheres da faixa etária do climatério inicial (de 40 a 55 anos)	Equipe Sol Maria Lúcia Ribeiro Maria Yoshie Shiraishi Cleuza Helena S Santana Eunice José P Souza Ester Rosa Silva Maureen Angélica M Russell	Vista Alegre	Sudoeste	Riscos relacionados à saúde da mulher E à saúde do Idoso		• continuidade do trabalho • avaliação
57	Projeto CRÊ – Vida Feliz	Equipe do CS.	Valença	Noroeste	Riscos relacionados à saúde do idoso e adulto		• intersetorialidade • participação comunitária • continuidade
58	Acolhimento ao paciente eletivo	Rosemary Fulgêncio Rezende	HMMG	Sul	-		-

59	Abordagem não farmacológica da dor crônica	Ana Antunes Adriana Souza Costa Benedita de Fátima Teodora Isabel Cristina Santos Nilton Ricardo Viana Poço Rita Diniz Frech Rosely Yoshida	Floresta	Noroeste	Riscos relacionados à saúde do adulto		- avaliação - relação com Capacitação Introdutória - continuidade do trabalho
60	Ouro da casa	Francisco de Assis Porto	Amb. Ouro Verde	Sudoeste	-		
61	Avaliação do Programa Paidéia	Equipe do Módulo	Módulo Jd. Lisa/Maracanã	Noroeste	-		-
62	Carícia essencial	Eliana Cristina Petoilho	São Cristóvão	Sudoeste	-		-
63	Controle Social Paidéia	Eliana Cristina Petoilho	São Cristóvão	Sudoeste	-		-
64	Saúde e Trabalho caminhando juntos	Eliana Cristina Petoilho	São Cristóvão	Sudoeste	-		-
65	Intersetorialidade em ação		Mod. Campina Grande	Noroeste	Riscos relacionados à pobreza		- intersetorialidade - participação comunitária - continuidade do trabalho
66	Visita Domiciliar		Boa Vista	Norte	-		-
67	Projeto Iar beneficente	Equipe Verde	São Cristóvão	Sudoeste	-		-
68	Projeto Vida	Equipe Verde	São Cristóvão	Sudoeste	-		-
69	Projeto Escola Pavanti	Equipe Verde	São Cristóvão	Sudoeste	-		-
70	Projeto Zona Rural	Equipe Verde	São Cristóvão	Sudoeste	-		-
71	Idosos com prazer		Módulo Campina Grande	Noroeste	Riscos relacionados à saúde do idoso		- intersetorialidade - participação comunitária

72	Hei-wado-Karate		Florence	Noroeste	Riscos relacionados à saúde da criança e do adolescente		- continuidade do trabalho - intersectorialidade - avaliação
73	Planejamento e instrumento de gestão participativa	Eliana Cristina Petolho	São Cristóvão	Sudoeste	-		-
74	Saúde Mental	Equipe Verde	Floresta	Noroeste	Riscos relacionados à enfermidade mental		- intersectorialidade - avaliação
75	O SAD – Equipe/Cuidador		SAD	Sul	-		-
76	Grupos Relâmpago: desenvolvendo a dimensão cuidadora do trabalhador da saúde	Nayara Oliveira Moyses Aguiar	HMMG	Sul	-		-
77	Famíliares participantes	Rita M. Camargo Eltzandra Leite Nely Nucci Isabel Seregatto	HMMG	Sul	-	3772 5743 elizandra_lara@Hotmail.com	-
78	Agentes Comunitários de mãos dadas com a comunidade	Dalva Berro Luciene Vieira Solange Ribeiro Vanessa Monteiro	Módulo Jd Nova América/São Domingos	Sul	-		-
79	Práticas de terapia alternativa para os trabalhadores do Laboratório Municipal de Campinas	Reinaldo Uede Vânia Oliveira Nílce Coraça Juliana Souza Sandra Uetti	Lab. Municipal	Sudoeste	-		-
80	Grupos integrados Lian Gong e Fuxico	Luiz Augusto da Cruz Adriana Aparecida Ferrarezi Leandro Freire da Silva Maria Leny Freire Teresa Cristina de Fátima Ramos E colaboradores	Mod. Jd. Rosalia	Norte	Riscos relativos à saúde do Adulto e idoso	Helena (enfermeira) 3282-3111 3243-2090	- continuidade do trabalho - participação comunitária

81	Planejamento Familiar: Matriciamento	Helena Maria Godoy Maria Bernadete Romeiro Maria Cecília Guimarães Marília de Fátima Domini Maria Aparecida do Nascimento Lima Helio de Faria Merheb Junior Ligia Aparecida de Almeida Auxiliares Administrativos	Poli II	Sul	-	-	-
82	Projeto Terapêutico “De bem com a vida” – Projeto de Terapia Ocupacional no Módulo Santa Maria		Mod. Sta. Maria/ CS Joaquim Egídio	Leste	Risco relativos à Saúde da Mulher e do Idoso	- participação comunitária - continuidade do trabalho	
83	Sala de espera / Mês da Mulher	Augusto César Lazarin Maria Ângela G. Feldstein Maria Cristina Cervolo Mariângela Oliveira Raquel Maria Policastro Shirley Ruriko da Silveira Agentes Comunitários de Saúde Maria Angélica Braga Maria Cristina Silva	Conceição	Leste	-	-	
84	Arte, Cultura e Lazer no Hospital Mario Gatti	Maria Sílvia Coutinho Carvalhal Nayara Lucia Soares de Oliveira	HMMG	Sul	-	-	
85	Após a tempestade, solidariedade	Maria Regina Rocha de Freitas	DIC I	Sudoeste	-	-	

