

**FACULDADE DE EDUCAÇÃO
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EDUCAÇÃO**

GEHYSA GUIMARÃES ALVES

**CAPACITAÇÃO EM VIGILÂNCIA DA
SAÚDE FUNDAMENTADA NOS
PRINCÍPIOS DA
EDUCAÇÃO POPULAR**

**Porto Alegre
2006**

PONTIFÍCIA UNIVERSIDADE CATÓLICA DO RIO GRANDE DO SUL
FACULDADE DE EDUCAÇÃO
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EDUCAÇÃO

GEHYSA GUIMARÃES ALVES

**CAPACITAÇÃO EM VIGILÂNCIA DA SAÚDE
FUNDAMENTADA NOS PRINCÍPIOS DA
EDUCAÇÃO POPULAR**

Porto Alegre

2006

GEHYSA GUIMARÃES ALVES

**CAPACITAÇÃO EM VIGILÂNCIA DA SAÚDE
FUNDAMENTADA NOS PRINCÍPIOS DA
EDUCAÇÃO POPULAR**

Tese de Doutorado apresentado como requisito parcial para obtenção do título de Doutora em Educação do Programa de Pós-Graduação em Educação da Faculdade de Educação da Pontifícia Universidade Católica do Rio Grande do Sul.

Orientadora: Profa. Dr. Nara Bernardes

Co-Orientadora: Profa. Dr. Denise Rangel de Castro Aerts

Porto Alegre

2006



Portinari, *Pessoas*

GEHYSA GUIMARÃES ALVES

CAPACITAÇÃO EM VIGILÂNCIA DA SAÚDE FUNDAMENTADA NOS PRINCÍPIOS DA EDUCAÇÃO POPULAR

Tese de Doutorado apresentado como requisito parcial para obtenção do título de Doutora em Educação do Programa de Pós-Graduação em Educação da Faculdade de Educação da Pontifícia Universidade Católica do Rio Grande do Sul.

Aprovada em 16 de agosto de 2006

Banca Examinadora

Orientadora: Profa. Dr. Nara Bernardes
Pós-Graduação em Educação/PUCRS

Danilo Romeu Strech
Pós-Graduação em Educação - UNISINOS

Claides Abgges
Pós-Graduação em Saúde Coletiva - ULBRA

Helena Beatriz Scarparo
Pós-Graduação em Psicologia - PUCRS



Portinari, *Pessoas*

AGRADECIMENTOS

Fica difícil neste momento iniciar os agradecimentos pela realização deste trabalho. Foram tantas as pessoas que me auxiliaram em sua feitura, seja orientando, trabalhando ou dando o apoio emocional e o incentivo para a sua realização. No entanto, gostaria de começar agradecendo à minha família, ao meu companheiro de tantos anos, José Leonel, e aos outros dois grandes amores da minha vida, Jerônimo e Jofinnas, que agüentaram os meus ranços e mau humor quando as coisas não aconteciam no ritmo esperado por mim.

Tenho muito orgulho de pertencer a esta família. Sinto-me uma pessoa privilegiada com a vida, pois além da família maravilhosa que tenho, pertenço a uma equipe de trabalho invejada por todos aqueles que tratam o serviço público com seriedade. Sem o seu apoio eu não teria conseguido vencer as muitas adversidades que encontrei pelo caminho durante esse processo de pesquisa.

Agradeço à minha “super” chefe, co-orientadora e, especialmente, minha grande amiga Denise Aerts, que acreditou em mim e compartilha comigo o sonho de transformar a saúde em uma prática mais humanizada e comprometida com a cidadania desta cidade.

À Karla Livi, uma das “enfermosas” da minha vida. Amiga e companheira de trabalho. Vive brigando comigo pelo meu ritmo enlouquecido, mas em muitos momentos consegue ser mais enlouquecida do que eu, pois acredita que é possível um serviço público de qualidade. Foi, junto comigo, a grande responsável por todo esse processo de capacitação e enfrentou muitas críticas por ser minha grande aliada. Acreditou nesse trabalho e dedicou um esforço especial para sua realização, trabalhando, muitas vezes, fora de seu horário de trabalho e abrindo mão de seus interesses pessoais para estar comigo durante todo esse processo.

À Ana Cattani, amiga de muitos anos e responsável pela boniteza da diagramação deste trabalho e pelo instrumento construído para facilitar momentos de capacitação como esse. Dispôs-se a ler toda a tese para pensar junto comigo em uma técnica facilitadora das discussões em grupo. Propusemos um jogo com perguntas e respostas que além de despertar o lúdico pudesse desencadear a reflexão e a discussão.

À Tânia Cortinovi, que se dispôs a realizar a leitura detalhada de todo esse trabalho e fazer uma excelente revisão de português.

À Maria Isabel, que entrou nesse processo já em andamento e participou de boa parte do trabalho desenvolvido na UBS.

Aos meus estagiários Lusiane, Karine, Isadora e Tiago que acompanharam boa parte da capacitação proposta por esta tese e contribuíram com seus apontamentos sobre todo o processo desenvolvido.

A todos os trabalhadores e trabalhadoras das equipes que participaram da capacitação, mesmo tendo sido desgastante em vários momentos, agradeço a contribuição de cada um deles.

À Fapergs, pelo apoio financeiro durante o penúltimo semestre do curso, o que me deu a tranquilidade necessária para me dedicar ao final deste trabalho. Que vocês sempre consigam possibilitar aos estudantes a ajuda necessária, pois é muito difícil fazer um Curso de Doutorado neste país sem ajuda financeira.

Por fim, e não sem menos importância, à minha querida orientadora, Nara Bernardes. Sou muito orgulhosa e grata de ter te tido como orientadora. Além de todos os atributos que tens como excelente profissional, és uma pessoa maravilhosa. Poucas são as oportunidades dos estudantes de pós-graduação terem professores orientadores tão comprometidos com seus orientandos. Muito obrigado por estares sempre presente ao longo de todo esse processo de pesquisa e teres me dado todo o apoio emocional e técnico necessário à conclusão desta pesquisa.



Portinari, *Pessoa*

FOSSO E PONTE

*Favela
dor e alegria
que um dia conheci
fazendo uma pesquisa.*

*Esse dia passou
mas seu grito ressoa
atijando o compromisso
de contar sua luta
mostrando sua vida
para além do preconceito.*

*No centro de saúde,
na favela encalacrado,
convivi com funcionários
indignados
assustados
desanimados.
Vivi suas lutas,
Senti o desrespeito
Atirado pelos burocratas.*

*Favela e centro de saúde
dois mundos ligados
dois mundos separados.
Fosso de preconceito e medo
pontes de compaixão e amizade
Favela carente de saúde
funcionários carentes de criar
portas fechadas por filas
corações trancados por covardia
ouvidos insensíveis pelo preconceito
alimentados a cada dia*

*pela guerra contra os
pobres
armadas pelos liberais.
Guerra ideológica
travada na imprensa.
Misseis de palavras
culpando as vítimas,
insuflando a descrença
e justificando, assim,
o grande ataque:
o corte de verbas.*

*Miséria gritando dor
lambuzada de violência
infestada de verminose
mas pulsando e lutando.
Gente cheia de vida
olhares fundos
mas com brilho.
Mistério e
diversidade.*

*Favela/fosso/centro de
saúde.
Quero quebrar a cabeça
buscando clarear
e depois divulgar
a anatomia
a fisiologia
dessa separação.
Saúde!*

VASCONCELOS, Eymard



Portinari, *Pessoas*

RESUMO

Nesta tese foi problematizada a construção e o desenvolvimento de uma capacitação em vigilância da saúde da criança para trabalhadores da saúde, a qual se caracteriza como uma ação educativa fundamentada em princípios da educação popular, que envolvem a participação, a reflexão crítica, o respeito, a autonomia e a escuta, conforme as contribuições teóricas de Freire (1983, 2001), Brandão (1995, 2001, 2002), Vasconcelos (2001, 2002) e Valla (1998b, 2000). Pretendeu, portanto, investigar como se constrói e se processa tal capacitação, em serviço, com trabalhadores da saúde da Secretaria Municipal de Saúde de Porto Alegre (RS), mediante um método de pesquisa-ação inspirado nos estudos de Car e Kemmis (1998), Thiollent (1984) e Serrano (1990). Essa opção metodológica, cuja finalidade foi promover a participação ativa das pessoas envolvidas e desencadear uma ação transformadora da prática cotidiana, requer o conhecimento da dinâmica das relações de trabalho e do discurso desses participantes, pressupondo que, nesse processo, todos possam vivenciar, descobrir, aprender, ensinar e reinventar novas relações humanas, pautadas no respeito mútuo e no aprendizado contínuo. Os participantes foram os trabalhadores de duas equipes de saúde locais (uma Unidade Básica de Saúde e uma unidade do Programa de Saúde da Família) e uma equipe de Vigilância de Eventos Vitais, Doenças e Agravos não Transmissíveis (EEV) da Coordenadoria Geral de Vigilância em Saúde (CGVS) da Secretaria Municipal de Saúde. A capacitação foi desenvolvida durante o ano de 2004 e o material empírico foi coletado por meio de entrevistas individuais realizadas com cada um dos trabalhadores de cada serviço, focalizando as facilidades e dificuldades de trabalho e o entendimento sobre vigilância da saúde; discussões em grupo que possibilitaram a reflexão sobre o processo de trabalho e os conceitos de vigilância da saúde, modelo de atenção e educação popular em saúde. Os dados foram trabalhados por meio de uma análise de

conteúdo numa perspectiva dialética, conforme proposto por Pagés et al. (1990), e do discurso do sujeito coletivo, desenvolvido por Lefèvre, Lefèvre e Teixeira (2000, 2003). A reflexão sobre as análises construídas na sistematização desta pesquisa corroboram a tese de que uma capacitação em serviço para trabalhadores da saúde, no âmbito de uma secretaria da saúde municipal, baseada em princípios da educação popular, somente atingirá seus objetivos se houver a participação ativa e comprometida dos trabalhadores da saúde e dos gestores, se houver o desejo de refletir para transformar a prática cotidiana e se houver um profundo respeito pelas diferenças e pelos processos vivenciados pelos distintos grupos.

Palavras-chave: vigilância da saúde, promoção da saúde, educação popular



Portinari, *Pessoa*

ABSTRACT

This thesis deals with the problem of the construction and the development of a capability about the vigilance of the children for health workers. This construction is characterized as an educational activity based on principles of the popular education, which involves participation, critical reflection, respect, autonomy and listening, according to the theoretical contributions of Freire (1983,2001), Brandão (1995, 2001, 2002), Vasconcelos (2001,2002) e Valla (1998b, 2000). This thesis intended therefore to investigate the construction of this capability and the way to process this capability in service, with the health workers of the Secretaria Municipal de Saúde de Porto Alegre (RS) – Municipal Secretary of Health from Porto Alegre (RS), by means of a methodology of research-action inspired by the studies of Car and Kemmis (1998), Thiollent (1984) and Serrano (1990). This methodical option, whose purpose was to promote the active participation of the involved people and set off a transformable action of the daily practice, requires the knowledge of the dynamics of the work relationship and of the discourse of these participants on the supposition that in this process everybody will be able to live, to discover, to learn, to teach and to re-invent new human relations that are ruled by the reciprocal respect and by the continuous apprenticeship. The participants were the workers of two local health teams (a Basic Health Unit and a unit of the Program of Family Health) and a team of the Vigilance of Vital Events, Diseases and Intransmissible Injuries (EEV) of the General Coordination of Vigilance on Health (CGVS) of the Municipal Secretary of Health. The capability was developed during the year 2004 and the empiric material was collected through individual interview that were made with each of the workers in each site of service. The interview focused on the facilities and difficulties of the service, on the understanding about health vigilance, on discussion groups that made possible the reflection about the process of the service, and on the concepts about vigilance of

health, the model of attention and popular education on health. The data were verified by means of an analysis of the contents in a dialectical perspective, according to the proposal of Pagés et al. (1990), and according to the discourse of the collective subject developed by Lefèvre, Lefèvre and Teixeira (2000, 2003). The reflection about the analyses which were elaborated in the systematization of this research corroborate the thesis that capability on service for health workers in the ambit of a municipal secretary of health, based on the principles of popular education, will only reach its purposes if the managers and the health workers would have an active and involved participation. Moreover, there would be the will of reflection about the transformation of the daily practice, and a deep respect for dissimilarities and processes that different groups live.

Key-Words: vigilance for health - popular education



Portinari, *Pessoas*

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO	13
2 A CONSTRUÇÃO DO OBJETO DE ESTUDO	19
2.1 O OBJETO DA PRÁTICA MÉDICA E OS MODELOS DE ATENÇÃO À SAÚDE.....	19
2.1.1 O modelo sanitarista.....	21
2.1.2 O modelo médico-assistencial	22
2.1.3 O modelo da vigilância da saúde	25
2.2 A PROMOÇÃO DA SAÚDE	28
2.3 A RELAÇÃO ENTRE EDUCAÇÃO E SAÚDE	30
2.3.1 A educação em saúde.....	30
2.3.2 A formação dos trabalhadores em saúde e o desenvolvimento de ações educativas no trabalho em saúde	36
2.3.2.1 O Programa UNI.....	39
2.4 A EDUCAÇÃO POPULAR EM SAÚDE	41
2.5 EXPERIÊNCIAS E APROXIMAÇÕES ENTRE A VIGILÂNCIA DA SAÚDE, A PROMOÇÃO DA SAÚDE E A EDUCAÇÃO POPULAR	48
2.5.1 O Método Paidéia e a educação popular	49
2.5.2 Projeto Sobral	51
2.5.3 As experiências de Porto Alegre.....	52
2.5.3.1 A Coordenadoria Geral de Vigilância em Saúde.....	52
2.5.3.2 O Projeto Acolhimento	54

2.6 O PROBLEMA DE PESQUISA	56
3 PERCURSO METODOLÓGICO	60
3.1 A PESQUISA-AÇÃO COMO OPÇÃO METODOLÓGICA.....	60
3.2 CENÁRIO E PARTICIPANTES	65
3.3 O DESENVOLVIMENTO DA CAPACITAÇÃO.....	66
3.4 PROCEDIMENTOS PARA A ANÁLISE DOS DADOS	69
3.4.1 O processo de análise do material coletado: a análise de conteúdo numa perspectiva dialética.....	69
3.4.2 O discurso do sujeito coletivo	71
4 A UNIDADE DO PSF	73
4.1 CARACTERÍSTICAS DA UNIDADE DO PSF	73
4.2 PERCEPÇÕES E SENTIMENTOS DA EQUIPE LOCAL EM RELAÇÃO AO TRABALHO	76
4.3 O DISCURSO DE SUJEITO COLETIVO DOS TRABALHADORES DA UNIDADE DO PSF.....	79
4.4 CONCEPÇÕES DA EQUIPE DA UNIDADE DO PSF SOBRE VIGILÂNCIA DA SAÚDE.....	81
4.5 O DESENVOLVIMENTO DA CAPACITAÇÃO REALIZADA NA UNIDADE DO PSF	84
4.6 DISCUSSÃO SOBRE O PROCESSO DE CAPACITAÇÃO NA UNIDADE DO PSF...	99
4.6.1 Relacionamento interno e externo da equipe	99
4.6.2 O processo de trabalho.....	102
4.6.3 Cultura científica e cultura popular	107
4.6.4 Posicionamento da equipe local em relação ao processo de capacitação	111
5 A UNIDADE BÁSICA DE SAÚDE	117
5.1 CARACTERÍSTICAS DA UNIDADE BÁSICA DE SAÚDE	117
5.2 PERCEPÇÕES E SENTIMENTOS DA EQUIPE DA UNIDADE DO UBS EM RELAÇÃO AO TRABALHO.....	119
5.3 O DISCURSO DO SUJEITO COLETIVO DOS TRABALHADORES DA UBS.....	124

5.4 CONCEPÇÕES DA EQUIPE DA UBS SOBRE VIGILÂNCIA DA SAÚDE	127
5.5 O DESENVOLVIMENTO DA CAPACITAÇÃO REALIZADA NA UBS	131
5.6 DISCUSSÃO SOBRE O PROCESSO DE CAPACITAÇÃO DESENCADEADO NA UBS	139
5.6.1 Relacionamento interno e externo da equipe.....	139
5.6.2 O processo de trabalho.....	140
5.6.3 Posicionamento em relação ao processo de capacitação.....	146
6 A CONSTRUÇÃO DA CAPACITAÇÃO E A PARTICIPAÇÃO DA EQUIPE DE VIGILÂNCIA DE EVENTOS VITAIS E AGRAVOS NÃO TRANSMISSÍVEIS	148
7 REFLEXÕES FINAIS	155
REFERÊNCIAS	161
APÊNDICES	174
APÊNDICE A - Mapa Individual - UBS	175
APÊNDICE B - Mapas Coletivos	176
APÊNDICE C - Instrumento de Análise de Discurso I.....	177
APÊNDICE D - Instrumento de Análise de Discurso II.....	180
ANEXOS	183
ANEXO A	184



Portinari, *Pessoas*

1 INTRODUÇÃO

Há muito me preocupa a relação do trabalhador da saúde, categoria na qual me incluo, com a população que utiliza os serviços - as classes populares -, pois ela é permeada de entraves, que vão desde a forma de comunicação até as diferenças culturais que, muitas vezes, são grandes. Em minha história profissional, trabalhei com capacitação de recursos humanos durante muitos anos e ouvi várias histórias que, se não fossem trágicas, seriam engraçadas, de tão surreais que possam parecer. Histórias que contam os desentendimentos ou desencontros diários dos trabalhadores com a população. Por um lado, as equipes de saúde não se encontram preparadas para lidar com realidades tão diferentes, com formas tão distintas de perceber o mundo; por outro, a população vive uma vida de tanta precariedade que a coloca em situações de muita vulnerabilidade. O Estado, por sua vez, não investe na qualificação de seus trabalhadores e trata-os normalmente apenas como recursos disponíveis para a execução de algumas tarefas.