86	Serviço Fala – Cidadã / Ouvidoria	Maria Marta Borges de Freitas Ana Elisa R. S. Name	HMMG	Sul	-	-
87	Relato de experiência de um projeto terapêutico individual com a saúde mental – um trabalho intersetorial	Equipe Vermelha Ana Paula Lagoeiro Lourdes Aparecida Chenfer Maria Lourdes R. Campos Silvania Manoel Pires Suzana Maciel Costa Maria Aparecida Marques Regina Helena Fagotti Eliane Matiko Nakasone Anatole Carvalho Inhotia Carlos Alberto H. Abreu Edmar Caneiro Pereira Felicia Maria B. S. Fogarolli	Orosimbo Maia/CAPS Antônio da Costa Santos	Sul	-	-
88	Um novo olhar sobre o atendimento ao alcoolista no Pronto Atendimento	Rita	PA. São José	Sul	-	-
89	Yoga, comida & companhia	Francisco de Assis Porto	Amb. Ouro Verde	Sudoeste	-	-
90	Grupo de C.O.	Fátima Silvana Conceição Lucimara	Floresta	Noroeste	Risco relacionado à saúde da mulher	-

91	@agentes on line	Agentes Comunitários de Saúde Carla Cruz Diego Bietressato Eleanora Sartoram Jefferson Prado Lourdes Moura Regina Palomo Ricardo Almeida Tatiane Leme Terezinha Shigeyosi	Costa e Silva	Leste	-	agentescostaesilv a@ terra.com.br	-
92	Controle da Dengue na região do Jd. Campo Belo II	Ester Nogueira Whyte Afonso Ferreira Maria Gerarda Rodrigues de Almeida Daniel Roberto Coradi de Freitas	VISA/São Domingos	Sul	Dengue		• intersetorialidade • vigilância em saúde • continuidade do trabalho • participação comunitária • avaliação
93	Corpo, espaço e criação – Espaço para Convívio do CS Jd Parapananema	Adriana S. Carreira Regina C. S. Guimarães Sibele R. C. Martins	Parapananema	Sul	Riscos relativos à saúde do Adulto e do Adolescente		• continuidade do trabalho • participação comunitária • intersetorialidade • avaliação
94	O novo jeito de olhar e agir sobre um “velho problema”	Equipe do C. S. Rosana Ribeiro Lucélia Oliveira Marcos Eduardo Moraes Ana Cecília Zuiani Jaqueline Pellari Kinue Lima Ida Maria Camerin Margarete Isaque Flávia Marcondes João Petrócio Flávia Silva Maria Silva	Figueira	Sul	Riscos relacionados à Enfermidade mental	saude.espxdafigei ra@ campinas.sp.gov. br	• intersetorialidade • continuidade do trabalho • participação comunitária
95	Desratização	Equipes Beta e Alfa	São Vicente	Sul	-		-

96	Grupo de Ginástica "Renascer"	Equipe Azul	Valença	Noroeste	Riscos relacionados à saúde do idoso		• continuidade do trabalho • relação com capacitação específica • avaliação
97	Atenção à saúde das crianças e adolescente: o Centro de Saúde interagindo com a comunidade	Equipe do C. S.	Florence	Noroeste	Riscos relacionados à saúde da criança e adolescente	3261 2462	• continuidade do trabalho • intersetorialidade
98	Prótese total para 3ª idade	Daniel Boklis	Costa e Silva	Leste	Risco relacionado à Enfermidade bucal e Saúde do Idoso		• intersetorialidade
99	Grupo Viva Vida – Relato de Experiência de Projeto Terapêutico em grupo	Equipe Verde Kamilla Fernandes Faria Aline Andrade Silva Angela Caputti	Valença	Noroeste	Enfermidade Saúde do Adulto e Saúde da mulher	kamillaffaria@bol.com.br	• avaliação • continuidade do trabalho • participação comunitária
100	Projeto GAASP – Grupo de Adolescente alerta à saúde do Perseu – Oficina de Teatro para adolescentes	Equipe do CS. Miguel Rodrigues Silva Sandro Ricardo Vieira Ricardo Hadime Coelho Flavia Guarita Fabiana Romão Tânia Novais	Perseu	Noroeste	Risco relacionado à Adolescência	3269-0219 3227-3200	• continuidade do trabalho • relação com Capacitações Específicas • avaliação
101	Reinventando a saúde: Caminhos do Centro de Convivência e Cooperativa Toninha	Denise Antunes Denise Mulati Valdemar Sousa	Integração	Noroeste	Riscos relacionados à Enfermidade Mental e Pobreza		• intersetorialidade • continuidade do trabalho • participação comunitária • avaliação

102	Hipertensão e Diabetes – melhoria e qualidade de vida	Equipe do C.S. Carla Cristina L. Mercadante Francisca Aparecida Santos Jussara Motta Silva Rosana de Carvalho Santos Marli Aparecida L. Ribeiro	Capivari	Sudoeste	Risco relacionado à saúde do idoso		- continuidade do trabalho - avaliação
103	Centro de Convivência e cooperação “Tear das Artes”	Stellamaris Pinheiro de Souza Nascimento Gilvan Gomes Tereza Cristina Tavares	Distrito/Vista Alegre/Aerop orto/ Tancredão/ CAPS Novo tempo	Sudoeste	Riscos relacionados à Enfermidade Mental		- intersetorialidade - continuidade do trabalho - participação comunitária - avaliação
104	Ações de controle a leishmaniose tegumentar americana na região sudoeste de Campinas	Douglas Presotto Jeanette Trigo Nasser Marisa Bevilacqua Denardi Baldini Ovando José Provatti Ricardo Conde Alves Rodrigues Cláudio Castagna	Zoonoses/São Cristóvão/União de Bairros	Norte	Leishmaniose	Douglas 3245- 1219	- continuidade do trabalho - vigilância em saúde - intersetorialidade - participação comunitária - relação com Capacitações Específicas - avaliação
105	Oficinas unificadas		CRIAD	Leste	-		
106	Projeto Vivante – Satélite Íris	Equipe Azul Eliana de Mesquita Fernandes Eliete Aparecida Bueno Sampaio Iza Aparecida Carmelo Marco Aurélio Valente Alberte Maria Aparecida Botton Rosemeire da Silva Raymundo Vera Regina de Almeida	Ipaussurama	Noroeste	Risco relacionado à Adolescência	9714-0259 3237-2039 Rosemeire @lexxa.com.br	- avaliação - intersetorialidade - continuidade do trabalho - participação comunitária

107	Grupo renovação	Equipe vermelha	Centro	Leste	Riscos relacionados à saúde do idoso		- continuidade do trabalho - intersetorialidade
108	Saúde e educação – sexualidade, adolescência e cidadania	Alessandra de Lourenço B. Martins Augusto César Lazarin Maria Ângela Gomes Feldstein Patrícia Silva Cardoso Raquel Maria L. P. PolICASTRO	Conceição	Leste	Risco relacionado à Adolescência		- relação com Capacitação Introdutória - continuidade do trabalho - intersetorialidade - avaliação - participação comunitária
109	Centro de referência e desenvolvimento infantil – Fênix	Elaine Soares Ana Cristina H Freitas Denise Maruo Márcia Helena R Arias Izabel Cristina M. Fonseca Tathiane Moura Campos Anna Elisa Scotoni Marinice Pontes	HMMG	Sul	-		-
110	Humanizando o tratamento de radioterapia	Nely Aparecida Guernelli Nucci Manoel Alexandre F. Toledo	HMMG	Sul	-		-
111	Trabalho coletivo desenvolvido pela equipe de capacitação módulo introdutório II	Maria Aparecida Leal Pavani Meri Lúcia Macedo Silva Sandra Mara de Jesus Laura F. Dutra	Floresta	Noroeste	Riscos relacionados à saúde do adolescente	3261 2010 3221 8546 ☐aúde.espflores ta@ campinas.sp.gov. br	- relação com Capacitação Introdutória - intersetorialidade - avaliação
112	Programa de tratamento de úlceras crônicas na unidade básica de saúde	Débora Masetto Gisele Cavinato Gomes Cláudia Scanduzzi Daniela Cristina Krutinsky Marco Antonio Henrique	Sousas	Leste	Riscos relacionados à saúde do adulto		- avaliação - continuidade

113	Iniciativa para promoção humanizada do trabalhador na CEASA - Campinas	Pascoalina Aparecida Souza Sílvia Helena Pimentel Fernanda Mendes Carvalho Livani Maurício Alberto Assunção	Amb. CEASA	Norte	-	-	-
114	Centro de Convivência Itinerante - Uma experiência intersetorial	Clarice Aparecida S Ribeiro Jussara Aparecida D Pierini Linete Cunha S Maia Maria Clélia Souza C Vale Nancy Cristina P Silva Ricardo Oliveira Almeida	Taquaral e Costa e Silva	Leste	Riscos relativos ao meio ambiente e à saúde do idoso	Ricardo_o_almeida@Ibest.com.br	• intersetorialidade • continuidade do trabalho • participação comunitária • vigilância em saúde
115	Promoção aleitamento materno em unidade básica de saúde	Alessandra de Lourenço Budin Martins Denise Vieira Antunes Amaral Maria Ângela Gomes Feldstein Mariângela Oliveira Patrícia Silva Cardozo Renata Cecília M. Brandão Capello	Conceição	Leste	Riscos relacionados à saúde da criança e da adolescente		• intersetorialidade • continuidade do trabalho • avaliação

116	Grupo de gestantes	Lucia Fátima Brito Maria Silvia B. de Mello Flávia H. Antunes Bastos Patrícia Pereira de Jesus Colobiale Harlete Aparecida B. Felipe Maria Aparecida Passos Eliane Baracho Trindade Daniela Veiga Aparecida Ramalho Helena Galvão Ivete Rossini Daniela C. Krutinsky Maria de Lourdes Nepomuceno Ricardo Greco Marcondes Maria Aparecida dos Santos	Sousas	Leste	Riscos relacionados à saúde da mulher		• continuidade do trabalho • avaliação
117	Mãos à arte – oficina de bijouterias	Vanessa Madaschi Palumbo Ana Cristina S. Vangrelino	CRAISA	Norte	-		-
118	Primeiro Passo	Isabel Cristina de Andrade dos Santos	Floresta	Noroeste	Riscos relacionados à saúde da criança		• continuidade do trabalho • avaliação
119	Programa de Visita Domiciliar do C.S. Aurélia. Sistematização de atendimento às pessoas restritas ao leito e ao lar por doenças.	Equipe II Mirian Filomena Santos Paulo Adolfo Rodrigues Neide Aparecida Andrade	Aurélia	Norte	Riscos relativos à Saúde do Idoso	3243 5182 saudecsjdaurelia@campinas.sp.gov.br	• continuidade/interrupção do trabalho • avaliação

Legenda: todos os trabalhos marcados com cinza foram selecionados. Totalizam 69 trabalhos selecionados, com seus respectivos traçadores, considerando os seguintes critérios: terem sido implantados com continuidade de ação, realizados por Centros de Saúde, junto a usuários.

Categorização dos traçadores X números dos projetos selecionados

Traçador	Número do projeto selecionado	Total de trabalhos por traçador
Leishmaniose	104	01
Enfermidade mental	74, 94, 101, 103	04
Pobreza e Risco Social	31, 65, 101	03
Tuberculose	17	01
Obesidade e Carência Nutricional	12, 21, 32	03
Dengue e Meio Ambiente	20, 39, 92, 114	04
Criança	9, 72, 97, 115, 118	05
Enfermidade Bucal	1, 29, 30, 40, 49, 98	06
Idoso e Adulto	15, 16, 26, 44, 46, 51, 52, 55, 56, 57, 59, 71, 80, 82, 93, 96, 98, 99, 102, 107, 112, 114, 119	23
Adolescente e Mulher	5, 6, 9, 14, 27, 38, 56, 72, 82, 90, 93, 97, 99, 100, 106, 108, 111, 115, 116	19
Total		69

Capacitação de Agentes Comunitários de Saúde - 2002 a 2004

Número de agentes comunitários de saúde que freqüentaram a Capacitação por Distrito de Saúde, 2002 a 2004.