Girardi (1996) enfatiza que esses recursos devem ser tratados como gente e respeitados em suas particularidades, pois se constituem em pessoas que trabalham para viver, que têm objetivos, que se comunicam para superar os problemas e que anseiam por desfrutar de uma melhor qualidade de vida.

Há muitos anos venho desenvolvendo ações de capacitação para trabalhadores de saúde do Estado do Rio Grande do Sul, com o objetivo de repensar o cotidiano de trabalho e procurar qualificá-lo a partir da reflexão crítica sobre os conteúdos relacionados à saúde, à doença e à relação com os usuários dos serviços de saúde. Nesses encontros, refletíamos sobre o dia-a-dia, sobre as dificuldades de trabalho e sobre o prazer de trabalhar. A partir daí, pensávamos na educação e em como ela poderia ajudar no cotidiano de trabalho e na relação com a população.

Hoje realizo minhas atividades profissionais na Secretaria Municipal de Saúde de Porto Alegre, coordenando a Equipe de Vigilância de Eventos Vitais, Doenças e Agravos não Transmissíveis (EEV) da Coordenadoria Geral de Vigilância da Saúde (CGVS). Essa equipe é responsável pelos Sistemas de Informação sobre Nascidos Vivos (SINASC), Mortalidade (SIM), Risco Nutricional (SISVAN) e Doenças Não-Transmissíveis (DANT). Esses sistemas de informação geraram, em nível municipal, programas de vigilância. A partir do SINASC foi criado o Programa de Vigilância da Criança Menor de Um Ano - Pré-Nenê - que prioriza o atendimento dessas crianças na rede básica de serviços de saúde e as acompanha durante o primeiro ano de vida. Esse programa está implantado em praticamente todos os serviços básicos de saúde de Porto Alegre. Com base no SIM, foi criado o Programa de Vigilância da Mortalidade - Pré-Viver, que investiga os óbitos de crianças e adolescentes com menos de 16 anos de idade moradoras de Porto Alegre. Para tanto, é realizada pesquisa em prontuários dos serviços de saúde onde a família buscou atendimento antes do óbito da criança e é feita visita domiciliar para entrevistar as mães, a fim de conhecer a história da doença e da morte da criança e a participação dos serviços de saúde nessas histórias. A partir do SISVAN, implantamos o Programa de Vigilância de Crianças em Risco Nutricional - Pré-Crescer, que acompanha essas crianças nas unidades básicas de saúde. No ano de 2005, essa equipe passou a se responsabilizar pelas Doenças e Agravos não Transmissíveis e acabou por coordenar a implantação do Sistema de Vigilância da Violência e de mais três sistemas de informação: Sisprénatal (responsável pelas informações sobre pré-natal); Hiperdia (hipertensão e diabetes) e Siscolo (câncer de colo de útero). Em médio prazo, todos esses sistemas de informação deverão articular-se com programas de vigilância e ter uma estreita relação com os serviços básicos de saúde.

Até o início de 2005, eu coordenava o Programa Pré-Viver, que desde 1996 tem sido desenvolvido de forma centralizada pela nossa equipe. Esse trabalho tem sido decisivo na minha vida, pois tem possibilitado uma grande reflexão sobre a vida e a morte e o quanto as desigualdades sociais, culturais e econômicas têm determinado esses eventos.

Têm chamado a atenção os casos freqüentes de mães que relatam o descaso dos serviços de saúde quando buscam atendimento para seus filhos, demonstrando revolta pela criança ter falecido após essa busca. Como muitas dessas mortes poderiam ter sido evitadas, quer seja por um atendimento qualificado, quer pelo entendimento da mãe sobre a gravidade da doença ou os cuidados necessários para preveni-la, é preciso que se conheça a participação dos serviços de saúde e se repense a forma como os profissionais da saúde estão trabalhando com as informações necessárias para que a população possa se proteger e fazer escolhas mais

saudáveis de vida.

Aerts et al. (2000, p. 8), ao estudarem a mortalidade de crianças com menos de cinco anos por AIDS, salientam a importância do contato dos trabalhadores da saúde com as famílias e apontam falhas no processo de comunicação.

É imprescindível que uma informação tecnicamente correta e útil seja decodificada e traduzida para a população, para que essa, conferindo-lhe significado, possa transformá-la em motriz para mudanças de conduta e de atitude frente à vida. É certo que, nesse processo de comunicação, os trabalhadores em saúde precisam ouvir os usuários, escutá-los e escutarem a si mesmos, buscando identificar as dificuldades no manejo de uma doença que tanto mobiliza as pessoas, uma vez que trata de sexo, vida e morte.

O processo de comunicação dos trabalhadores da saúde com os usuários nem sempre resulta em um melhor entendimento sobre a sua situação de saúde. A reflexão sobre esse processo raramente é realizada dentro dos serviços de saúde. Na maior parte das vezes, os trabalhadores da saúde não conseguem perceber que o usuário sai de uma consulta sem entender o que lhe foi recomendado. Com vergonha de perguntar, o paciente realiza determinado tratamento ou toma a medicação como imagina que lhe foi ensinado. Essa postura, muitas vezes, não alivia sua dor, podendo até agravar a doença ou mesmo matar o doente. Situações assim foram relatadas por muitas mães que entrevistamos. No ano de 2004, uma mãe relatou ter ido ao médico para a revisão de seu filho de um mês. Ao examinar a criança, o profissional solicitou à mãe que passasse bicarbonato de sódio na boca da criança, pois ela estava com sapinho. A mãe chegou em casa e deu o remédio para a criança tomar. Essa criança morreu de gastroenterite. Esse exemplo é chocante, mas auxilia na reflexão sobre o processo de comunicação que ocorre entre dois mundos tão distantes. Assim, é imprescindível o investimento em capacitações que propiciem um conhecimento mais crítico da realidade das pessoas pertencentes às classes populares e do atendimento que é prestado pelo setor público.

No trabalho de visita domiciliar, tenho conversado com mães que perderam filhos e pensado em possíveis ações a serem desencadeadas, que possam influenciar positivamente a vida dessas famílias. Tenho vivido o dilema de descentralizar o Programa Pré-Viver, pois hoje esse trabalho é desenvolvido pela Equipe de Vigilância de Eventos Vitais, Doenças e Agravos Não Transmissíveis (EEV), da Coordenadoria Geral de Vigilância da Saúde (CGVS) (SMS, 2004). Acredito ser imprescindível que os serviços básicos de saúde se responsabilizem pelas

peças moradoras em sua área de atuação, pois a partir da criação de vínculo e responsabilidade é possível desenvolver ações de saúde que respondam às necessidades e problemas da população. No entanto, devido às dificuldades enfrentadas por esses serviços e, especialmente, a pouca qualificação de seus trabalhadores para atuar com vigilância da saúde, é necessário que essa capacitação seja acompanhada de reflexões e discussões sobre questões práticas do cotidiano.

Trabalhar com saúde requer um trabalhador preparado para lidar com a vida, com a doença e com a morte e atuar na vigilância da saúde é estabelecer uma outra lógica para nortear a prática dos serviços de saúde, que não seja centrada no atendimento da demanda espontânea e da doença, mas na responsabilização e na oferta organizada dos serviços. Isso significa que, ao invés dos trabalhadores ficarem dentro do serviço de saúde aguardando chegarem os doentes e as doenças, devem sair desse espaço para reconhecerem o território com o qual estão trabalhando. Ao fazerem isso, conseguirão conhecer os problemas e necessidades de saúde da população e, assim, organizar a oferta de ações de saúde com base nessas necessidades. Nesse sentido, a visita domiciliar é uma importante estratégia para conhecer a forma como as pessoas vivem e se relacionam, para acolher a família e vinculá-la ao serviço de saúde. Esse vínculo só é possível a partir do acolhimento, da escuta e da responsabilização dos serviços pelas pessoas moradoras no território.

É preciso estabelecer uma nova relação com cada cidadão da cidade, viabilizando canais de difusão de informações capazes de torná-los sujeitos ativos na promoção e proteção de sua saúde e da saúde da cidade. Nesse sentido, a capacitação das equipes de saúde é necessária para a revisão dos processos de trabalho e de modelos de organização. No entanto, é fundamental elaborar uma capacitação em serviço, que parta da realidade vivenciada por cada equipe de saúde e das necessidades sentidas por cada membro dessa equipe. Nesse sentido, ela deve ser pensada a partir de referenciais teóricos que sustentem uma proposta crítica da educação, pois deve possibilitar a reflexão sobre a relação com os usuários e a organização dos serviços e a revisão de conceitos e posturas.

Conforme Freire (1980), é impossível pensar a educação fora das sociedades humanas, o que significa dizer que a educação deve, necessariamente, partir da realidade vivida e ir, a partir dela, construindo e reconstruindo um saber que sirva para transformar essa prática. Nesse livro, Freire nos mostra que o homem se faz no tempo e que na medida em que ele faz essa imersão no tempo começa a discernir suas relações com o mundo e essas passam a ter um sentido. A integração ao seu contexto implica uma visão de si e do mundo e a transformação do homem em sujeito de sua história, pois ele vai dominando e humanizando essa realidade.

Esse processo reflexivo faz com que ele assuma um novo papel na sociedade e, com isso, possa transformá-la, passando de um objeto manipulado a um sujeito crítico.

No âmbito do Ministério da Saúde (BRASIL, 2003b) os problemas da formação da força de trabalho em saúde têm sido discutidos. Aponta-se para a necessidade de ações educativas cujo pressuposto seja o da aprendizagem significativa, que promove e produz sentidos e propõe-se que essas práticas educativas estejam baseadas na reflexão crítica sobre as práticas concretas dos profissionais nos serviços de saúde. Assim, os processos de capacitação em serviço devem ser estruturados a partir da problematização de seu processo de trabalho e ter como objetivo a transformação das práticas profissionais e da organização do trabalho, levando em conta as necessidades de saúde dos indivíduos e grupos populacionais. Nessa perspectiva, devem ser trabalhados os elementos que reforçam a integralidade do atendimento: acolhimento, vínculo, responsabilização, desenvolvimento da autonomia e resolutividade.

Em sintonia com as recomendações do MS, penso que uma capacitação em serviço que pretenda assumir um papel mais crítico não pode estar voltada somente para qualificar os trabalhadores da saúde a exercerem a sua função com maior qualidade, além disso, deve pressupor uma reflexão sobre sua inserção no trabalho e a relação com os outros sujeitos (usuários) que compõem o seu cotidiano. A partir dessa reflexão é que os trabalhadores da saúde poderão qualificar a sua prática e incidir positivamente na vida das pessoas com quem se relacionam. O desafio é pensar a totalidade das questões que envolvem as comunidades, grupos, entidades, famílias e indivíduos com os quais trabalhamos (BOFF, 1996).

Assim, a capacitação em vigilância da saúde da criança pretende não só criar as condições para a discussão e reflexão dos conteúdos necessários para descentralizar o Prá-Viver e para a qualificação dos programas de vigilância da saúde da criança já existentes, mas também auxiliar as equipes a manterem uma postura crítica e reflexiva sobre o seu trabalho e incorporarem a lógica do modelo de atenção da vigilância da saúde. Isso ajudará a qualificar o cotidiano, a reforçar os princípios do SUS e a criar condições para a descentralização de outras ações de vigilância desenvolvidas pela CGVS.

Portanto, o objetivo central deste trabalho é investigar como se constrói e se processa uma capacitação, em serviço, com trabalhadores da saúde, fundamentada nos princípios da educação popular em saúde e analisar seu processo de desenvolvimento. Para tanto, esta tese revisou os modelos de atenção à saúde, em especial, a vigilância da saúde, a promoção da saúde, a relação entre educação e saúde e a educação popular em saúde.

Esta tese está organizada em uma introdução e seis capítulos. O capítulo 1 é esta introdução, onde está colocada a justificativa do trabalho. O capítulo 2 faz a construção do objeto de estudo: a revisão dos modelos de atenção à saúde (sanitarista, médico-assistencial e vigilância da saúde); as discussões sobre promoção da saúde; educação em saúde; formação dos trabalhadores em saúde; educação popular em saúde e apresenta algumas experiências e aproximações entre a vigilância da saúde, a promoção da saúde e a educação popular. O capítulo 3 mostra o percurso metodológico da tese; discute a pesquisa-ação como opção metodológica; apresenta o cenário e os participantes; o desenvolvimento da capacitação e o procedimento de análise dos dados. O capítulo 4 mostra o desenvolvimento da capacitação na Unidade do PSF; suas características; as percepções e sentimentos dos trabalhadores locais e o desenvolvimento da capacitação. O capítulo 5 trata dos mesmos itens do 4, porém versa sobre a capacitação da Unidade Básica de Saúde. O capítulo 6 apresenta a construção da capacitação e a participação da Equipe de Eventos Vitais, Doenças e Agravos Não Transmissíveis da Coordenadoria geral de Vigilância em Saúde. Por último, a tese faz algumas reflexões finais sobre todo o processo de capacitação vivenciado pelas equipes de saúde envolvidas.



Portinari, *Pessoas*

2 A CONSTRUÇÃO DO OBJETO DE ESTUDO

Com vistas à formulação mais precisa do problema da pesquisa, apresento neste capítulo o conhecimento já produzido sobre os três eixos teóricos que, juntamente com a opção metodológica da pesquisa, estruturam a construção do objeto da pesquisa: a vigilância da saúde, a promoção da saúde e a educação popular.

2.1 O OBJETO DA PRÁTICA MÉDICA E OS MODELOS DE ATENÇÃO À SAÚDE

Ao longo da história, o Brasil teve diferentes modelos de organização da oferta dos serviços de saúde, que corresponderam a diferentes modelos de atenção à saúde.

Conforme Silva Júnior (1998), a concepção que se tem de Medicina determina o modo de organização dos serviços de saúde e de prestação de assistência. Em função disso, é importante iniciar esse capítulo mostrando como têm sido estruturados os modelos de atenção à saúde no Brasil.

O corpo como objeto de atenção da saúde começou a ser considerado um alvo importante no final do século XIX na Inglaterra, quando iniciou o processo de desenvolvimento industrial. A Medicina da força de trabalho, um dos modelos de Medicina Social desenvolvidos na Europa, propôs um controle da saúde e do corpo das populações mais pobres, com o objetivo de torná-las mais aptas ao trabalho e menos perigosas para a saúde das populações mais ricas (FOUCAULT, 1989).

Desde então, a economia vem transformando a linguagem médica, atribuindo um custo à vida e à sua manutenção. Assim, conforme a importância dos indivíduos na sociedade ocorre seu acesso aos bens e consumos e aos serviços de saúde, ou seja, enquanto os indivíduos mais abastados vivem em locais com água, saneamento básico, escolas e serviços de saúde, os indivíduos mais pobres não têm acesso a esses bens.

Se, por um lado, a Medicina considerava a doença como um desequilíbrio do corpo, que era tratado como uma máquina, por outro atribuía as doenças a fatores individuais (SILVA JUNIOR, 1998). Com isso, fez-se necessário que passasse a atuar como uma instituição normativa da sociedade e a intervir não só sobre o corpo e a doença, mas sobre as questões comportamentais (FOUCAULT, 1989).

Assim, a Medicina tornou-se cada vez mais normatizadora e distanciada dos problemas concretos e geradores de doença. Com isso, ao longo dos anos, muitas foram as críticas feitas à sua forma de atuar, desconsiderando os problemas sociais que transformam populações saudáveis em doentes.