ANO/D.S.	2002	2003	2004
NORTE	25	70	90
SUL	44	69	130
LESTE	25	30	65
SUDOESTE	43	80	115
NOROESTE	36	62	62
TOTAL	173	311	462

Fonte: CETS, dezembro/2004.

Eventos com Agentes Comunitários de Saúde promovidos pelo CETS em 2004

EVENTO COM ACS / 2004	PERÍODO	Nº PARTICIPANTES
Seminário: Consolidação do PSF/Paidéia: A Prática do ACS no SUS Campinas no Distrito de Saúde SUDOESTE	24/09	130
Seminário: Consolidação do PSF/Paidéia: A Prática do ACS no SUS Campinas no Distrito de Saúde SUL	27/09	120
Seminário: Consolidação do PSF/Paidéia: A Prática do ACS no SUS Campinas no Distrito de Saúde NORTE	29/09	90
Seminário: Consolidação do PSF/Paidéia: A Prática do ACS no SUS Campinas no Distrito de Saúde LESTE	01/10	70
Seminário: Consolidação do PSF/Paidéia: A Prática do ACS no SUS Campinas no Distrito de Saúde NOROESTE	01/10	75
Seminário Municipal: Consolidação do PSF/Paidéia: A Prática do ACS no SUS Campinas	05/11	170
TOTAL		655

Fonte: CETS, dezembro/2004.

9- APÊNDICES

Aprovação do Projeto de Pesquisa no Comitê de Ética em Pesquisa da Faculdade de Ciências Médicas da Universidade Estadual de Campinas.



CEP, 14/12/04.
(Grupo III)

FACULDADE DE CIÊNCIAS MÉDICAS
COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA
☒ Caixa Postal 6111, 13083-970 Campinas, SP
☎ (0_19) 3788-8936
FAX (0_19) 3788-8925
🌐 www.fcm.unicamp.br/pesquisa/etica/crioes.html
✉ etica@fcm.unicamp.br

PARECER PROJETO: Nº 582/2004

I-IDENTIFICAÇÃO:

PROJETO: "AVALIAÇÃO DAS PRÁTICAS DE EDUCAÇÃO EM SAÚDE NA REDE MUNICIPAL DE SAÚDE DE CAMPINAS PÓS-PAIDÉIA"
PESQUISADOR RESPONSÁVEL: Nayara Lúcia Soares de Oliveira
INSTITUIÇÃO: Secretaria Municipal de Saúde - Prefeitura Municipal de Campinas
APRESENTAÇÃO AO CEP: 26/10/2004
APRESENTAR RELATÓRIO EM: 14/12/05

II - OBJETIVOS

Avaliar as práticas educativas em saúde no programa Paidéia, visando o aprimoramento do SUS-Campinas.

III - SUMÁRIO

Trata-se de estudo qualitativo acerca de práticas de educação em saúde desenvolvidas pelo poder público municipal, em Campinas, visando identificar conceitos de Educação em Saúde presentes nos grupos envolvidos em tais processos (gestores, trabalhadores e usuários) e produzir uma metodologia de avaliação das práticas educativas em saúde que possa ser apropriada pela política municipal de educação em saúde. Busca-se produzir conhecimento sobre a área por uma metodologia de avaliação participativa, envolvendo os grupos de interesse, sem privilegiar uns em detrimento de outros. A coleta de dados se fará sobretudo em encontros avaliativos, com os diferentes segmentos envolvidos.

IV - COMENTÁRIOS DOS RELATORES

Trata-se de um estudo qualitativo, em que a participação é voluntária, havendo um adequado Termo de Consentimento Livre e Esclarecido para cada segmento envolvido (gestores, trabalhadores e usuários).

V - PARECER DO CEP

O Comitê de Ética em Pesquisa da Faculdade de Ciências Médicas da UNICAMP, após acatar os pareceres dos membros-relatores previamente designados para o presente caso e atendendo todos os dispositivos das Resoluções 196/96 e complementares, bem como ter

aprovado o Termo do Consentimento Livre e Esclarecido, assim como todos os anexos incluídos na Pesquisa, resolve aprovar sem restrições o Protocolo de Pesquisa supracitado.

O conteúdo e as conclusões aqui apresentados são de responsabilidade exclusiva do CEP/FCM/UNICAMP e não representam a opinião da Universidade Estadual de Campinas nem a comprometem.

VI - INFORMAÇÕES COMPLEMENTARES

O sujeito da pesquisa tem a liberdade de recusar-se a participar ou de retirar seu consentimento em qualquer fase da pesquisa, sem penalização alguma e sem prejuízo ao seu cuidado (Res. CNS 196/96 – Item IV.1.f) e deve receber uma cópia do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido, na íntegra, por ele assinado (Item IV.2.d).

Pesquisador deve desenvolver a pesquisa conforme delimitada no protocolo aprovado e descontinuar o estudo somente após análise das razões da descontinuidade pelo CEP que o aprovou (Res. CNS Item III.1.z), exceto quando perceber risco ou dano não previsto ao sujeito participante ou quando constatar a superioridade do regime oferecido a um dos grupos de pesquisa (Item V.3.).

O CEP deve ser informado de todos os efeitos adversos ou fatos relevantes que alterem o curso normal do estudo (Res. CNS Item V.4.). É papel do pesquisador assegurar medidas imediatas adequadas frente a evento adverso grave ocorrido (mesmo que tenha sido em outro centro) e enviar notificação ao CEP e à Agência Nacional de Vigilância Sanitária – ANVISA – junto com seu posicionamento.

Eventuais modificações ou emendas ao protocolo devem ser apresentadas ao CEP de forma clara e sucinta, identificando a parte do protocolo a ser modificada e suas justificativas. Em caso de projeto do Grupo I ou II apresentados anteriormente à ANVISA, o pesquisador ou patrocinador deve enviá-las também à mesma junto com o parecer aprovatório do CEP, para serem juntadas ao protocolo inicial (Res. 251/97, Item III.2.e)

Relatórios parciais e final devem ser apresentados ao CEP, de acordo com os prazos estabelecidos na Resolução CNS-MS 196/96.

VII - DATA DA REUNIÃO

Homologado na XII Reunião Ordinária do CEP/FCM, em 14 de dezembro de 2004.


Prof. Dra. Carmen Silvia Bertuoso
PRESIDENTE DO COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA
FCM / UNICAMP

Termos de Consentimento Livre e Esclarecido encaminhado aos Gestores

Universidade Estadual de Campinas – UNICAMP

Faculdade de Ciências Médicas

Departamento de Medicina Preventiva e Social

Programa de Pós-graduação em Saúde Coletiva

CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO DO **GESTOR DO PROJETO SELECIONADO**

Responsável: Nayara Lúcia Soares de Oliveira

Socióloga, mestre em Saúde Coletiva, aluna regular doutoranda do Programa de pós-graduação em Saúde Coletiva. RA: 972623

Orientadora: Profa. Dra. Elizabeth Monteiro De Leone Smeke

Centro de Saúde: _____

Projeto Selecionado(a): _____

Participante Convidado(a): _____

Estamos realizando um estudo que pretende avaliar as práticas de Educação em Saúde desenvolvidas nos centros de saúde do SUS-Campinas, a partir da implantação do Programa Paidéia de Saúde da Família em 2001. Para realizar esta avaliação partimos da idéia de que o melhor é realizá-la junto a quem pode se beneficiar de sua avaliação, seja ele(a) trabalhador, usuário ou gestor desta ação.

A idéia desta pesquisa foi construída por membros da Câmara Técnica de Educação em Saúde e está sendo levada à frente por mim, como projeto de doutoramento.

Partimos dos critérios: (que ainda serão estabelecidos). Foram selecionados X trabalhos dos 5 distritos.

Pretendemos realizar dois encontros com duração prevista de 3 horas. No primeiro vamos conversar sobre o nosso contrato de trabalho e realizar uma oficina

sobre as experiências dos participantes e sua conceituação de Educação em Saúde, levantando também os elementos para avaliação da experiência que cada um escolhe para analisar.

No segundo encontro realizaremos um Grupo Focal sobre a avaliação das experiências, considerando o roteiro esboçado a partir dos elementos indicados no encontro anterior. Cada participante será convidado a produzir individualmente, num primeiro momento, sua avaliação da experiência analisada, compartilhando-a em seguida. Para concluir, pretendemos ter um momento para avaliar o processo de avaliação.

Os produtos destes encontros com o grupo de Câmara Técnica/gestores serão apresentados novamente a vocês para validação e em seguida ao grupo dos trabalhadores e ao de usuários, que também passarão por processo de discussão semelhante ao de vocês.

Você poderá participar ou não da pesquisa. As atividades serão gravadas e depois transcritas. Você poderá ter acesso aos originais transcritos para sua análise e aprovação das informações ali contidas. Será garantido aos participantes o anonimato das informações prestadas, bem como a sua desistência a qualquer momento sem nenhum ônus.

Qualquer dúvida entre em contato com a pesquisadora nos telefones (19) 9166 5932 ou 3288 0156 (à noite). Se o Sr. ou Sra. quiser fazer alguma reclamação ou denúncia sobre qualquer situação em que tenha se sentido prejudicado, entre em contato com a Comissão de Ética em Pesquisa da Faculdade de Ciências Médicas, através do telefone 3788 8936.

DECLARAÇÃO DE CONSENTIMENTO

Tendo lido as informações dadas sobre a pesquisa e tendo tido a oportunidade de fazer perguntas e ter recebido respostas que me deixaram satisfeita(o), e tendo entendido que tenho o direito de recusar-me a participar da pesquisa, sem que isso traga consequências para mim, aceito participar desta pesquisa.

Campinas, ____/____/____.

assinatura da(o) participante

RG: _____

assinatura da pesquisadora

RG: 26803062-5

Termos de Consentimento Livre e Esclarecido encaminhado aos Trabalhadores

Universidade Estadual de Campinas – UNICAMP

Faculdade de Ciências Médicas

Departamento de Medicina Preventiva e Social

Programa de Pós-graduação em Saúde Coletiva

CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO DO TRABALHADOR

NO PROJETO SELECIONADO

Responsável: Nayara Lúcia Soares de Oliveira

Socióloga, mestre em Saúde Coletiva, aluna regular doutoranda do Programa de pós-graduação em Saúde Coletiva. RA: 972623

Orientadora: Profa. Dra. Elizabeth Monteiro De Leone Smeke

Centro de Saúde: _____

Projeto Selecionado(a): _____

Participante Convidado(a): _____

Estamos realizando um estudo que pretende avaliar as práticas de Educação em Saúde desenvolvidas nos centros de saúde do SUS-Campinas, a partir da implantação do Programa Paidéia de Saúde da Família em 2001. Para realizar esta avaliação partimos da idéia de que o melhor é realizá-la junto a quem pode se beneficiar de sua avaliação, seja ele(a) trabalhador, usuário ou gestor desta ação.

A idéia desta pesquisa foi construída por membros da Câmara Técnica de Educação em Saúde e está sendo levada à frente por mim, como projeto de doutoramento.

Partimos dos critérios: (que ainda serão estabelecidos). Foram selecionados X trabalhos dos 5 distritos.