As críticas ao desenvolvimento da Medicina e dos serviços de saúde estimularam no Brasil a constituição de propostas de modelo de atenção à saúde e de reorganização dos serviços de saúde. Essa discussão vem assumindo grande relevância na atualidade, inclusive no âmbito das Conferências Nacionais de Saúde (CNS), sendo tema central da X CNS (1996) e subtema da XI CNS (2000) (BRASIL, 1986; BRASIL, 2000).

Modelos de atenção são as formas de gerenciamento do processo de prestação dos serviços de saúde. Eles devem levar em consideração os fatores econômicos, históricos, políticos, culturais, sociais e o conceito de saúde. Nesse sentido, são construções históricas e sociais, condicionadas pelo modo de viver e de pensar de uma sociedade, por seu desenvolvimento econômico e pelas disputas e acordos entre os atores sociais.

Paim (1994) define modelo de atenção como sendo as combinações tecnológicas utilizadas pela organização dos serviços de saúde num determinado território. Refere que é uma forma de combinar técnicas e tecnologias para resolver problemas e atender necessidades de saúde. Assim, é uma espécie de lógica que orienta a ação.

No Brasil, existiram vários modelos de atenção à saúde, implantados ao longo dos tempos e modificados conforme a configuração histórica de cada época. Os mais importantes são: o sanitarista, do início do século XIX; o médico-assistencial, do final do século XIX e início do XX e o modelo da vigilância da saúde, bastante atual e ainda muito discutido. Assim, durante o século XX, o Brasil transitou entre esses três modelos, chegando hoje a um modelo plural que inclui como sistema público o Sistema Único de Saúde (SUS). Todos esses

modelos de atenção têm, de um lado, uma determinação econômica e, de outro, uma concepção de saúde que vem mudando ao longo do tempo (MENDES, 1996).

2.1.1 O modelo sanitarista

O modelo sanitarista surgiu no início do século XX, quando a economia cafeeira esteve dominada por um modelo agro-exportador, centrado na economia do café, o que exigia que o sistema de saúde organizasse uma política de saneamento dos espaços de circulação de mercadorias exportáveis e, assim, controlasse as doenças que poderiam prejudicar a exportação (MENDES, 1996). Nesse sentido, procurou articular os interesses econômicos agro-exportadores, combater as epidemias e endemias por meio de campanhas sanitárias e criar centros de saúde responsáveis pelo desenvolvimento de atividades preventivas. Esse modelo teve seu apogeu nas décadas de 1940 e 1950 (SILVA JUNIOR, 1998).

Com a exportação do café, durante a primeira república, era de importância fundamental o controle dos espaços de circulação de mercadorias, sobretudo os portos, uma vez que as doenças que poderiam entrar por esses locais, como a peste, a cólera e a varíola, eram prejudiciais às exportações. Assim, o modelo de saúde adotado era baseado em campanhas sanitárias destinadas a combater as endemias urbanas e, posteriormente, rurais (CARVALHO; MARTIN; CORDONI JR., 2001).

Ao se organizar a partir de campanhas e programas dirigidos a problemas específicos, o modelo sanitarista dificultava o desenvolvimento de atividades rotineiras nos serviços de saúde, atuando de forma paternalista e desresponsabilizando a população por sua própria saúde (AERTS, 2004a).

Os postos de saúde trabalhavam com alguns programas considerados necessários ao controle de epidemias ou da mortalidade infantil e materna. Eles incumbiam-se da prevenção de doenças, atuando na puericultura, pré-natal e vacinação. Nos últimos vinte anos encontrou-se em crise, pois além de faltarem recursos ao Estado para investimento, sua eficácia era relativa uma vez que seu impacto nos problemas de saúde era pequeno (CAMPOS; MERHY; NUNES, 1989).

A concepção de saúde subjacente à proposta do modelo sanitarista estava centrada na doença e fundamentada na teoria dos germes, explicando os problemas de saúde a partir da relação linear entre o agente e o hospedeiro. Assim, esse modelo pretendia resolver os problemas de saúde mediante o combate das doenças, em especial das transmissíveis, quebrando a relação agente/hospedeiro. Para tanto, foram estruturadas ações de combate às doenças de massa, por meio de estruturas centralizadas e com um estilo militarista de intervenção nos corpos (MENDES, 1996). Suas atividades eram organizadas a partir de campanhas, programas especiais, vigilância epidemiológica e sanitária (PAIM, 1994).

2.1.2 O modelo médico-assistencial

O modelo médico-assistencial surgiu na década de 1920, ligado às necessidades de assistência aos trabalhadores urbanos e industriais. Com a lei Eloi Chaves, de 1923, foram criadas as Caixas de Aposentadoria e Pensões (CAPS), que previam, além de aposentadorias e pensões, assistência médica e hospitalar a seus segurados. Essas CAPS beneficiavam apenas os trabalhadores do mercado formal de trabalho, pois eram formadas com o dinheiro dos trabalhadores, empregadores e união (OLIVEIRA; TEIXEIRA, 1986).

Em meados da década de 1930, as CAPS foram unificadas por categoria profissional, criando-se os Institutos de Aposentadoria e Pensões (IAPS), com a justificativa de padronizar o atendimento prestado, uma vez que o tamanho da empresa determinava o do benefício.

Com o golpe militar de 1964, o governo federal sofreu uma forte centralização, o que ocasionou a unificação dos IAPS no Instituto Nacional de Previdência Social (INPS) em 1966, com o objetivo de aumentar a eficiência do sistema de saúde (MERCADANTE, 2002).

O processo de industrialização fez aparecer a classe operária, tornando necessário estabelecer o modelo médico assistencial como modelo hegemônico, uma vez que ele visava recuperar o corpo doente o mais rapidamente possível para devolvê-lo ao mercado de trabalho. Esse modelo surgiu como um modo de ver o mundo, pensando a saúde como a ausência da doença, resultante somente da interação hospedeiro/agente. Assim, a organização dos serviços era definida a partir da visão médica e seu objetivo era colocar à disposição da população serviços curativos e reabilitadores, buscando o desaparecimento das doenças

(CARVALHO; MARTIN; CORDONI Jr., 2001).

A criação do INPS teve como características a extensão da cobertura previdenciária, o privilegiamento da prática médica individual e curativa, assistencialista e especializada, a criação de um complexo médico-industrial e o desenvolvimento de um padrão de organização da prática médica orientado para a lucratividade do setor saúde, estimulando o desenvolvimento da medicina privada (MENDES, 1996). Esse sistema foi organizado a partir do atendimento à demanda espontânea (a própria pessoa decidindo se está ou não doente), ficando na dependência dos indivíduos procurarem os serviços de saúde. Assim, quem não percebia a existência de problemas de saúde ou não estava alerta para medidas de prevenção não seria alcançado pelo sistema (PAIM, 1994).

Esse modelo teve sua origem no relatório Flexner (1910), que preconizava um enfoque reducionista para o ensino na área da saúde, valorizando apenas o individual, o conhecimento experimental, a fragmentação do indivíduo, a dicotomia entre o privado e o público, o biológico e o social, o curativo e o preventivo. Além disso, tinha como características o individualismo, a especialização, o mecanicismo, o biologicismo, a tecnificação do ato médico, a exclusão de práticas alternativas, a ênfase na medicina curativa e a concentração de recursos (SILVA JUNIOR, 1998).

O sujeito desse modelo era o médico e seu objeto de atenção os doentes. Era uma medicina de alto custo e alta tecnologia, em que os indivíduos eram divididos em partes para serem melhor analisados e a organização de recursos para a oferta era condicionada pela pressão espontânea e desordenada, distorcida em relação às necessidades de saúde que determinavam o consumo de serviços médicos (TEIXEIRA; PAIM; VILLAS BOAS, 1998). Pretendia oferecer à população a maior quantidade possível de serviços, centrados no atendimento médico da doença e intermediados pelo uso crescente de tecnologia. Seu objetivo era estudar os fenômenos patológicos a fim de compreender o funcionamento do organismo e estabelecer sua terapêutica o mais rapidamente possível (MENDES, 1996).

A década de 1980 foi marcada pela transição do regime autoritário para um mais democrático, que definiu um novo padrão de desenvolvimento e convocou a eleição da Assembléia Nacional Constituinte para elaborar a nova constituição do país. As mudanças econômicas e políticas que ocorreram no Brasil a partir do início da década de 1980 determinaram o esgotamento do modelo médico-assistencial privatista e sua substituição.

O processo de redemocratização do país fez emergirem as discussões sobre o Sistema Nacional de Saúde. Em 1986, foi convocada a VIII Conferência Nacional de Saúde (VIII CNS), que diferiu das demais por seu caráter democrático e pela significativa participação de

delegados, que representavam quase todas as forças sociais interessadas no tema saúde. Esse evento questionou o Sistema Nacional de Saúde proposto a partir de 1975, que dividia a responsabilidade da saúde entre os Ministérios da Saúde, da Previdência Social, Interior, do Trabalho e da Educação e Cultura (BRASIL, 1975).

A VIII CNS, além de redefinir o conceito de saúde, compreendendo-a como a melhoria da qualidade de vida, identificou como os principais problemas no âmbito da prestação as desigualdades no acesso aos serviços de saúde, a inadequação dos serviços às necessidades da população, a qualidade insatisfatória dos serviços e a ausência da integralidade das ações (PAIM, 1994). Assim, as discussões apontaram para a realização de uma reforma sanitária que consolidasse um Sistema Único de Saúde (SUS), integrador dos três níveis de governo (federal, estadual e municipal), com o estabelecimento de princípios que pudessem se contrapor aos problemas identificados e apontando os municípios como os gerenciadores desse sistema único (BRASIL, 1986).

Para que o SUS pudesse se afirmar como um espaço da saúde, foi necessária a construção de um novo sistema de saúde, que trabalhasse a partir de uma outra concepção do processo saúde/doença. Assim, a primeira mudança importante ocorreu no modo de pensar a saúde, não mais a vinculando às doenças e às mortes, mas sim à qualidade de vida de uma população. Tanto na VIII CNS (BRASIL, 1986) como na I Conferência Internacional de Promoção da Saúde, realizada em Ottawa em 1986 (WHO, 1986), a saúde foi conceituada como qualidade de vida, ou seja, vinculada à educação, habitação, alimentação, renda, paz, ecossistema estável, justiça social, renda e conservação dos recursos. Essas concepções, segundo Mendes (1996), implicam considerar a saúde na sua positividade, indo muito além de suas conseqüências imediatas, indicadas negativamente pela doença, seqüela e morte, e compreendê-la como resultado de um processo de produção social que expressa a qualidade de vida como condição fundamental da existência humana.

O processo de municipalização, regulamentado pela lei 8080/90 (BRASIL, 1990), demandou a constituição de sistemas municipais de saúde, uma vez que até então a grande maioria dos municípios não tinha sequer uma Secretaria da Saúde com estrutura administrativa para gerenciar os serviços de saúde localizados em seu território. O início do processo de municipalização dos serviços de saúde ocorreu com o estímulo a que os municípios assumissem a responsabilidade sobre a rede de prestação direta dos serviços. O Ministério da Saúde estimulava que eles assumissem também as ações de vigilância epidemiológica e sanitária, até então sob responsabilidade dos estados (TEIXEIRA, PAIM, VILLAS BOAS, 1998).

Em 2000, na XI CNS, o modelo de atenção à saúde instituído no Brasil foi novamente questionado, uma vez que o SUS ainda não havia conseguido a mudança de modelo esperada. Os participantes da Conferência exigiram que o SUS fosse capaz de atender aos problemas individuais e coletivos, cuidando não somente da doença, mas especialmente da qualidade de vida. Afirmaram que o Brasil ainda apresenta modelos de saúde obsoletos, assistencialistas, curativistas e centrados na figura do médico, gerando a expectativa de que a única forma de resolver os problemas de saúde seja o tratamento da doença. Assim, o sistema de saúde brasileiro ainda está fragmentado, com uma forma de trabalho hierarquizada, desarticulada, distante da população que é atendida nos serviços e com baixa qualidade de atendimento (BRASIL, 2003).

2.1.3 O modelo da vigilância da saúde

No início do desenvolvimento das políticas de saúde no Brasil, o modelo de atenção que predominou foi o sanitarista, que partia da idéia de eliminação do inimigo, com a erradicação e controle da doença. Operacionalmente, as estratégias iniciais foram evoluindo e deslocando seus objetivos para o controle das doenças, uma vez que foi constatada a dificuldade em erradicar determinados tipos de doenças. Esse modelo foi evoluindo até a introdução das idéias de vigilância (TEIXEIRA; PAIM; VILLAS BOAS, 1998).

A vigilância da saúde é uma nova resposta social organizada para o enfrentamento dos problemas de saúde, uma vez que utiliza o conceito positivo de saúde e o paradigma da produção social da saúde. Essa prática de saúde procura recompor o fracionamento do espaço coletivo da doença, articular as estratégias de intervenção individual e coletiva e atuar sobre os problemas de saúde com base em um saber intersetorial e interdisciplinar (MENDES, 1996).

Assim, a Vigilância da Saúde, tomada em sua perspectiva ampliada, utiliza um conjunto de conhecimentos sobre a produção social da saúde e da doença. É ao mesmo tempo uma organização com poder legal e um campo de conhecimento especializado, pois atua sobre um território definido, sobre as instituições e sobre a coletividade. Além disso, trabalha a partir de três dimensões: o ambiente, a organização social e as pessoas (CAMPOS, 2003).

O modelo da vigilância da saúde propõe uma mudança em relação ao que Mendes (1996) entende como paradigma sanitário. Para o autor, paradigma é “o conjunto de elementos culturais, de conhecimentos e códigos teóricos, técnicos e metodológicos compartilhados pelos membros de uma comunidade científica” (p. 237). Essa mudança propõe a utilização da determinação social do processo saúde/doença como paradigma explicativo da saúde, reconhecendo a importância das condições de vida sobre as condições de saúde da população.

A vigilância da saúde tem como características: a intervenção sobre problemas de saúde; a ênfase em problemas que requerem atenção e acompanhamento contínuo; a operacionalização do conceito de risco; a articulação entre as ações de promoção, prevenção, recuperação e reabilitação; a atuação intersetorial; o planejamento das ações sobre o território definido e a intervenção sob a forma de operações, que significa operar a partir das necessidades locais (TEIXEIRA; PAIM; VILASBÔAS, 2002).

As discussões iniciais sobre vigilância da saúde investiram na articulação entre epidemiologia, planejamento e organização dos serviços de saúde, de modo que a oferta organizada de serviços viesse a se contrapor ao atendimento da demanda espontânea. Isso significa que as ações de saúde deveriam ser organizadas a partir da identificação dos problemas e das necessidades de saúde da população de um território definido (PAIM, 1994).

A dimensão de território é inerente à vigilância da saúde e significa um espaço em permanente construção, compreendendo a área geográfica e tudo o que existe dentro dela. É o espaço de vida, conflitos, interesses, projetos e sonhos, ou seja, a forma como as pessoas vivem, se organizam, adoecem e morrem. É esse território que deve ser "esquadrinhado" de modo a configurar a realidade de saúde de cada grupo populacional, que é permeada pela dinâmica das relações sociais, econômicas, políticas e culturais. A partir do reconhecimento do território de responsabilidade do serviço de saúde, podem ser planejadas ações capazes de incidir sobre os problemas, identificando a diferença entre o que é e o que deveria ser, de acordo com os valores desejáveis do ponto de vista de cada ator social. Trabalhar com problemas de saúde significa entender a representação social de indivíduos e grupos populacionais sobre as necessidades sanitárias, derivadas de suas condições de vida (MENDES, 1996).

Nesse sentido, a ênfase da vigilância da saúde desloca-se do processo de prestação de serviços a indivíduos doentes para a prevenção de riscos e agravos e para a promoção da saúde das pessoas e dos grupos populacionais, o que implica atuar, sobretudo, com ações e serviços que incidam positivamente na vida das pessoas (TEIXEIRA; PAIM; VILLASBOAS, 2002).

A proposta da vigilância da saúde incorpora e supera os modelos de atenção à saúde vigentes, redefinindo os sujeitos - trabalhadores e população -, o objeto de trabalho e os modos de organização dos processos de trabalho. Além disso, articula as práticas de vigilância sanitária, epidemiológica e ambiental e as de promoção, proteção e recuperação da saúde (TEIXEIRA; PAIM; VILASBOAS, 1998). Sua intervenção transcende os espaços institucionais, extrapola os serviços de saúde, expande-se para outros setores governamentais e não governamentais e envolve os mais diversos grupos sociais. Para tanto, necessita de um trabalho interdisciplinar e intersetorial (FREITAS, 2003).