Pretendemos realizar dois encontros com duração prevista de 3 horas. No primeiro vamos conversar sobre o nosso contrato de trabalho e realizar uma oficina sobre as experiências dos participantes e sua conceituação de Educação em Saúde, levantando também os elementos para avaliação da experiência que o grupo indica. Como “dever de

casa” pediremos que levantem possíveis nomes de usuários para participar deste processo de avaliação num outro momento.

No segundo encontro realizaremos um Grupo Focal sobre a avaliação das experiências, considerando o roteiro esboçado a partir dos elementos indicados no encontro anterior. Cada participante será convidado a produzir individualmente, num primeiro momento, sua avaliação da experiência analisada, compartilhando-a em seguida. Por fim, listaremos os nomes de usuários indicados por vocês, definindo locais e datas de encontro para trabalhar com eles suas reflexões sobre a mesma experiência. Para concluir, pretendemos ter um momento para avaliar o processo de avaliação.

Os produtos destes encontros com o grupo de trabalhadores serão apresentados novamente a vocês para validação e em seguida será apresentado ao grupo dos gestores e ao de usuários, que também passarão por processo de discussão semelhante ao de vocês.

Você poderá participar ou não da pesquisa. As atividades serão gravadas e depois transcritas. Você poderá ter acesso aos originais transcritos para sua análise e aprovação das informações ali contidas. Será garantido aos participantes o anonimato das informações prestadas, bem como a sua desistência a qualquer momento sem nenhum ônus.

Qualquer dúvida entre em contato com a pesquisadora nos telefones (19) 9166 5932 ou 3288 0156 (à noite). Se o Sr. ou Sra. quiser fazer alguma reclamação ou denúncia sobre qualquer situação em que tenha se sentido prejudicado, entre em contato com a Comissão de Ética em Pesquisa da Faculdade de Ciências Médicas, através do telefone 3788 8936.

DECLARAÇÃO DE CONSENTIMENTO

Tendo lido as informações dadas sobre a pesquisa e tendo tido a oportunidade de fazer perguntas e ter recebido respostas que me deixaram satisfeita(o), e tendo entendido que tenho o direito de recusar-me a participar da pesquisa, sem que isso traga consequências para mim, aceito participar desta pesquisa.

Campinas, ____/____/____.

assinatura da(o) participante

RG: _____

assinatura da pesquisadora

RG: 26803062-5

**Apresentação Termos de Consentimento Livre e Esclarecido
encaminhado aos Usuários**

Universidade Estadual de Campinas – UNICAMP
Faculdade de Ciências Médicas
Departamento de Medicina Preventiva e Social
Programa de Pós-graduação em Saúde Coletiva

CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO DO USUÁRIO DO
PROJETO SELECIONADO

Responsável: Nayara Lúcia Soares de Oliveira

Socióloga, mestre em Saúde Coletiva, aluna regular doutoranda do Programa de pós-graduação em Saúde Coletiva. RA: 972623

Orientadora: Profa. Dra. Elizabeth Monteiro De Leone Smeke

Centro de Saúde: _____

Projeto Selecionado(a): _____

Participante Convidado(a): _____

Estamos realizando um estudo que pretende avaliar as práticas de Educação em Saúde desenvolvidas nos centros de saúde do SUS-Campinas, a partir da implantação do Programa Paidéia de Saúde da Família em 2001. Para realizar esta avaliação partimos da idéia de que o melhor é realizá-la junto a quem pode se beneficiar de sua avaliação, seja ele(a) trabalhador, usuário ou gestor desta ação.

A idéia desta pesquisa foi construída por membros da Câmara Técnica de Educação em Saúde e está sendo levada à frente por mim, como projeto de doutoramento.

Partimos dos critérios: (que ainda serão estabelecidos). Foram selecionados X trabalhos dos 5 distritos.

Pretendemos realizar um encontro com duração prevista de 3 horas. Neste encontro vamos conversar sobre o nosso contrato de trabalho e realizar uma discussão em forma de oficina sobre as suas impressões acerca do trabalho que o Sr. ou a Sra. participa, avaliando-o. Cada participante será convidado a avaliar este trabalho realizado no Centro de Saúde, compartilhando-o com os demais. Para concluir, pretendemos ter um momento para avaliar o processo de avaliação.

Os produtos destes encontros serão apresentados novamente a vocês para validação e em seguida será apresentado ao grupo dos trabalhadores e ao de gestores, que já passaram por processo de discussão semelhante ao de vocês.

Você poderá participar ou não da pesquisa. As atividades serão gravadas e depois transcritas. Você poderá ter acesso aos originais transcritos para sua análise e aprovação das informações ali contidas. Será garantido aos participantes o anonimato das informações prestadas, bem como a sua desistência a qualquer momento sem nenhum ônus.

Qualquer dúvida entre em contato com a pesquisadora nos telefones (19) 9166 5932 ou 3288 0156 (à noite). Se o Sr. ou Sra. quiser fazer alguma reclamação ou denúncia sobre qualquer situação em que tenha se sentido prejudicado, entre em contato com a Comissão de Ética em Pesquisa da Faculdade de Ciências Médicas, através do telefone 3788 8936.

DECLARAÇÃO DE CONSENTIMENTO

Tendo lido as informações dadas sobre a pesquisa e tendo tido a oportunidade de fazer perguntas e ter recebido respostas que me deixaram satisfeita(o), e tendo entendido que tenho o direito de recusar-me a participar da pesquisa, sem que isso traga consequências para mim, aceito participar desta pesquisa.

Campinas, ____/____/____.

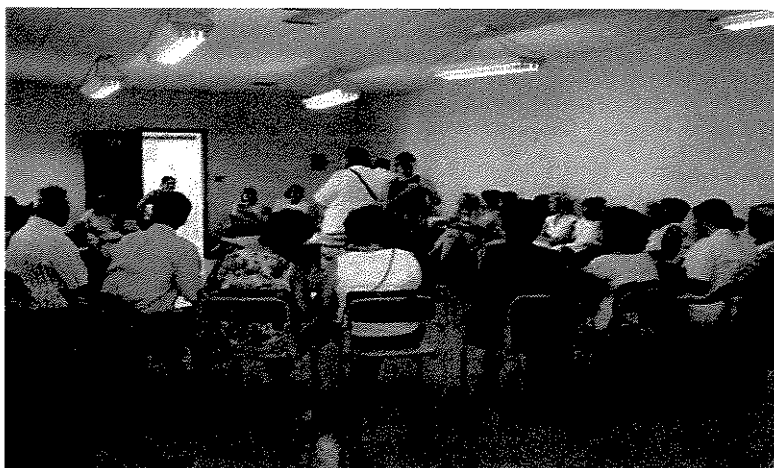
assinatura da(o) participante

RG: _____

assinatura da pesquisadora

RG: 26803062-5

**Algumas fotos tiradas durante a reunião de validação e debate
com os grupos de interesse**



**Exemplo de instrumento individualizado de validação dos gestores,
segundo categorias de avaliação**

Projeto: Projeto Crê-Vida Feliz/ Valença e Região do Campo Grande/NO

Gestor: Buriti

Categorias de Análise	Entendimento dos Trabalhadores na validação do roteiro de perguntas		
Expectativas de avaliar	“(…) Vamos pegar o Lian Gong (…). A gente fica esperando que eles tenham um vínculo maior com a unidade. Como é que eu meço isso? (…) de alguma forma eu sei que o Lian Gong está provocando isto. (…) Como é que eu avalio isso?” Timbaúva: “São coisas culturais.” Buriti: (…) tem um projeto aqui que (…) de avaliar, né? Ele está seguindo as diretrizes do Paidéia. Ótimo. E como gestor, né? Ele tá respondendo a isso (…) Então como é que eu avalio?”		
Categorias de análise e conceitos	Apontamentos		
	Entrevistas		
	escritos	Opinião individual	De outros gestores
Componentes formais	Dificuldade/ confusão na definição de objetivos/metodologia, impossibilitando definição de instrumentos de avaliação.	Não respondeu.	
Instrumentos de avaliação existentes Resultados já encontrados	Não especificados/”proposta sujeita a mudanças no processo”.	“aqui não definiram nenhum instrumento. Só coloca que está sujeito a mudanças no processo. Deve ocorrer uma espécie de um replanejamento. Mas do ponto de vista dos resultados, não.” “vendo as perguntas que estão aqui do lado (direito do roteiro de perguntas), o que será que está faltando? Eu acho que os profissionais não estão capacitados para isso. Para fazer uma avaliação qualitativa, quando esse profissional está capacitado (…) ou por área, de uma forma mais formal, científica, com a gente gestor, quando que o profissional no dia-a-dia está capacitado para isto também. Ele não consegue fazer, porque…”	Barbatimão: “É uma forma muito intuitiva, né? De tudo que todo mundo falou, não tem mesmo essa clareza.” E Timbaúva completa: “É uma sensação.” E Copaiba coloca: “Mas eu acho legal isso, por exemplo, você tá vendo o paciente, você vê que sai um relato diferente. Você nem pára para ver o que (…). Chama sua atenção: ‘Nossa, que interessante’. Você anota, mas não anota só dado clínico, anota que conversou, que tá contente, porque tá gerando renda... Alguma coisa assim...”
Transformações Práticas Sujeitos Perfil epidemiológico	Espaços para práticas de 1) saúde tradicionais (ex: consulta médica); 2) educação formal; 3) educação em saúde; 4) vivências; 5) lazer e cultura; 6) inclusão social (não fechado somente à participação de idosos); 7) cidadania (participação na definição de temas, envolvimento das famílias, conhecer direitos instituídos, etc.); 8) transformação de perfil epidemiológico = atuando na promoção, prevenção (não especificado no projeto).	“Então, na metodologia, estou entendendo o projeto com um instrumento específico da metodologia, que eu acho que o conteúdo dele mesmo, né? Então houve mudanças na prática de consulta médica, então, assim, da prática de saúde tradicional, eles vão introduzindo outras práticas, né? Educação de idosos, organização de idosos, educação em saúde, as vivências, lazer e cultura... De inclusão social, incluindo pessoas de outras idades também nas atividades e discussão de temas ligados a cidadania (conhecimento dos direitos do idoso, cobrando as famílias sobre o cumprimento destes direitos). Em relação ao perfil epidemiológico, isso não foi detectado. Mas eu fico me perguntando se há um entendimento de um conceito de saúde mais amplo, pela própria... Pela busca de ações de promoção e prevenção, trabalhando todas as noções de controle...”	
Continuidade Facilidades Dificuldades	Projeto com potencial para garantia de continuidade por envolver sujeitos, famílias e ser formatado instersetorialmente.	“A gente sabe que ele continua. Mas... Aqui mesmo na formulação, tem uma dificuldade porque não diz quem é a equipe, quem é que implantou. A gente até sabe, mas assim...” (…) “Tem uma lista de parceiros. Para fora. Para dentro, a gente não sabe nem quem... E a garantia de continuidade (…), vem deste	Barbatimão: “eles foram agora recentemente naquela comemoração dos 20 e poucos anos da Mata Santa Genebra, trinta idosos só do Crê-vida. O pessoal da Mata ficou maravilhado porque elas falavam do