Esse modelo tem como sujeitos a equipe de saúde e a população, procurando como objeto de trabalho os danos, riscos, necessidades e condicionantes dos modos de vida e saúde. No momento em que a equipe sai do interior do serviço de saúde para reconhecer o seu território, interage com a população e, assim, estabelece outra relação com ela. Nesse sentido, a educação tem papel fundamental, pois uma reflexão crítica sobre o cotidiano de trabalho e a relação dos trabalhadores em saúde com os usuários pode auxiliar a equipe no desenvolvimento de habilidades pessoais que facilitem que a população possa se apropriar de conteúdos fundamentais para sua vida e saúde. É um espaço fundamental para a equipe de saúde, pois auxilia na reorganização de suas rotinas, facilita a comunicação com a população e estimula a revisão de suas práticas cotidianas (TEIXEIRA; PAIM; VILLAS BOAS, 1998).

A concepção de vigilância da saúde visa a transformação do modelo de atenção à saúde no âmbito municipal, o que implica avançar no processo de municipalização da gestão e gerência do sistema e das unidades de saúde. Essa concepção estimula a articulação intersetorial, a reorganização da atenção primária e o fortalecimento do controle social (TEIXEIRA; PAIM; VILLAS BOAS, 1998).

Esse novo modo de fazer saúde necessita de novos profissionais, dispostos a fazer uma releitura da realidade, a atuar a partir do cotidiano dos usuários dos serviços, a refletir sobre as formas como eles vivem e se relacionam, adoecem e morrem. Para isso, é imprescindível ter uma interlocução com cada cidadão da cidade para que as informações prestadas à população possam torná-las sujeitos na proteção e na promoção de sua saúde (AERTS, 2004a).

Além da responsabilização da equipe de saúde pela população moradora em seu território, a co-responsabilização da população é necessária para o trabalho da vigilância da saúde. Para serem responsáveis pela sua saúde, as pessoas e os grupos populacionais devem reconhecer os conteúdos necessários de proteção da saúde e, com isso, serem capazes de fazer as melhores opções possíveis dentro da sua realidade. Nesse sentido, Teixeira; Paim; VillasBôas (2002) refletem sobre o processo de apoderamento político e cultural da população

em torno das questões da saúde. Esse é o processo pelo qual, a partir da educação, os grupos sociais adquirem meios para fortalecer o seu poder e lutar contra as estruturas de poder (SILVA, 2000). Aos trabalhadores da saúde cabe o papel de facilitadores das informações necessárias a esse processo de apoderamento, para que os indivíduos entendam os conteúdos necessários à promoção e proteção de sua saúde (GENTILE, 2001a).

Esse é um dos maiores objetivos do trabalho da vigilância da saúde, pois, na medida em que esses grupos se apropriam das informações, acabam por se tornar sujeitos da sua história e, com isso, podem modificar as suas condições de vida. Esse é também o objetivo do trabalho popular, ou seja, contribuir para uma sociedade cuja população possa participar da construção do seu destino individual e coletivo e estabelecer relações mais justas e equitativas entre as pessoas. Para tanto, são necessárias políticas públicas capazes de criar condições para a emergência das diversas culturas que compõem a realidade do povo, construindo uma mentalidade de convivência e superação dos preconceitos e discriminações que excluem e geram desigualdades (BOFF, 1996).

O modelo de atenção da vigilância da saúde está em consonância com a proposta da promoção da saúde, uma vez que tem como objetivos instituir um novo modo de relação com a clientela que procura o serviço, fortalecer a participação popular, desenvolver habilidades pessoais e estimular a população a se apropriar das informações sobre as condições facilitadoras de um bom estado de saúde.

2.2 A PROMOÇÃO DA SAÚDE

Durante a I Conferência Internacional de Promoção da Saúde, em 1986, foi elaborada a Carta de Ottawa, na qual foi redefinido o conceito de saúde, que continha como requisitos fundamentais a paz, a educação, a habitação, a alimentação, a renda, o ecossistema estável, a conservação dos recursos, a justiça social e a equidade (WHO, 1986).

A partir desse novo conceito, promover a saúde passou a ser entendido como a capacitação da população para que ela possa assumir a responsabilidade de atuar na melhoria da sua qualidade de vida e saúde, incluindo uma maior participação e controle desse processo. Essa capacitação requer uma abordagem interdisciplinar e intersetorial, que ultrapassa a

competência de intervenção isolada dos serviços de saúde e necessita de um Estado capaz de reduzir as diferenças e assegurar igualdade de oportunidades e acesso a informações à população, de tal modo que a leve a fazer as melhores opções para garantir sua saúde.

Para tanto, o trabalhador da saúde precisa compreender a forma como as pessoas adoecem e morrem e os determinantes do processo saúde/doença, a fim de poder desempenhar o importante papel de capacitar a população. Ele deve assumir uma postura ética que incorpore um conjunto de valores, como justiça e bem comum, e auxiliar a população a exercitar, junto com ele, a sua cidadania (L'ABATTE, 1999). Nesse sentido, a educação em saúde pode ser uma importante estratégia para promover a saúde e estabelecer vínculos entre equipe de saúde e usuário dos serviços.

O novo conceito de saúde, estabelecido a partir de 1986, a considera em seu aspecto positivo e vai muito além de suas conseqüências imediatas, indicadas negativamente, como a doença e a morte. A saúde passou a ser vista como resultado de um processo de produção social que expressa a qualidade de vida de uma população e que é gerada a partir das capacidades políticas, ideológicas, cognitivas, econômicas, organizativas e culturais do ser humano (MENDES, 1996).

A idéia de que a saúde é produzida socialmente está relacionada a um conjunto de valores como a vida, a solidariedade, a equidade, a democracia, a cidadania, a justiça social e a valorização da vida. Em conseqüência, as determinações da saúde também devem ser pensadas em relação às dimensões sociais, culturais, econômicas e políticas. Não se pode pensar a promoção da saúde sem uma ação coordenada com outros setores da sociedade: governamentais, não governamentais e com a sociedade civil (ANDRADE; CUNHA, 2002).

Esse entendimento dá suporte aos projetos de intervenção sobre a realidade, ou seja, a prática cotidiana de assistência aos indivíduos é orientada pela visão que se tem de saúde, doença, vida, trabalho e assim por diante (FRACOLLI; BERTOLOZZI, 2003).

A partir da Conferência de Ottawa (WHO, 1986), promover a saúde passou a significar assegurar igualdade de oportunidades e proporcionar os meios necessários para que as pessoas possam realizar completamente seu potencial de saúde, conhecendo e controlando os fatores determinantes de sua saúde e doença (BUSS, 2003).

As discussões da Conferência apontaram cinco campos de ação da Promoção da Saúde. São eles: a criação de ambientes saudáveis; o estabelecimento de políticas públicas saudáveis; o desenvolvimento de habilidades pessoais; o fortalecimento da participação popular e a reorganização dos serviços de saúde. Esses campos foram definidos a partir de princípios fundamentais, que mudaram o entendimento que se tinha de saúde, pois a

promoção da saúde deve atingir a todas as pessoas, independente de terem alguma enfermidade, pretende influir nas determinações das doenças e deve orientar-se para a participação concreta das pessoas. Nesse sentido, os trabalhadores da saúde devem desempenhar um papel fundamental na defesa e facilitação da promoção da saúde (GENTILE, 2001a).

Dois anos após Ottawa, foi realizada a Conferência de Adelaide (WHO, 1988), que apontou um novo desafio para as políticas de saúde: ênfase no envolvimento das pessoas, na cooperação entre os diversos setores da sociedade e na atenção primária da saúde. Além disso, reafirmou a justiça social e a equidade como fatores fundamentais para a saúde. A partir de então, cada uma das Conferências de Promoção da Saúde seguintes reforçou um dos cinco campos de ação propostos em Ottawa (WHO, 1986; WHO, 1988; WHO, 1997).

O conceito de Promoção da Saúde conduz à discussão sobre um novo modo de fazer saúde, pautado num conceito positivo de saúde, relacionado à qualidade de vida e à co-responsabilização - trabalhadores/população, cabendo aos profissionais de saúde o papel de facilitadores dos conteúdos necessários para a obtenção de saúde. Assim, a educação em saúde é vista como uma das principais estratégias da promoção, pois possibilita que se reflita sobre o processo de conhecimento e de aprendizagem e sobre os significados que uma pessoa imprime ao conteúdo que lhe é ensinado.

2.3 A RELAÇÃO ENTRE EDUCAÇÃO E SAÚDE

2.3.1 A educação em saúde

A educação em saúde surgiu como proposta em 1909, nos Estados Unidos da América (EUA), como uma estratégia de prevenção das doenças. Os pressupostos que nortearam essa proposta foram os seguintes: os problemas de saúde devem ser prevenidos pelo esforço individual e pela adesão a hábitos corretos de vida; a população é ignorante e seus problemas de saúde ocorrem em função da falta de informação; a educação deve ser concebida como a

transmissão de conteúdos neutros e descontextualizados, com instrumentos puramente médicos. Desde que foi pensada, a educação em saúde foi distribuída entre as duas áreas, que se desenvolveram de forma subordinada, paralela ou superposta. Na saúde, a doença e sua prevenção eram vistas a partir da perspectiva médica; portanto, para serem corrigidas, necessitariam de técnicas médicas. Na educação, as ações educativas deveriam ser pensadas por educadores, que deveriam propor técnicas dirigidas para resolver os problemas de saúde (MELO, 1981).

Assim, a educação em saúde atuava na perspectiva de responsabilizar os indivíduos pelos seus problemas de saúde, estando sua atenção voltada para a transmissão do conhecimento e a domesticação da população, de modo a seguir as regras impostas pelos trabalhadores da saúde e pelos grupos dominantes (FLORES, [1981]).

Essa educação tradicional caracterizava-se por manter relações de caráter puramente normativo, cujo conteúdo, segundo Freire (1987), tendia a se petrificar e a tornar-se algo morto. Essa proposta educacional implicava um sujeito - o educador e objetos pacientes - o educando. Freire (1987) chama essa educação de bancária, pois se refere aos métodos tradicionais de ensino, centrados na transmissão de informações, em que o educando é um depositário passivo de conhecimentos e não existe uma relação dialógica entre educador e educando, nem entre conteúdo e realidade (SILVA, 2000).

No início do século XX, com o apogeu do paradigma cartesiano e da medicina científica, essa proposta de educação definia responsabilidades: aos profissionais da saúde cabia desenvolver os conhecimentos científicos capazes de intervir sobre a doença, diagnosticando-a e tratando-a o mais rapidamente possível. Ao educador cabia desenvolver ações educativas capazes de transformar comportamentos.

Assim, até o final da década de 1970 e início dos anos 1980, a educação em saúde era utilizada para eliminar ou diminuir a ignorância da população sobre as causas biológicas das doenças, desconsiderando-se por completo as culturas das populações ou grupos populacionais trabalhados. As ações educativas ficavam restritas às questões de higiene e conscientização sanitária, assumindo, predominantemente, um caráter individualista, autoritário e assistencialista (ALVES, 1993).

Melo (1981) argumenta que a educação em saúde não pode mais ser considerada como um espaço subordinado e paralelo à prática médica. Ela tem que ser pensada a partir dos conceitos e práticas dos diversos grupos sociais e da forma como eles estão inseridos no processo de produção e nos fatores que determinam a saúde, a doença e as condições de vida. Para compreender a saúde, é necessária a compreensão do processo de vida. É esse que deve

ser o objeto de atenção da educação em saúde. Assim, não se pode mais pensar a educação na ou para a saúde, uma vez que o conceito de saúde não está mais centrado na doença e sim na qualidade de vida e a educação não pode mais ser pensada somente como instituição de ensino. Educação e saúde devem ser pensados como conceitos interligados e a educação em saúde deve ser uma área do conhecimento elaborada para compreender as condições de vida dos diferentes grupos populacionais e, a partir dessa compreensão, direcionar sua atenção para rever criticamente as práticas de saúde existentes e a relação dos trabalhadores da saúde entre eles e com a população. Para tanto, é fundamental a criação de mecanismos que garantam a participação efetiva desses sujeitos em todo o processo educativo.

Desde o início da década de 1980, esses caminhos têm sido repensados pela Divisão Nacional de Saúde Pública do Ministério da Saúde (DNSP/MS), que tem procurado reorientar o enfoque das ações educativas no sentido de estimular o trabalho participativo e intersetorial e estabelecer estratégias para subsidiar os diferentes grupos sociais na compreensão de suas condições de vida e na reflexão das formas para transformá-las. Assim, tem sido salientada a importância do papel do trabalhador em saúde no desenvolvimento de ações educativas, uma vez que é na relação que se estabelece entre a rede básica de serviços de saúde, as equipes profissionais e os grupos sociais que se materializam os conflitos, interesses e visões de mundo que influenciam os modos de vida dos diferentes grupos populacionais (FLORES, [1981]).

A partir do entendimento de que a educação em saúde é uma prática social, sua metodologia deve ser centrada na problematização do cotidiano, na valorização da experiência de indivíduos e grupos sociais e na leitura das diferentes realidades. No entanto, apesar dessa indicação do DNSP/MS, a ação educativa praticada na rede básica de serviços de saúde ficou reduzida a uma ação complementar ao ato médico e seu enfoque restrito ao repasse de conteúdos sobre normas de higiene. Sua atenção continuava dirigida à tentativa de diminuir ou eliminar a ignorância das causas biológicas das doenças (ROSA, 1989).

Embora se mantenha a mesma denominação, a educação em saúde passou a ser repensada como uma prática social a ser desencadeada como um processo capaz de desenvolver a reflexão e a consciência crítica das pessoas sobre as causas de seus problemas de saúde, enfatizando o desencadeamento de um processo baseado no diálogo, de modo que se passe a trabalhar com as pessoas e não mais para as pessoas. Esse diálogo deve ser entendido a partir da crença de que todos possuem potencial para serem protagonistas de sua própria história, de que estão motivados para se organizarem e de que possuem expectativas sobre as possibilidades de mudança (MENDONÇA, 1982; FREIRE, 1983).

Nesse sentido, Mendonça (1982) traça as seguintes estratégias da ação educativa: a participação de todos os profissionais de saúde no processo de capacitação de indivíduos e grupos populacionais, para que possam assumir a responsabilidade sobre seus problemas de saúde; o entendimento de que os sujeitos (técnicos e população) desse processo têm percepções diferentes sobre a realidade social e que essas devem ser o ponto de partida da ação educativa; a participação popular e o fortalecimento do papel do serviço de saúde.

Pela complexidade de sua dimensão, a educação em saúde requer a presença de diferentes perspectivas epistemológicas. Para tanto, utiliza os aportes teóricos presentes na Pedagogia Social, nas Ciências da Educação, nas Ciências da Saúde e nas Ciências Sociais (MARTINEZ; CARRERAS; HARO, 2000). Os autores consideram que, na perspectiva educativa, uma ação promotora da saúde deve incidir sobre três processos: o processo cognitivo, uma vez que pretende conseguir a compreensão sobre os conteúdos informativos que as pessoas recebem, de forma a poderem analisá-los, sintetizá-los e aplicá-los; sobre o processo afetivo, uma vez que afeta crenças, atitudes e valores que sustentam, implicam e estimulam a participação; sobre o processo psicomotor, desenvolvendo habilidades e competências que propiciam a atuação individual e comunitária.

Como uma prática social, a educação em saúde traz implícita uma visão cultural, pois está situada em um tempo e um espaço delimitado e se define a partir da maneira como as pessoas vivem e entendem a vida.

Brandão (2002) enfatiza que viver numa cultura coloca os sujeitos com e dentro de um mundo em que são e criam, ao mesmo tempo, fios, panos, cores e possibilidades. Isso significa estabelecer no eu e com os outros a possibilidade do presente, que consiste em valores, crenças e negociações cotidianas, através das quais cada um torna a vida social possível. Assim, tudo aquilo que é chamado de educação e de saúde acontece também no âmbito da cultura.

Brandão (2002, p. 25) define educação como sendo

uma dimensão ao mesmo tempo comum e especial de tessitura de processos e de produtos, de poderes e de sentidos, de regras e de alternativas de transgressão de regras, de formação de pessoas como sujeitos de ação e de identidade e de crises de identificados, de invenção e de reinvenção de palavras, valores, idéias e de imaginários com que nos ensinamos e aprendemos a sermos quem somos e a sabermos viver com a maior e mais autêntica liberdade pessoal possível os gestos de reciprocidade a que a vida social nos obriga.

Assim, educar é criar cenários em que pessoas, comunidades, símbolos sociais e significados de vida possam ser criados, recriados, negociados e transformados. Isso se realiza com relação, afeto, amorosidade e informação. Nesse sentido, as pessoas são aquilo que criam e aquilo que criam e recriam como objetos da vida social representa uma das multiplicidades a que Brandão (2002) chama de cultura.

Se a cultura é algo que se reproduz sob determinadas condições, a educação e a saúde também estão relacionadas a essas condições e são determinadas pelo modelo econômico, político, social e cultural de um país. Assim, a educação em saúde tem sua especificidade vinculada ao momento histórico em que está sendo pensada.

Brandão (2002) chama a atenção para o fato de que um dos objetivos da educação é tornar interior às pessoas uma cultura que as antecede. No entanto, essa cultura é colocada no singular, como se existisse apenas uma cultura, a dominante. A educação em saúde tradicionalmente age nesse sentido, reduzindo os indivíduos a seres que devem se adaptar a essa cultura e às regras que ela impõe.

Martinez; Carreras; Haro (2000) insistem em que a educação em saúde não deveria ser normativa e centrada na culpabilização do educando, mas estimular a adoção voluntária de mudanças de comportamento, sem nenhuma forma de coação ou manipulação. Isso significa que as informações sobre saúde/doença devem ser discutidas com os indivíduos e grupos populacionais para, a partir dessa reflexão, ser possível a opção por uma vida mais saudável.

González (1990) aponta indicadores fundamentais e presentes nos modelos de educação em saúde. São eles: os objetivos, pois qualquer modelo tem objetivos implícitos ou explícitos que vão além de educar para a saúde; análise da realidade, pois qualquer intervenção da educação em saúde ocorre a partir de um diagnóstico da realidade; orientação metodológica e práxis educativa, pois dão uma dimensão antropológica, opções sociais e um sistema hierarquizado de valores e conceito de saúde, uma vez que é ele quem irá nortear a ação para que os indivíduos sejam mais saudáveis.

O objetivo de trabalhar com o conceito de Educação em Saúde é promover a capacidade crítica de indivíduos e grupos populacionais, para que esses possam fazer escolhas mais saudáveis de vida. A análise da realidade se faz a partir da identificação de problemas e necessidades de saúde da população, o que exige a participação ativa das pessoas para essa identificação. A orientação metodológica está centrada no diálogo e na reflexão crítica da realidade e o conceito de saúde está relacionado à qualidade de vida. Para tanto, as ações de educação em saúde devem estar voltadas para a melhoria dos determinantes da saúde.

É necessário entender que saúde/doença é um processo que está vinculado ao desenvolvimento social e cultural, uma vez que cada sociedade gera um tipo de doença e um modo de enfrentá-la (MARTINEZ; CARRERAS; HARO, 2000).

Em nosso país, com o movimento de Reforma Sanitária e as discussões da VIII CNS (BRASIL, 1986), os conceitos de saúde e doença e de educação se modificaram. O Sistema Único de Saúde, proposto em 1986 e consolidado pela nova Constituição Federal em 1988 (BRASIL, 1988), apresentou uma modificação substancial nas relações entre os setores da sociedade e incluiu entre os seus princípios a participação popular, a autonomia e o desenvolvimento da cidadania. A educação em saúde passou a ser vista como uma importante estratégia de transformação social, devendo estar vinculada às lutas sociais mais simples e ser assumida pela equipe de saúde, reorientando as práticas de saúde e as relações que se estabelecem entre o cotidiano e o saber da saúde.

Assmann (1998, p. 32), ao refletir sobre a educação do futuro, afirma que “educar é fazer emergir vivências do processo educativo”. Nesse sentido, a educação deve propiciar experiências de aprendizagem e de criatividade para construir conhecimentos e desenvolver habilidades para acessar fontes de informação sobre assuntos variados. A educação em saúde deve estar voltada para entender a educação não só como melhoria pedagógica, necessária para desenvolver a reflexão crítica, mas para o compromisso com a transformação social.

Assim, a participação popular passa a ser uma das mais importantes estratégias do SUS, estando prevista em legislação própria a partir de 1990 - Lei 8142/90 (BRASIL, 1990), pois possibilita que múltiplas ações de diferentes forças sociais se desenvolvam e influenciem a formulação, execução, fiscalização e avaliação das políticas públicas. De um lado, legitima a política do Estado diante da população; de outro, significa um canal para que as entidades populares disputem o controle e a destinação da verba pública (VALLA; STORTZ, 1989).

Chiesa; Westphal (1995) propõem, diante da implantação do SUS, reestruturar o trabalho educativo, de forma a que possa contribuir como uma estratégia de intervenção na assistência e na melhoria da qualidade de vida da população. Sua proposta metodológica está pautada pelo entendimento da determinação social do processo saúde/doença, enfatizando que a inserção dos indivíduos nos meios de produção se reflete nos diferentes riscos de adoecer e morrer, pela adoção de um processo pedagógico problematizador, que valorize a reflexão crítica do cotidiano e pelo reconhecimento do direito à saúde como um valor inalienável do indivíduo.

A partir das discussões dos princípios que norteiam o SUS, fica impraticável, pelo menos teoricamente, falar de uma educação normatizadora e alienante. No entanto, ainda é

preciso trilhar uma longa caminhada para que sejam incorporadas na prática dos trabalhadores da saúde as atividades de educação em saúde, que podem se desenvolver na consulta individual, em trabalhos em grupo ou na visita domiciliar. Além dessa dificuldade, ainda existe outra, talvez mais complicada que a primeira, que é trabalhar a partir de uma lógica problematizadora, reflexiva e emancipatória.

2.3.2 A formação dos trabalhadores em saúde e o desenvolvimento de ações educativas no trabalho em saúde

O dia-a-dia dos serviços de saúde, em especial de quem atua na atenção primária da saúde (porta de entrada dos serviços de saúde, ou seja, os serviços de menor complexidade), é extremamente desgastante, pois muitos dos problemas de saúde não conseguem ser resolvidos com atendimento curativo e individual, uma vez que estão relacionados ao contexto social mais amplo: falta de saneamento básico, condições precárias de vida, desemprego, falta de alimentação e higiene. No entanto, a formação dos trabalhadores da saúde não tem levado em conta esses problemas, pois vem sendo centrada no modelo de educação tradicional, sendo a saúde considerada como ausência de doença e pautada na hegemonia médica e na atenção individual. São modelos que valorizam a transmissão de conteúdos, não levam em conta a realidade em que vivem as pessoas e agem a partir de um conceito negativo de saúde: a doença (FEUERWERKER; SENA, 1999).

Esse modelo está centrado em uma visão fragmentada, individual e objetiva, em que não são levados em conta problemas que vão além do visível, palpável e concreto. Tudo o que não pode ser percebido numa boa anamnese física simplesmente não existe. Assim, para conhecer o paciente e propor um tratamento efetivo é necessário abandonar por completo todas as sensações, desejos e afetos e investir no uso de tecnologia, capaz de realizar rapidamente um bom diagnóstico e/ou tratamento.

No entanto, como já foi afirmado neste estudo, esse modelo de medicina científica não respondeu às necessidades e aos problemas enfrentados pela população e, apesar de ser altamente qualificado, não conseguiu melhorar as condições de saúde da população. Quando essa proposta entrou em crise, por sua ineficiência e ineficácia, começou a proliferar a

discussão de que a saúde estava relacionada à qualidade de vida e que para alcançá-la era necessária a participação ativa dos indivíduos. Assim, foi preciso uma revisão de conceitos. Porém, essa não atingiu boa parte dos cursos de formação, uma vez que o seu corpo docente ainda estava muito apegado ao modelo anterior.

Ao saírem das universidades e dos cursos técnicos, os profissionais da saúde não se sentiam preparados para atuarem em serviços da periferia, onde a falta de recursos materiais, físicos e humanos era rotina e, para enfrentá-la, era necessário criatividade, disponibilidade e qualificação. Essa falta de preparo tinha relação direta com a forma como os cursos vinham se desenvolvendo. A realidade exigia qualificação técnica, mas acima de tudo, necessitava de postura crítica, apoiada no fortalecimento do cuidado e da autonomia da população e em uma ação intersetorial que pudesse responder às demandas da própria sociedade (FEUERWERKER; SENA, 1999).

Na área da saúde, a educação nunca foi vista como prioridade; quando foi utilizada, teve como objetivo domesticar a população para obedecer normas de conduta. Assim, os trabalhadores da saúde tiveram muito poucas oportunidades de refletir sobre o desenvolvimento de ações educativas ou sobre a qualidade e a humanização do atendimento prestado. Essas questões têm gerado muitas discussões na atualidade, tendo sido, no Brasil, tema da X CNS (BRASIL, 1996), cujas propostas ocorreram no sentido de afirmar que a formação dos trabalhadores da saúde deve ser orientada pela leitura dos problemas e das necessidades sociais em saúde. Somente a partir dessa leitura é que é possível desencadear uma educação crítica, centrada no diálogo e na reflexão. Nessa perspectiva, a formação profissional deveria ser capaz de reorientar as relações entre profissionais da saúde e população, buscando um diálogo permanente com todas as formas de conhecimento, especialmente com a cultura popular.

Pensando nessa reorientação da prática profissional, tem sido bastante utilizada no cotidiano de trabalho em saúde a estratégia do suporte social, que representa um conjunto de ações que visam a troca de informações sobre a proteção e a promoção da saúde. Essa estratégia tem tido resultados significativos, uma vez que, muitas vezes, o simples espaço de escuta e aconselhamento já é suficiente para a criação de vínculo e, conseqüentemente, de apoio emocional, o que ocasiona uma melhoria da qualidade de vida dos indivíduos (DALMASO; NEMES FILHO, 2002).

No entanto, a grande dificuldade encontrada pelos serviços de saúde para atuarem com a concepção de suporte social é que, ao trabalharem num modelo de atenção pautado em práticas curativas, hospitalares, atendimento médico e numa visão biológica da doença,

condicionam a prática educativa a ações que visam modificar comportamentos inadequados. Essa prática é centrada na prescrição de tratamento, condutas e mudanças de comportamento e a ação pedagógica privilegia a simples transmissão de conhecimentos pontuais. As técnicas mais utilizadas são as palestras, organizadas sobre temas previamente definidos pelos organizadores, sem qualquer consulta ou adaptação às necessidades da população (CHIESA; VERÍSSIMO, 2003).

As palestras, via de regra, têm como pressuposto a idéia de que a doença deve-se, principalmente, à falta de cuidado da população com sua saúde, fazendo com que essa se sinta culpada pelo problema que apresenta. Além disso, geralmente se limitam à simples transmissão de conteúdo acrítico e descontextualizado. Como normalmente as práticas educativas não são percebidas pelos trabalhadores da saúde como fazendo parte de suas atividades, os momentos educativos são desvalorizados no processo de trabalho, que é centrado na prática clínica, individual e curativa (CHIESA; VERÍSSIMO, 2003).

Prática educativa é o processo de prover os indivíduos dos conhecimentos e experiências culturais que os tornam aptos a atuar no meio social e a transformá-lo (LIBÂNEO, 1994).

Na perspectiva da promoção da saúde, essas práticas educativas assumem um novo caráter, tendo como eixo norteador a capacidade de escolha da população. Para tanto, faz-se necessário que as informações básicas sobre saúde sejam trabalhadas de forma a instrumentalizarem as pessoas para fazerem escolhas mais saudáveis de vida.

O processo de comunicação é indispensável na discussão da assistência à saúde, pois é o principal elo de ligação com o processo educativo e possibilita estabelecer a confiança e a vinculação do usuário ao serviço de saúde e ao profissional. Ao desencadear um diálogo com o usuário, o trabalhador deve certificar-se de que ele entenda o conteúdo informativo que está sendo discutido ou informado, pois, caso ele não entenda, pode colocar em risco a sua saúde. Assim, é fundamental que a comunicação desenvolva a escuta, a observação e a interação entre as pessoas. Para isso, é necessário que exista disponibilidade interna para se envolver e isso é algo que se constrói na relação cotidiana, a partir de uma ação intencional, orientada por um interesse concreto. Mediante a troca de informações, crenças, valores e normas, podem existir acordos que orientem comportamentos e viabilizem a saúde e a vida (CHIESA; VERÍSSIMO, 2003).

Trabalhando com suporte social numa perspectiva transformadora, as técnicas utilizadas para desenvolver as ações educativas extrapolam as palestras, pois, nessas, o espaço para discussão e reflexão é muito pequeno. Tem sido utilizada a técnica de oficina, uma vez

que possibilita uma aproximação maior entre o educador e o educando e a constituição de um espaço de reflexão e discussão de vivências, permitindo a identificação de temas fundamentais para a compreensão do problema em pauta (CHIESA; WESTPHAL, 1995).

2.3.2.1 O Programa UNI

Nas últimas quatro décadas, especialmente a partir dos anos de 1970, ocorreram várias propostas de mudança do modelo de atenção médico-assistencial e da formação dos profissionais da saúde. Uma dessas iniciativas foi o Programa Uni: “Uma nova Iniciativa na Educação dos profissionais de Saúde: União com a Comunidade”. Esse programa abrangeu projetos em 11 países latino-americanos, que começaram a ser implantados a partir de 1992 e apoiados pela Fundação Kellogg.

O Programa UNI tinha como objetivo estimular a criação de projetos locais que apoiassem a construção de propostas de capacitação dos profissionais de saúde e de sistemas locais que tomassem por base uma relação de parceria entre a universidade, os serviços locais de saúde e a comunidade e a humanização da atenção. Visava a educação dos profissionais de saúde e a união com a comunidade (ALMEIDA; FEUERWERKER, LLANOS, 1999).

O programa propôs potencializar três esforços que vinham sendo realizados em âmbito internacional: integração docente-assistencial, em que o ensino articula-se com os serviços de saúde; “Saúde para todos no ano 2000”, meta definida na Conferência Alma-Ata em 1978 e desenvolvimento comunitário. Seu lançamento foi possível em função de estar vinculado a um momento histórico adequado, em que estavam sendo revistos vários conceitos ligados à visão mecanicista de mundo. Assim, sua maior contribuição foi tornar possível a construção e implementação de novas maneiras de pensar e agir em saúde (CHAVES; KISIL, 1999).

O UNI foi elaborado na perspectiva de trabalhar melhor a organização dos serviços, a educação dos trabalhadores da saúde e o sentido da cidadania, reforçando a construção de sociedades democráticas e auto-sustentáveis (CHAVES; KISIL, 1999). Assim, foi desenhado a partir de dois elementos fundamentais: os projetos locais e o programa de apoio aos projetos.

Os projetos locais deviam superar as estratégias pré-existentes, agregando aspectos específicos às experiências anteriores, como o trabalho em equipes interdisciplinares, a ênfase na dimensão pedagógica, o enfoque familiar e o estreitamento da relação com a comunidade (BLEJMAR; ALMEIDA, 1999).

O programa de apoio aos projetos foi um suporte aos projetos locais, que visava favorecer a capacitação das pessoas e instituições envolvidas, ampliar as possibilidades de sucesso dos projetos e sistematizar as experiências adquiridas para a divulgação das novas alternativas na educação dos profissionais (BLEJMAR; ALMEIDA, 1999).

Blejmar; Almeida (1999) mostram que a maioria das iniciativas incorporou ações de comunicação e de trabalho em rede, ocorrendo projetos de capacitação na área da comunicação e saúde, que ajudaram a qualificar as informações de saúde veiculadas pela imprensa.

Esses projetos locais buscaram uma ciência que procurasse dialogar com todas as formas de conhecimento e que não considerasse o conhecimento científico como o único saber existente. Assim, procuravam transformar os educandos em sujeitos ativos e participantes dos processos de transformação, respeitando o seu saber e a sua realidade (FEUERWERKER; DE SENA, 1999).

O Programa UNI pretendia desenvolver novas práticas, que pudessem construir sujeitos que se envolvessem na busca da solução de seus problemas e da satisfação de suas necessidades. Essa abordagem coletiva dos problemas começou a dar visibilidade para os problemas enfrentados e estimulou a formação dos profissionais da saúde dentro das universidades. Em algumas, reforçou movimentos de mudança curricular já existentes, em outras sua capacidade de utilização foi mais limitada, pois não existia um processo de mudança em curso. No entanto, um aspecto comum em todos os projetos foi o reconhecimento de que as transformações deveriam ocorrer no cotidiano da prática pedagógica. Assim, as transformações aconteceram na medida em que os projetos tiveram capacidade de desencadear um processo de reflexão crítica nos sujeitos envolvidos nas relações de ensino-aprendizagem (FEUERWERKER; DE SENA, 1999).

Teve como característica o investimento no processo de formação profissional e na ação dos serviços de saúde e da comunidade, valorizando as ações coletivas, preventivas e promotoras da saúde. Em praticamente todos os projetos, houve um movimento de reorganização dos sistemas locais de saúde e a implantação de um modelo gerencial que favoreceu a descentralização e a incorporação tecnológica no planejamento local (FEUERWERKER; DE SENA, 1999).