		compromisso maior. Tem muita coisa envolvida, parceiro intersetorial. Ele já foi apropriado pela região, envolveu famílias. Realmente os idosos entraram no projeto (...) e realmente acreditam (...).”	conhecimento que elas têm sobre as plantas. Então eles vão fazer uma oficina lá na Mata para as crianças sobre Plantas Medicinais. Porque elas sabiam tudo. E na visita eles iam falando: ‘isso é isso, isso é isso...’ Ai a menina da Mata sacou a importância e convidou eles para fazer uma Oficina lá na Mata.” Alguém comenta: “Que legal.” “Aquele projeto do Banco de Alimentos da NO que começou a fazer, em parceria com o comércio local, por iniciativa deles. E eles bancaram, o pessoal do Crê-Vida. Foram treinados pelo pessoal da VISA, para saber o que é um alimento saudável, recebiam as doações, montaram todos os...Eles recebiam, separavam, montavam as cestas, e o pessoal vinha buscar. Eles são muito animados para outras coisas da comunidade. Não fica restrito só a uma coisa. Tem a visão do papel do cidadão. É um grupo que tem uma característica, que nasceu de um grupo de hipertensos do Valença, que rapidamente se tornou uma coisa abrangente, intersetorial, com essa característica.”
Autonomia dos sujeitos	Idem resposta anterior (referência no projeto: estimular auto-cuidado...).	“o projeto estabelece (...) estimular o autocuidado. Essa nossa opção é que não é pouco, eu acho. Em relação ao tamanho que o projeto tem. Porque um projeto que busca avaliar a cidadania e dar todas essas oportunidades de vivência e tal, com certeza ele tá construindo pessoas autônomas, né. Então agora ele não sei (...) a isso (...).”	Barbatimão: “Ele caminha independente de... (...) Não precisa só do profissional de saúde para tocar o grupo. (...) ...em relação ao serviço e também das pessoas consigo próprias.”
Legitimidade interna	Sem condições de resposta, visto que não estão definidos na formação do projeto quais são os profissionais da unidade envolvidos, quais são as equipes de referência, se o projeto foi definido pelas equipes ou por quais profissionais.	“Tem a outra questão também da legitimidade, aí vem a pergunta: ‘quem é a equipe, o quanto que este é o projeto da equipe de referência? Foi criado pela equipe ou não.’ É legítimo porque é (...) que manda, porque é reunião intersetorial, quando isto foi... Da unidade.”	Barbatimão: “Não é só do Valença. É do Floresta, Itajaí, Valença, Florence... (...) Ele começou com um (...). Tinha uma auxiliar que reclamava muito, porque as outras pessoas do Centro de Saúde no início reclamavam muito dela: ‘ah, só (...), que não sei quê... Por que ela não fica aqui...’ Porque ela se encantou tanto com aquilo, ela ficava muito fora da unidade. Porque realmente a legitimidade para dentro era muito pequena. E foi muito mais para fora, que a coisa cresceu do que... Tanto é que não é restrita ao Valença. Ele é um projeto da comunidade hoje. (...) Tem lá o negócio do Conselho Municipal do Idoso, tem lá...” E alguém pergunta: “E tem legitimidade na equipe por conta...?” Barbatimão: “Agora tem, né. Agora já consolidou, né. Tanto é que na época da reforma do Valença...Porque eles usam o espaço do supermercado lá do bairro. Foi o dono do supermercado que pegou a área

			(...) para que o projeto funcione. Dai hoje tem abertura para várias outras coisas das unidades. Tudo com articulação desse cara, o dono do supermercado. (...) Tem baile, tem aulas para eles, então... E é um grupo muito grande, que tá crescendo... É um projeto que tem... (...) Várias pessoas falam ao mesmo tempo. E Timbaúva comenta: "Tá vendo como a gente faz coisa boa, gente? Tanta coisa boa acontecendo..." E outra pessoa: "A alegria deles é..." (...) Barbatimão: Essa menina, a Dente-de-leão, (...) começou ela e o profissional da unidade, (...) começaram com esse grupo de hipertenso e não sei o quê e daí foi... E caminharam... O foco prioritário, o intersetorial e tal..."
Inclusão social	Idem resposta número 3.	"a inclusão tá o tempo todo no projeto aqui, né. Na medida em que (...), a condição deles em direitos, incluem em outros grupos, (...) em encontros, famílias e outras oportunidades de lazer... A inclusão está em todos os momentos."	
Construção compartilhada de conhecimento	Está previsto no projeto momentos de trocas com os usuários, mesmo para a definição de temas a serem trabalhados.	"eles tinham um planejamento da programação de temas. Eles tinham programado com os participantes, né. Essa era a participação das famílias, né".	

**Exemplo de instrumento individualizado de validação dos trabalhadores,
segundo categorias de avaliação**

Projeto: Projeto Crê-Vida Feliz/ Valença e Região do Campo Grande/NO

Trabalhador: Erva-Cidreira e Dente-de-leão (+ usuária presidente do Crê-Vida)/
*Erva-Cidreira*¹

Categorias de análise e conceitos		Apontamentos	
		Entrevistas	
	Escritos/ <i>validação</i>	Opinião individual	De outros trabalhadores
Instrumentos de avaliação existentes Resultados já encontrados	Na minha opinião, é a presença mais atuante dos participantes nas atividades. No meu ponto de vista, se o projeto não tivesse sendo aceito, não haveria a participação <i>e interesse dos usuários</i> . A avaliação é feita nas reuniões de equipe.		
Transformações Individuais Famíliares Sócio-comunitárias	A auto-estima das pessoas é notada de forma surpreendente. A união e solidariedade das pessoas a cada dia é maior <i>e até mesmo famílias inteiras chegam a fazer parte do projeto</i> .		
Ampliação da confiança nas avaliações	Aplicar um "questionário sem necessidade de identificação".		
Continuidade Facilidades Dificuldades	Infelizmente por falta de sensibilidade e apoio de alguns às vezes acabamos por perder alguns benefícios. Como, por exemplo, a falta de condução para realização de alguns passeios.		
Gestão interferindo nos projetos	A maior dificuldade é de, por exemplo, no caso de querermos montar uma palestra, fica difícil pois o profissional <i>que poderia estar realizando a palestra</i> não pode estar se deslocando para atender a necessidade do projeto.		
Papel dos usuários nos projetos	A participação.		

¹Os caracteres em itálico são os resultantes da validação corrigida dos textos escritos.