Quando foi concebido, predominava a proposta de organização dos sistemas locais de saúde e a valorização da atenção primária, orientadas pelos princípios da equidade, universalidade e qualidade de vida. Praticamente todos os projetos locais investiram na reorganização e fortalecimento de seus sistemas de saúde e na implantação do planejamento local, realizado a partir do reconhecimento dos problemas e necessidades de saúde. As unidades básicas de saúde iniciaram esse processo de reconhecimento de seu território de responsabilidade (territorialização), o que se constituiu em um instrumento fundamental de reorientação do modelo de atenção à saúde de vários municípios (FEUERWERKER; DE SENA, 1999).

O processo de territorialização foi fundamental para a realização de um diagnóstico realizado a partir da participação e do entendimento da população sobre o seu modo de viver, adoecer e morrer. Além disso, propiciou também a apropriação da equipe de saúde das condições em que vive a população sob sua responsabilidade (TEIXEIRA; PAIM; VILLASBOAS, 1998)

Dussault (1999), ao procurar avaliar o Programa, afirma que ele conseguiu promover mudanças significativas na organização dos serviços de saúde, pois, com o incentivo à participação das populações nesse processo, as comunidades envolvidas modificaram sua percepção da saúde e de seus determinantes. Além disso, na maioria dos projetos, a identificação de problemas e necessidades de saúde fez com que os serviços trabalhassem mais próximos das realidades locais. No entanto, pouco avançou na realização de um trabalho interdisciplinar, pois há pouca evidência de grupos estruturados com pessoal de diferentes categorias profissionais.

2.4 A EDUCAÇÃO POPULAR EM SAÚDE

A Educação Popular em Saúde (EPS) vem sendo discutida e afirmada pelo Ministério da Saúde desde a década de 1990 (MS, 2005). A coordenação da EPS/MS procurou articular-se com os princípios do SUS uma vez que este aponta para a universalidade, integralidade, equidade, descentralização, participação popular e controle social. A EPS auxilia na construção desse novo sistema de saúde e, portanto, desse novo sujeito (trabalhador da saúde

e usuário): atuante e participativo, afirmando a autonomia, a participação, o diálogo, a reflexão, a criatividade e a afetividade como fundamentais para o processo educativo (MS, 2005).

Esta proposta de tese fundamenta-se nesses princípios da educação popular e acredita que é possível vivenciá-los com os trabalhadores da saúde, pois somente assim eles poderão ser apreendidos e utilizados com a população.

O movimento da EPS tem encarado alguns desafios: o primeiro deles é a aproximação desses dois campos do saber aparentemente tão distintos. Fantin (2002) enfatiza que é preciso construir mediações, analisar discursos, representações e redimensioná-los, pois é necessário que a inserção no meio popular ajude a selecionar os eixos comuns de reflexão. A ampliação do conceito de saúde, relacionada à qualidade de vida, faz com que se discuta os determinantes do processo saúde/doença e se articule a luta pela saúde com os direitos sociais e a cidadania. Segundo a autora, é no bojo desses movimentos e encontros de luta que se percebe um novo campo sendo construído em torno do tema EPS e que tem se configurado como um espaço de troca, construção de conhecimentos e ação.

Para entender a educação na contemporaneidade, considero importante a contribuição de Brandão (2002a), segundo a qual toda a educação sonha com uma pessoa, com um tipo de mundo que é realizado a partir de diferentes categorias de interação entre as pessoas. A partir da idéia de que tipo de mundo criar, manter ou transformar, o autor aponta duas direções para a educação, “ora opostas ora quase convergentes”: a primeira acredita que a educação ensina quem aprende, ela instrui e capacita. Nessa perspectiva, os que não aprendem possivelmente são os que apresentam as maiores dificuldades. Assim, a educação discrimina e categoriza os alunos como inteligentes ou como deficientes. O propósito dessa educação é criar indivíduos capazes de utilizar seus conhecimentos para fazer-se no mundo. Esse mundo, por sua vez, é regido pelas leis de mercado, que apregoam o trabalho neutro, competente e produtivo. Quem não se adaptar a essa proposta está fora, à margem. Eles são os excluídos, “Eles são os que ficam fora de. Estão postos à margem. Podem estar e até conviver, como subalternos, mas não são partes de. Não são convidados a partilhar, pois estão excluídos do que deve ser repartido” (BRANDÃO, 1995, p. 203).

Os que estão fora de uma educação que forma, que reproduz, que habilita para a vida da norma da sociedade não sobrevivem num mundo voltado para o mercado e o desenvolvimento econômico. Portanto, um país que realmente pretenda diminuir as iniquidades sociais não pode educar para a competição. Além disso, essa educação que trabalha com a idéia de um estado neutro e, por isso, justo, faz pensar que a luta democrática

deve passar pela luta por um ensino público universal e igualitário, ofertado com iguais padrões de qualidade para todas as pessoas. Isso tem como pressuposto que não existem diferenças entre as pessoas e reforça cada vez mais as desigualdades e a exclusão social.

A segunda direção da educação, ao invés de se voltar para o desenvolvimento econômico, volta-se para o desenvolvimento humano: “Ela aspira realizar em cada pessoa a sua plena parcela do direito inquestionável e intransferível, a aspirar ser não menos do que sábia, autônoma e harmoniosa e, se possível, feliz” (BRANDÃO, 2002, p. 64). Essa educação propõe investir em um alguém que se transforma em, mediante anos de envolvimento e partilha, de troca de vivências.

Brandão (2002) propõe a formação da pessoa cidadã, participante e atuante no mundo, a partir do investimento na pessoa humana. Essa formação é pensada a partir da liberdade, autonomia, consciência crítica e responsável, ativa e solidária. Para a formação dessa pessoa, é necessário que a era do conhecimento possa se abrir ao desvelamento de quatro horizontes:

- a) o das pessoas serem seres da vida, pois dentro de todas existe a interação, a integração e a indeterminação de forças e de princípios complexos e diferenciados;
- b) o de estender o contrato social dos direitos humanos a todos os seres com quem é partilhada, nesse planeta, a experiência da vida;
- c) o das pessoas entenderem que o que as coloca como seres humanos é o fato de se pensarem e de pensarem o mundo em que vivem;
- d) o de que ousadia é os seres pensarem e ousarem viver em nome da paz criada sobre o primado da justiça e da igualdade solidária.

Embora Weil (1990) não esteja ligado à educação popular, ele resume os horizontes apontados acima, afirmando que é necessário que se reveja três relações: a relação da pessoa com ela mesma (plano individual), a sua relação com o outro (plano social) e a sua relação com a natureza (plano ecológico). Para que um professor possa ensinar um outro jeito de se relacionar com o mundo aos seus alunos, é necessário que ele mesmo seja um exemplo de tudo isso. Talvez essa seja uma das tarefas mais difíceis da educação, pois quem não tem introjetado esse comportamento não consegue ensiná-lo aos outros. É necessário, portanto, que os professores (ou os trabalhadores da saúde) que desejem trabalhar com uma educação humanizadora se disponham a rever as suas essências. Isso significa que devem ter humildade para admitir que o seu saber não é o único nem o melhor, que devem valorizar os valores humanos, demonstrando, na prática, como a verdade, a solidariedade e a fraternidade fazem parte de sua vida.

Além de Weil, vários autores utilizados por mim, como Alves, Dimenstein e Mosquera, também trazem contribuições importantes às discussões que a educação popular tem colocado nos últimos anos e por isso se fazem presentes neste trabalho.

Rubem Alves acredita que educar é uma vocação que nasce de um grande amor e de uma grande esperança. Assim, o conhecimento deve ser uma experiência prazerosa, deve ser “um prazer que engravida as idéias” (ALVES; DIMENSTEIN, 2003).

Se a educação é “um prazer que engravida as idéias” e as pessoas estão destinadas a serem seres da vida, então ela poderá ser um fator-eixo social por onde passam, ao mesmo tempo, a criação humana e os destinos presentes e futuros da pessoa humana e de seu mundo social (BRANDÃO, 2002).

No entanto, a educação se movimenta entre a conservação e a inovação e esse movimento gera enormes conflitos nas instituições. Se, por um lado, a educação se apresenta com enormes dificuldades, por outro representa as esperanças de melhoria de toda a sociedade futura. Nesse sentido, a época atual é extremamente rica e ameaçadora, pois as estruturas e instituições estão sendo questionadas profundamente. Para enfrentar essa nova sociedade, precisamos de pessoas que tenham competências de fluidez para poder gerir a vida e enfrentar o futuro. Assim, Mosquera (2003) propõe reinventar a Paidéia ou o homem integral, procurando uma síntese entre a visão cultural e a inovação educativa, o que pressupõe um compromisso para tornar os seres humanos cada vez mais humanos. Para tanto, é necessário aprimorar as aprendizagens fundamentais desse ser: a generosidade, os afetos e a sensibilidade.

A sociedade do futuro está condicionada às formas como cria e distribui o conhecimento. Portanto, a educação do século XXI está intimamente relacionada às decisões políticas e econômicas e às relações de força que se estabelecem entre os grupos que estão no poder e as pressões populares. Assim, existem três dimensões que possibilitam o processo de mudança e que podem reorientar a prática educativa: conhecimento do sujeito como base e processo de toda a educação; a aprendizagem como possibilidade de crescimento e o reforço do conhecimento como valor fundamental (MOSQUERA, 2003).

Essas dimensões nortearam, junto com os pressupostos da educação popular, a proposta metodológica utilizada neste estudo, uma vez que, refletindo sobre seu papel e sua relação com os usuários dos serviços de saúde e sobre a importância do conhecimento como um aspecto potencializador do ser humano, os trabalhadores da saúde podem melhorar a sua prática e, com isso, incidirem positivamente na melhoria da qualidade de sua vida e da vida da população usuária dos serviços de saúde.

Cada usuário dos serviços de saúde deve ser tratado como alguém que tem um nome e uma história, que devem ser conhecidos para que, a partir deles, possa ser pensada qualquer intervenção sobre o seu corpo ou a sua vida. Educação é algo para acontecer nesse espaço que se estabelece a dois e que pode e deve ser atribuição das equipes de saúde. No entanto, essas equipes somente conseguem atuar com uma prática educativa crítica e reflexiva se vivenciarem isso no seu dia-a-dia.

Rubem Alves (2003) diz que o educador trabalha com a palavra, que ele fala. Mesmo quando seu trabalho inclui as mãos (como no caso dos trabalhadores da saúde), todos os seus gestos são acompanhados de palavras. As palavras eficazes são aquelas que partem daqueles que são os outros. Esses outros, em uma sociedade que acredita que o saber é privilégio de um grupo (cientistas, intelectuais), acabam por influenciar decisivamente o mundo. Assim, um educador pode ser um fundador de mundos e um mediador de esperanças e pode contribuir para transformar ou manter o mundo como está.

Durante muitos anos, a ciência legitimou-se como um elemento importante de intimidação das pessoas comuns a partir da noção de competência. O discurso e a prática científicos, enquanto competentes, possuem regras precisas de exclusão e inclusão, cuja determinação é dada pela supremacia do trabalho intelectual (CHAUÍ, 1982).

As múltiplas falas de especialistas competentes geram um sentimento individual e coletivo de incompetência. Quando os profissionais de saúde atuam, seu discurso é carregado do imaginário de que, como pessoas da ciência, eles sabem tudo e que o saber popular ou não existe ou é um saber de segunda categoria. Assim, qualquer pensar consciente do educador sobre o seu trabalho só pode ser o pensar crítico se rever e renovar a prática do dia-a-dia, criticando-a e questionando-a. Essa prática não pode estar voltada à dominação de um grupo social sobre outros.

A educação nasce livre e os seus supervisores devem ser a população. No entanto, quando a sociedade cresce muito, separa e opõe os lados, antagoniza ricos e pobres e começa a criar mecanismos e instrumentos de controle do trabalho e da vida, não entre todos os homens, mas de alguns sobre os outros (BRANDÃO, 1982). Com isso, impossibilita uma relação horizontal entre as pessoas, baseada no conhecimento mútuo, na escuta, na reflexão e na troca.

Quando a educação é acrítica e repetitiva, forma um educador que é conduzido vida afora a repetir, ano após ano, aquilo que aprendeu. Assim, é importante que qualquer proposta inovadora parta da reflexão dos envolvidos sobre a sua prática. Somente consegue trabalhar com educação popular quem vivenciou um outro jeito se relacionar. Por isso a necessidade da

construção de novas metodologias para trabalhar com educadores e profissionais da saúde.

Entre as teorias que pensam sobre a educação, a educação popular situa-se dentro das teorias sociais, pois acredita que a educação pode contribuir para a transformação social, desempenhando, assim, um papel fundamental na reconstrução da sociedade. Essas teorias partem da vida cotidiana das pessoas e levam em conta os componentes de sua cultura (BERTRAND, 2001).

Dentre as teorias sociais, a educação popular situa-se dentro das pedagogias da conscientização, onde Bertrand (2001) refere Freire e Shor como seus principais representantes. Esses autores apontam a educação popular e libertadora como aquela que reconhece que os educandos são sujeitos construtores de seus conhecimentos e que essas construções partem, necessariamente, de suas vidas e da realidade em que estão inseridos.

Segundo Silva (2000), a educação popular refere-se às atividades educacionais que têm como objetivo estimular a participação política dos grupos sociais subalternos para a transformação das condições opressivas de sua existência. Na área da saúde, tem sido bastante utilizada a educação popular em saúde e seus princípios têm norteado, em muitas localidades, o trabalho em saúde.

Um dos problemas enfrentados pelas equipes de saúde, ao trabalharem com grupos populares, é a dificuldade de entendimento da linguagem e concepção de mundo dessas comunidades. Valla (2000) acredita que a grande dificuldade na relação dos trabalhadores em saúde com a população diz respeito a sua incompreensão sobre a forma como as pessoas das classes populares pensam e percebem o mundo. Essa está localizada, principalmente, na postura das equipes de saúde, pois há uma incapacidade em aceitar que as pessoas da periferia são capazes de produzir conhecimento e que esse conhecimento está vinculado às raízes culturais dessas pessoas. Ao afirmar que os trabalhadores da saúde e a população não vivem uma experiência da mesma maneira, enfatiza a necessidade de respeito da visão popular, pois, muitas vezes, o que parece conformismo para uns, pode ser visto pela população como uma avaliação criteriosa dos limites da melhoria de suas condições de vida.

Na medida em que os trabalhadores da saúde passaram a conviver com a dinâmica do processo de adoecimento e cura no meio popular, com a implantação de serviços de saúde nas periferias, procuraram reorientar sua prática. O fato de estarem inseridos mais profundamente na dinâmica local proporcionou às equipes de saúde maior potencialidade no enfrentamento do quadro de adoecimento e morte (VASCONCELOS, 2002). Com isso, a educação popular em saúde passou a se constituir em uma estratégia de enfrentamento para os problemas de saúde encontrados, procurando fortalecer a relação com a população e os movimentos sociais

e criar vínculos entre a ação médica e o pensar e fazer cotidiano da população (VASCONCELOS, 1998).

Na educação popular em saúde, as relações entre as equipes de saúde e os usuários dos serviços são vistas como um processo de aprendizagem mútua, que envolve crenças, valores e percepções de mundo. Assim, para capacitar a população nos conteúdos que interferem na sua vida e saúde, os trabalhadores da saúde devem refletir sobre essas diferenças culturais e atuar na perspectiva de uma educação humanizadora, crítica, reflexiva e voltada para a formação do homem integral e autônomo. É necessário assumir a complexidade da relação humana e reconhecer a relatividade de cada interpretação, buscando o entrelaçamento entre as perspectivas de diferentes sujeitos e contextos (FLEURI, 1998).

Essas práticas devem estar voltadas para a superação desse fosso cultural entre a instituição e a população, pois um não compreende a lógica do outro. Essa distância cultural pode ser superada a partir do momento em que a equipe de saúde atuar sobre os problemas de saúde, buscando difundir as lógicas, os conhecimentos e os princípios que regem a subjetividade dos vários atores envolvidos. Nesse sentido, a educação deve ampliar os canais de interação cultural e de negociação entre os diversos grupos populares e os diferentes profissionais. Com isso, passa a ser uma estratégia de construção da participação popular nos serviços de saúde e de interação entre a ciência e a vida das famílias e da sociedade (VASCONCELOS, 2001a).

Arroyo (2001) enfatiza que o objetivo da educação popular em saúde é tornar os seres humanos mais humanos. Para isso, destaca cinco pontos fundamentais: diálogo entre os sujeitos, educação humanizadora, resgate da humanidade roubada, trabalho com a totalidade das dimensões do sujeito e busca de matrizes pedagógicas. Lembra que o corpo, a palavra, a consciência, os hábitos e o trabalho são eixos temáticos fundamentais para trabalhar com educação e saúde, pois são o lugar de encontro entre a educação e a saúde e devem nortear qualquer capacitação de trabalhadores da saúde e da educação.

Ao falar sobre os sete saberes necessários à educação do futuro, Morin (2000) também ressalta a importância de ensinar a condição humana, de resgatar o afeto, as emoções, o estar com o outro. Acredita que para conhecer o humano é necessário situá-lo no universo, integrando os conhecimentos e entendendo o homem como alguém que se realiza na e pela cultura.

Ao longo dos anos, a educação em saúde vem tratando o trabalhador em saúde como se ele fosse um ser alienado e ignorante, que deve ser treinado e conscientizado. Os métodos utilizados nas capacitações são pautados na pedagogia tradicional, cujo objetivo é a

transmissão de informações de forma acrítica e descontextualizada. A educação popular procura reorientar as estratégias de capacitação, fazendo-as a partir das angústias, experiências prévias e desejo de superação das dificuldades. Com isso, procura resgatar o humano de cada um (VASCONCELOS, 2001).

As propostas de educação popular têm o mérito de ter trazido para a saúde uma cultura de relação, rompendo com a tradição autoritária e normatizadora da educação em saúde, passando a atuar com o diálogo e o crescimento mútuos e com a busca de saídas e soluções sociais a partir do cotidiano vivido. Valorizar o saber popular permite que a discussão promova o crescimento da capacidade de análise crítica sobre a realidade e a busca de estratégias de luta e enfrentamento (BRANDÃO, 2001).

A educação popular em saúde trabalha na perspectiva da construção de uma saúde integral e do alargamento do cuidado à saúde, que inclui não somente os aspectos específicos dos saberes, profissões e instituições, mas especialmente a articulação com a sociedade civil. Assim, sua proposta fortalece e reorienta as práticas, saberes e lutas cotidianas (VASCONCELOS, 1998).

Nesse sentido, uma proposta de capacitação que atue na perspectiva da educação popular em saúde deve estar pautada no respeito mútuo e na qualificação da equipe de saúde para um saber fazer que leve em conta o conhecimento técnico, político e ético, que articule responsabilidade, liberdade e compromisso (L'ABATTE, 1999).

2.5 EXPERIÊNCIAS E APROXIMAÇÕES ENTRE A VIGILÂNCIA DA SAÚDE, A PROMOÇÃO DA SAÚDE E A EDUCAÇÃO POPULAR

Considero relevante chamar a atenção para algumas experiências de aproximação entre a vigilância da saúde como modelo de atenção, a promoção da saúde como norteadora do SUS e a educação popular como área do conhecimento e de prática social que pode auxiliar na construção de um novo sujeito, capaz de viabilizar o SUS nas cidades. Para tanto, escolhi três experiências que, a meu ver, mostram que é possível um sistema de saúde mais humanizado e participativo: Saúde Paidéia em Campinas (SP); Projeto Acolhimento em Sobral (CE) e a construção da Vigilância da Saúde e o Projeto Acolhimento em Porto Alegre (RS).

2.5.1 O Método Paidéia e a educação popular

Campos (2003) propõe um método para lidar com o fluxo de informações, que oriente a pesquisa, a política, a gestão, as práticas e a própria vida. Intitula a sua proposta de “Paidéia”, termo grego usado para nomear o homem integral. O Método Paidéia tem o propósito de reorientar as práticas de saúde, dirigindo-as para a ampliação da capacidade de análise e co-gestão de sujeitos. O autor acredita que o desafio é utilizar a vigilância para promover a saúde, ultrapassando as tarefas de impor limites, multar e fiscalizar e atuando a partir do desencadeamento de ações educativas dirigidas no sentido de capacitar a população para que ela possa se responsabilizar pela melhoria da qualidade de vida e saúde. Assim, considera imprescindível promover a saúde com a participação dos usuários, caso contrário os programas de saúde perdem em eficácia.

O Método Paidéia preocupa-se em assegurar a capacidade de compreensão e de decisão dos vários setores envolvidos num projeto e a construção de uma nova relação com as pessoas, com os movimentos sociais e com a capacidade de análise e intervenção da realidade. Defende a hipótese de que, durante o processo de produção de bens e serviços, ocorre, de modo simultâneo, a co-produção de sujeitos e de instituições. No entanto, os serviços que produzem não podem ser caracterizados como mercadorias, mas eles têm valor de uso e a função de controle social. O valor de uso é a potencialidade de atender a uma necessidade social e isso é constituído pela influência de saberes, interesses econômicos, interesses e necessidades da população, prática política e profissional e mídia. (CAMPOS, 2003).

Para reformular a gestão do trabalho em saúde, utiliza os conceitos de núcleo (trabalhadores cuidando profissionalmente de outros) e campo de conhecimento (saúde). O núcleo utiliza as características específicas de cada profissão, pois o trabalho em equipe não deve eliminar seu caráter particular. A co-gestão é um modo de articulá-los em um campo que, ao mesmo tempo, assegure saúde à população e satisfação a seus trabalhadores.

Para atuar nessa nova perspectiva, é necessário envolver toda a sociedade na defesa da própria saúde. Nesse sentido, é fundamental uma mudança de mentalidade dos trabalhadores da saúde, que foram ensinados a acreditar que era deles a responsabilidade com a saúde das pessoas e que elas deveriam ser "elementos" passivos do aprendizado sobre como se faz para ter saúde. Ao tentar controlar o desejo, o interesse e os valores das pessoas em função das

normas estabelecidas pelo modelo de atenção à saúde, os programas de saúde não atuam no sentido de fortalecer o conhecimento e a participação popular (CAMPOS, 2001). Nesse sentido, o autor aponta as seguintes questões metodológicas:

- a) construção de vínculos e de um contrato de trabalho entre a equipe de saúde, os usuários e as organizações: deve-se fazer um chamamento à população para a construção de uma vida mais saudável;
- b) emergência dos temas: devem ser organizados espaços de discussão de temas de interesse, para, a partir deles, ser elaborado um projeto de intervenção;
- c) construção do projeto de intervenção: deve ser garantida a participação de toda a sociedade nesse projeto, pois é impossível às equipes de saúde garantirem, sem essa participação, estabelecimentos produtores de bens e serviços de qualidade. Esse projeto deve seguir as seguintes etapas: definição de temas prioritários; análise de contexto; definição de diretrizes e tomada de decisão; definição de tarefas; análise da prática ou do resultado;
- d) considerações sobre o papel da equipe e da comunidade sobre a intersetorialidade e a educação em saúde: o esperado da equipe é o compromisso com o trabalho e o uso máximo de conhecimentos e de ações técnicas; o esperado da população é iniciativa, mobilização de recursos políticos, culturais e comunitários.

Em 2001, na cidade de Campinas, foi implantado o Projeto Paidéia de Saúde da Família, que discutiu que a existência do Sistema Único de Saúde (SUS) somente se justifica pela produção da saúde. Como a saúde é um atributo das pessoas, é impossível falar sobre ela sem considerar os sujeitos concretos ou o contexto em que ela existe. Nesse sentido, a cidade ou o ambiente somente podem ser considerados em relação às pessoas reais.

Para trabalhar a partir da idéia de homem integral, o projeto propõe que seja reconstruído o modo com que as pessoas pensam e trabalham em saúde. Essa reconstrução deveria passar pela reformulação da clínica, pela ampliação das práticas de promoção da saúde, pela articulação das equipes interdisciplinares, pela ampliação dos espaços de atendimento (que devem ir além do consultório, inserindo o domicílio, a escola, o bairro) e pelo cuidado das pessoas, pensando-as inseridas em redes sociais, como o território, a família, as instituições (CAMPINAS, 2001).

Visava, em especial, modificar a lógica de atendimento, facilitando o acesso e acolhendo os indivíduos e grupos. Em diversos municípios do Brasil têm sido implementadas ou discutidas novas propostas de trabalho, com o objetivo de melhorar o atendimento nos serviços de saúde.

2.5.2 Projeto Sobral

Em Sobral/CE (Sobral, 2002), município do Ceará, foi proposto o “Projeto Acolhimento”, pensado como uma forma de reorganização do modelo de atenção vigente no município. Surgiu quando foi percebida pela administração pública do município que a forma como as pessoas estavam sendo atendidas pelos serviços de saúde era desumana, pois geralmente chegavam de madrugada para reservar uma vaga na fila, retornavam várias vezes até conseguirem uma “ficha”, ou, até mesmo, compravam essa vaga.

Procurando humanizar o atendimento, a administração do município procurou adotar um projeto de acolhimento que envolvia todos os profissionais de saúde da família. O acolhimento na saúde foi pensado a partir de um novo modo de ver a doença, pautado na solidariedade, responsabilidade social e construção da cidadania (SOBRAL, 2002).

Esse projeto previa que o horário do acolhimento seria de 7:00 às 9:00 e de 13:00 às 15:00 horas, envolvendo uma equipe composta por médico, enfermeiro e auxiliares de enfermagem. O acolhimento foi uma forma encontrada pela Secretaria Municipal de Saúde de Sobral de se responsabilizar pelo que acontecia com a população que procurava o serviço. A equipe deveria explicar a proposta para os usuários dos serviços, indicando-a como estratégia de organização do serviço. Após, formaria grupos de pacientes para que cada um explicitasse o motivo da procura de atendimento. Diante de cada caso, a equipe propunha três caminhos a seguir: pronto-atendimento, agendamento de consulta programática ou encaminhamento a outro serviço, através da Central de Marcação de Consultas.

Além da adesão da equipe de saúde para a efetivação da proposta, é necessário o envolvimento das pessoas da própria comunidade, pois a população costumeiramente reivindica ser atendida por médicos e poder fazer a consultar no momento da procura. Atuar seguindo a lógica de que qualquer profissional da equipe tem competência para fazer o acolhimento é descaracterizar o médico como figura central do modelo de atenção.

Os princípios da educação popular elaborados por Freire (1983) auxiliam a pensar sobre o modo de conseguir adesão das pessoas para um projeto diferente, pois trabalhar com o povo é estar **com** ele e **não** trabalhar para ele. Se as equipes de saúde conseguirem mostrar à população que a reorientação de suas práticas necessita da participação ativa dessa população, possivelmente poderão mostrar às pessoas que elas estão com a população, lutando pela melhoria da qualidade dos serviços e pela ampliação do acesso aos serviços de saúde.

Com uma prática humanizadora e com um maior vínculo e proximidade com a população, o atendimento de saúde não irá ser apenas uma estrutura burocrática, hierarquizado e sedimentado no cumprimento de regras e nas desigualdades entre saber e poder. Uma educação comprometida com a prática libertadora e crítica deve começar por quebrar essas estruturas, construindo vínculos entre a equipe de saúde e os usuários, sendo que a equipe de saúde deve ter disponibilidade de ofertar um atendimento adequado e de acolher as necessidades da comunidade e os usuários de aceitar essa oferta e buscar apoio na equipe (BRANDÃO, 1982).

Campos (2001) acredita que vínculo é a circulação de afeto entre as pessoas e se constrói quando existe algum tipo de dependência mútua. Para que esse vínculo seja positivo, os grupos devem acreditar que a equipe de saúde tem alguma capacidade para resolver os problemas de saúde e que os usuários, apoiados pela equipe, conseguirão superar as condições adversas.

Muitas vezes, o simples espaço de escuta e aconselhamento já é suficiente para a criação desse vínculo e, conseqüentemente, de apoio emocional. A partir dele, pode ser oferecido um conjunto de ações que visem a troca de informações sobre a proteção e a promoção da saúde.

2.5.3 As experiências de Porto Alegre

2.5.3.1 A Coordenadoria Geral de Vigilância em Saúde

Em Porto Alegre, as reflexões sobre a vigilância da saúde surgiram no início da década de 1990, quando a Secretaria Municipal de Saúde discutia a necessidade de articular as ações de vigilância epidemiológica e das zoonoses.

Em 1994, foi criado o Centro de Vigilância à Saúde (CVS), agregando os serviços de Controle Epidemiológico, a Zoonoses, o Centro de Referência à Saúde do Trabalhador (CRTS) e a Equipe de Documentação e Informação (setores que existiam isolados dentro da

Secretaria Municipal da Saúde). A partir de então, a vigilância da saúde expandiu-se e articulou-se com outras ações e serviços de saúde que vinham sendo municipalizados (AERTS, 2004b).

Porto Alegre vem investindo na definição dos territórios de responsabilidade dos serviços de saúde, para que não exista nenhum morador da cidade que não pertença a um serviço de saúde, na intersetorialidade e na interdisciplinaridade ao tratar de um problema de saúde, na responsabilização da equipe de saúde pela população moradora em seu território e da população por sua própria saúde, como também no acolhimento como forma de aproximar a população dos serviços de saúde, compartilhando, assim, a responsabilidade pela melhoria da qualidade de vida.

Em 2001, ocorreu a I Conferência Municipal de Vigilância da Saúde em Porto Alegre, promovendo a reflexão sobre esse modelo para mais de 1000 participantes. Nesse encontro, foram discutidos temas como “Controle Social e Vigilância da Saúde”, “Vigilância da Saúde como Modo de Atenção” e “Responsabilidade Pública e a Vigilância da Saúde” e foi reafirmado que uma cidade saudável é construída com políticas públicas voltadas para a melhoria da qualidade de vida e com a participação da população (PORTO ALEGRE, 2001).

Atualmente, a Coordenadoria Geral de Vigilância da Saúde (CGVS) responde pelas ações coletivas de todos os cidadãos da cidade. É composta por sete equipes: Administrativa, Vigilância das Águas, Vigilância dos Alimentos, Vigilância dos Serviços e Produtos, Vigilância das Doenças Transmissíveis, Vigilância das Zoonoses e Vigilância de Eventos Vitais e Agravos não Transmissíveis. Além das atribuições clássicas dos modelos da vigilância sanitária, epidemiológica e ambiental, essas equipes diferenciam-se por sua ênfase às atividades educativas e intersetoriais e pela busca da ruptura com as práticas policiais tradicionais (AERTS, 2004b).

A CGVS tem discutido nos últimos anos a necessidade de descentralizar suas ações para a rede básica de serviços de saúde. Alguns programas de vigilância já vêm sendo assumidos pelos serviços de saúde, especialmente os que atuam na vigilância da saúde da criança. A Equipe de Informações/CGVS coordena três desses programas: o Pré-Nenê, que atende as crianças menores de um ano, priorizando seu atendimento nos serviços de saúde; o Pré-Crescer, que trabalha com crianças em risco nutricional; o Pré-Viver, que investiga a mortalidade (esse programa ainda atua de forma centralizada).

Apesar dos dois primeiros programas já estarem sendo assumidos pela rede básica há bastante tempo, ainda é necessário grande investimento na qualificação de seus trabalhadores. Além disso, o Pré-Viver precisa ser descentralizado, pois as unidades básicas de saúde devem

se responsabilizar pela saúde de indivíduos e grupos populacionais moradores em seu território.

2.5.3.2 O Projeto Acolhimento

A população de Porto Alegre é de 1.440.940 habitantes (DATASUS, 2006) e sua rede de atenção à saúde está distribuída em 16 distritos sanitários. Esses distritos são territórios que correspondem às regiões político-operacionais da Prefeitura e obedecem ao critério do Orçamento Participativo. Foram agrupados em oito gerências distritais de saúde para organizar o gerenciamento dos serviços de saúde na cidade. São eles: Leste-Nordeste; Partenon-Lomba; Restinga-Eixo Sul; Norte-Eixo Baltazar; Centro; Glória-Cruzeiro-Cristal; Sul-Centro Sul; Noroeste-Humaitá Navegantes- Ilhas.

No ano de 2001, a Secretaria Municipal de Saúde (SMS) reafirmou o acolhimento (política pública de saúde centrada no compromisso com a qualidade e a ampliação do atendimento) como uma ação necessária para a humanização e democratização do SUS. A partir de então, foi constituído um grupo de trabalho para elaborar uma proposta de acolhimento na atenção básica de saúde.

O Projeto Acolhimento (PORTO ALEGRE, 2004) teve como objetivo ampliar a inclusão social da população na atenção à saúde, garantindo o acesso universal e a efetiva responsabilização dos trabalhadores da saúde. O pressuposto básico desse projeto é que o acolhimento é um processo e que a instituição e os trabalhadores da saúde devem responsabilizar-se em intervir na realidade de seu território. Para tanto, é necessário que as equipes de saúde busquem identificar as principais necessidades sociais, promovendo a saúde a partir de uma relação humanizadora e acolhedora.

O projeto prevê a criação de uma equipe de acolhimento dentro de cada serviço de saúde, cujo objetivo é abrir um espaço de escuta e diálogo, de modo que o usuário não seja dispensado antes de ter sua queixa ouvida e recebido o encaminhamento adequado a sua necessidade. Propõe que o serviço realize a escuta de 100% dos usuários e que não tenha dias e horários fixos para agendamento.

Antes de sua implantação, a coordenação do projeto organizou capacitações prévias na rede básica de serviços, a fim de discutir com os trabalhadores a lógica e a dinâmica predominantes no atendimento da população.

O serviço de saúde deve ter uma equipe acolhedora, que atue a partir de um território definido e conheça os problemas e necessidades de saúde de sua população. Essa equipe deve reorganizar o trabalho a partir da capacidade instalada, procurando equacioná-la com as necessidades de acesso, vínculo e resolutividade da população do território. Deve atender em horário contínuo de atendimento, estando presentes durante todo o período de funcionamento do serviço trabalhadores qualificados para realizar um bom atendimento e não deixar de atender os casos agudos.

A equipe acolhedora é aquela em que os trabalhadores da saúde escutam e dialogam com os usuários, construindo vínculos e responsabilizando-se por eles. Para tanto, devem ser utilizados todos os recursos disponíveis para eliminar o sofrimento e as causas reais das necessidades sociais de saúde.

O território de responsabilidade de cada serviço deve ser mapeado e, a partir dele, realizado um diagnóstico das necessidades e problemas de saúde, identificando-se o perfil socioeconômico da comunidade e as micro-áreas de risco, cadastrando as famílias e identificando parcerias intersetoriais para dar conta dessas necessidades.

O projeto ainda prevê: a participação dos trabalhadores da saúde no planejamento, acompanhamento e avaliação de todo o processo de trabalho; a atuação interdisciplinar; a educação permanente das diferentes categorias profissionais e um amplo diálogo sobre as necessidades dos usuários a partir de reuniões periódicas.

As ações e procedimentos de rotina em saúde devem priorizar a oferta organizada de serviços e não atuar mais somente com o atendimento da demanda espontânea. Isso significa que as equipes de saúde, além das atividades de rotina tradicionalmente realizadas, devem fazer visitas domiciliares para a busca ativa dos usuários cadastrados em ações de acompanhamento e desenvolver atividades de grupo com fins educativos.

Ao realizar a avaliação do projeto, a Secretaria Municipal de Saúde de Porto Alegre (PORTO ALEGRE, 2004) acredita que sua continuidade dar-se-á pela ampliação da incorporação da cultura de acolhimento no processo de trabalho; pela consolidação de parcerias interinstitucionais e intersetoriais; pelo aporte de recursos financeiros, materiais e humanos e pela vontade política do gestor em dar continuidade ao processo.

2.6 O PROBLEMA DE PESQUISA

Em virtude do caminho que vem sendo trilhado em Porto Alegre e do desafio de transformar o atendimento básico de saúde em referência em humanização e qualidade de atendimento é que foi proposta a realização do presente estudo, pois a Coordenadoria Geral de Vigilância da Saúde (CGVS) pretende atuar de forma descentralizada, em parceria com as unidades básicas de saúde e o Programa de Saúde da Família, a fim de que a vigilância da saúde como modelo de atenção possa ser absorvida em toda a rede municipal de saúde da cidade.

Conforme Starfield (2002), todo o sistema de saúde possui duas metas principais: otimizar a saúde da população por meio do emprego do conhecimento sobre as causas das enfermidades e minimizar as disparidades entre os grupos populacionais. Assim, um sistema de saúde que não esteja centrado na atenção primária ameaça os objetivos da equidade.

Para atingir as metas acima, a autora afirma que o sistema de saúde deve atuar com base no reforço da atenção primária, nível que oferece a entrada no sistema para todas as necessidades e problemas de saúde, aborda os problemas comuns da comunidade e proporcionar ações de promoção, prevenção, cura e reabilitação. A entrada no sistema é dada pelo paciente, que procura o serviço com queixas muito pouco específicas e vagas. A tarefa dos profissionais da saúde é elucidar o problema do paciente e realizar um diagnóstico apropriado. No entanto, para que a atenção primária possa otimizar a saúde, ela deve focar a saúde das pessoas com base nos determinantes de saúde, ou seja, no meio onde as pessoas vivem e trabalham e não só nos aspectos individuais. Ela lida com os problemas mais comuns e menos definidos e, geralmente, é oferecida em consultórios e postos de saúde.

A atenção primária foi definida pela OMS como sendo a atenção essencial, baseada em métodos e tecnologias comprovadas e aceitas universalmente e acessíveis para a comunidade e para o país. É o nível de contato dos indivíduos e famílias com o sistema de saúde e deve levar a atenção à saúde o mais próximo do local onde as pessoas vivem e trabalham (OMS, 1978).

Para Botazzo (1999), a unidade básica de saúde (UBS) sempre foi a porta de entrada dos serviços de saúde. Sendo assim, ela deveria absorver a demanda espontânea, dando resolutividade a 80% dos casos e encaminhando para os serviços especializados e hospitalares as situações que necessitam esse tipo de atenção. Sendo a porta de entrada do sistema, deve ser pensada como um lugar que deve receber qualquer um. Assim, deve atender os usuários

em quatro especialidade básicas: clínica médica, pediatria, ginecologia e obstetrícia, podendo oferecer assistência odontológica e ter outros profissionais de nível superior.

Tradicionalmente se coloca como atribuição das UBS oferecer os cuidados primários de saúde, ou seja, o atendimento básico oferecido à população. Esse não se limita somente a cuidar da doença, mas especialmente a atuar na perspectiva da saúde e integrar a atenção para os diversos problemas de saúde que os indivíduos experimentam ao longo de sua existência.

O termo “cuidados primários de saúde” foi utilizado na Conferência de Alma-Ata (OMS, 1978) para caracterizar os cuidados essenciais baseados em métodos práticos e simplificados e de acesso universal a todas as pessoas e suas famílias. São parte integrante e, por serem o primeiro contato do indivíduo com o serviço de saúde, procuram aproximar os serviços de saúde dos lugares onde as pessoas vivem e trabalham.

Essa Conferência reafirmou a responsabilidade dos governos pela saúde de seus povos e recomendou que cada país interpretasse e adaptasse sua orientação às suas peculiaridades e necessidades, com vista a desenvolver um sistema de saúde mais equitativo e, portanto, mais acessível, especialmente, às populações de periferia, que não tinham acesso à medicina científica. Assim, os cuidados primários de saúde são parte integrante do processo de desenvolvimento social e econômico de um país (OMS, 1978).

A partir dessas recomendações, o trabalho desenvolvido pela UBS ficou reforçado. A porta de entrada do sistema de saúde passou a ser o serviço de menor complexidade e, em casos de necessidade, os usuários deveriam ser referenciados para serviços mais complexos. Essa lógica de organização passou a ser conhecida como sistema de referência e contra-referência.

A Conferência de Alma-Ata recomenda que os cuidados primários de saúde incluam ações de educação em saúde e que se concentrem nos problemas de maior prioridade, definidos em comum acordo entre as comunidades e os serviços de saúde. As ações de saúde devem ser planejadas a partir desses problemas e devem levar em consideração a cultura local e tecnologias apropriadas. Além disso, devem reforçar a participação da população, promovendo a capacidade das pessoas para que resolvam os seus próprios problemas (OMS, 1978).

Uma estratégia de reorientação do modelo de atenção à saúde existente a partir da criação do Sistema Único de Saúde (SUS) é O Programa de Saúde da Família (PSF), proposto pelo Ministério da Saúde (MS) a partir de 1994. Essa estratégia incorpora e reafirma os princípios do SUS e está estruturada a partir da Unidade Básica de Saúde da Família, que está inserida no primeiro nível de ações e serviços do sistema local de saúde. Pretende trabalhar

com o modelo da vigilância da saúde, com a responsabilização da equipe de saúde pela população moradora em seu território, com o reforço da participação popular, criando parcerias intersetoriais e responsabilizando-se pelo atendimento integral dos indivíduos e grupos populacionais (BRASIL, 1997).

As diretrizes do PSF foram lançadas pelo MS com o objetivo de romper com o comportamento passivo das unidades básicas de saúde e estender as ações de saúde para a comunidade. As equipes de PSF passariam a atuar com equipes interdisciplinares, compostas por, no mínimo, um médico, um enfermeiro, um ou dois auxiliares de enfermagem e de quatro a seis agentes comunitários. Essa equipe mínima seria capaz de responsabilizar-se pela população adstrita em seu território e atender, em média, 4000 pessoas. O principal diferencial do programa é resgatar os vínculos de compromisso e de co-responsabilidade entre as equipes locais e a população, reorganizando a atenção básica e garantindo a oferta de serviços e os princípios de universalidade, acessibilidade, integralidade e equidade do SUS (BRASIL, 2003a).

O trabalho do PSF teoricamente se diferencia do realizado pelas UBS em função de que todas as suas atividades estão voltadas ao trabalho de vigilância e promoção da saúde. As equipes são contratadas para atender não somente a demanda que vem espontaneamente aos serviços de saúde, mas especialmente desenvolver ações para as pessoas que ainda não conhecem ou não freqüentam o serviço de saúde. Para tanto, é necessário que a equipe conheça o seu território e tenha como rotina de trabalho a realização da visita domiciliar.

Os agentes comunitários são um elemento importante e novo dentro da equipe. Cabe a eles intermediar a relação entre a equipe de saúde e a população. Entre as suas atividades de rotina está a realização de visitas domiciliares a todos os domicílios do território de responsabilidade do serviço, o que facilita a aproximação da equipe de saúde com a população local.

O objetivo do PSF é organizar as suas ações de saúde a partir das necessidades e problemas de saúde da população. Além disso, é necessário que a equipe atue na perspectiva de ampliar e fortalecer a participação popular e o processo de desenvolvimento pessoal e interpessoal. Para isso, o profissional da saúde deve ter disponibilidade interna de se envolver na interação com os usuários dos serviços de saúde e o compromisso de utilizar a comunicação como instrumento terapêutico e estratégia de promoção da saúde de indivíduos e grupos populacionais.

O PSF deve ser reforçado em todo o território nacional como forma de reforçar o SUS e em função da necessidade que o país tem de garantir a atenção básica, uma vez que é de

fundamental importância para que seja possível trabalhar com o conceito positivo de saúde. Em entrevista à Revista Radis, o Secretário Municipal de Saúde de Fortaleza, Luiz Odorico, relata que a importância dessa estratégia é que ela incorpora o conceito de território ao trabalho das equipes e reforça a responsabilidade da equipe pela saúde de sua população. Aponta como desafio a educação permanente desse trabalhador, pois somente com crítica, questionamento e mudança no processo de trabalho, é possível consolidar a saúde como qualidade de vida (RADIS, 2005).

A lógica que norteia o trabalho do PSF é a promoção da saúde, ou seja, os indivíduos e famílias devem ser assistidos antes do surgimento dos problemas e agravos de sua saúde. Seu trabalho prioriza a atenção básica, as ações de prevenção e a promoção da saúde e estabelece uma relação permanente entre os profissionais de saúde e a população (MENEGOLLA; POLLETO; KRAHL, 2003). Para facilitar essa relação, foi criado o agente comunitário de saúde. São pessoas da própria população contratadas para trabalhar no PSF e que tem como objetivo ser o elo de ligação entre a equipe de saúde e a comunidade. São eles que vão fazer o contato permanente com as famílias e o trabalho de vigilância e promoção da saúde. São também um importante elo cultural, o que auxilia e potencializa o trabalho educativo uma vez que fazem uma ponte entre mundos culturais complexos e distintos: o saber científico e o saber popular (LEVY; MATOS; TOMITA, 2004).

Neste estudo, portanto, pretendo problematizar uma proposta de capacitação dos trabalhadores da saúde em serviço em dois cenários distintos: uma unidade básica de saúde e uma unidade do Programa de Saúde da Família. Para tanto, formulei a seguinte questão de pesquisa: como se constrói e se processa uma capacitação para trabalhadores da saúde de duas equipes locais (uma UBS e uma unidade do PSF) quando essa se configura como ação educativa baseada nos princípios da educação popular, que privilegiam o respeito, a autonomia, a escuta e a reflexão crítica?

O pressuposto básico deste estudo é que uma capacitação baseada nos princípios da educação popular somente atingirá seus objetivos se houver a participação ativa dos envolvidos e o desejo de refletir sobre o cotidiano de trabalho com o propósito de transformá-lo.



Portinari, *Pessoas*

3 PERCURSO METODOLÓGICO

3.1 A PESQUISA-AÇÃO COMO OPÇÃO METODOLÓGICA

Concordo com Vasconcelos (2000) quando enfatiza que é importante que o pesquisador tenha consciência de que o método de investigação deve ser consistente com o corpo teórico adotado e é esse corpo que comandará o processo de pesquisa, uma vez que o pesquisador escolherá, desde o início de seu trabalho, o caminho a ser trilhado. A construção do objeto, apresentada no capítulo anterior, está articulada à escolha metodológica de uma pesquisa-ação, uma vez que o objetivo da capacitação proposta é desencadear a reflexão sobre a prática cotidiana dos trabalhadores em saúde e, a partir dessa, contribuir para realizar uma transformação no processo de trabalho em saúde.

A pesquisa-ação caracterizada pela preocupação com uma melhor articulação da teoria com a prática e pela busca de novas formas de intervenção e transformação social configurou-se em distintas modalidades de pesquisa de acordo com as peculiaridades do contexto em que foram desenvolvidas.

As contribuições de Carr e Kemmis (1988) e Thiollent (1984), foram utilizadas neste trabalho para auxiliar a construção dos pressupostos epistemológicos da pesquisa-ação e as de Serrano (1990) e Ander-Egg (1990) para nos ajudar à sua operacionalização. No entanto, é importante pontuar que foi realizada uma adequação das formas de desenvolver a pesquisa-ação para o cenário com o qual eu trabalhei e para as condições institucionais e o momento político que vivia a Secretaria Municipal da Saúde de Porto Alegre.

A vertente anglo-saxônica da pesquisa-ação, no início de seu desenvolvimento, foi influenciada pelas propostas de Lewin (1991), psicólogo alemão radicado nos Estados Unidos, a quem é atribuída uma das origens do termo pesquisa-ação, situada no início da década de 1940. Lewin (1991) propôs uma nova forma de investigação no campo da psicologia que poderia integrar o enfoque experimental da ciência social a projetos de ação social com o propósito de enfrentar os problemas sociais da época.

Um dos expoentes desta vertente é Carr que, juntamente com Kemmis, da vertente australiana da pesquisa-ação, ofereceu uma sistematização da pesquisa-ação no campo da educação (CARR; KEMMIS, 1988). Os dois autores foram influenciados pela teoria crítica da Escola de Frankfurt e enfatizaram o caráter emancipatório deste modo de investigar as questões educacionais (SANTOS; SILVA; KETZER, 1994).

O método da pesquisa-ação, sistematizado por Carr e Kemmis (1988), está fundamentado na teoria crítica que, conforme Habermas, tem como preocupação central articular a teoria científica com a missão de emancipar as pessoas da dominação do pensamento positivista, mediante seus próprios entendimentos e atos. Assim, a teoria crítica passou a reconsiderar a relação da teoria com a prática à luz das críticas surgidas sobre o pensamento positivista (HABERMAS, 1991).

Segundo Habermas (1991), a teoria crítica coloca em questão dois pontos fundamentais, que Carr e Kemmis (1988) salientam. O primeiro é o fato de que o conhecimento científico deve ser encarado como um dos vários tipos de conhecimento possíveis. O segundo é a idéia de que a ciência está condicionada por interesses humanos particulares que determinam a produção do conhecimento. Assim, não é possível existir uma ciência neutra, uma vez que ela sempre está relacionada aos condicionantes históricos, sociais, culturais e às percepções de cada sujeito.

Dentro da proposta da teoria social crítica, a discussão da relação entre a teoria e a prática é um dos pontos centrais. A teoria é produto de um processo de crítica da prática. São essas críticas que transformam a consciência. No entanto, necessariamente não se traduzem em uma reforma da prática e do mundo.

Habermas (1991) procura superar essa contradição, propondo uma integração da teoria com a prática num processo permanente e dialético de reflexão, ilustração e luta política. A teoria somente faz sentido se estiver a serviço da prática e a prática tem sempre uma teoria que a embasa. Assim, somente consegue teorizar sobre a prática quem vivencia esse cotidiano. Carr e Kemmis (1988) trazem os exemplos das teorias educativas e reforçam a necessidade de uma estar a serviço da outra.

Carr e Kemis (1998) propõem um modelo estruturado “de baixo para cima”, a integração da teoria com a prática, a construção conjunta da investigação e a discussão de seus resultados e reforçam a necessidade de um processo constante de indagação e análise da realidade, que parta de um problema prático e procure refletir sobre ele, mudá-lo e questioná-lo constantemente. Assim, a pesquisa-ação supõe que o processo de conhecer e intervir ocorra simultaneamente e que o estudo seja orientado para a organização, mobilização, sensibilização e conscientização. Para tanto, é necessário que um dos grupos que compõe a equipe da pesquisa tenha um conhecimento sistematizado sobre o assunto.

Acreditam que uma ciência educativa crítica deve ser participativa, sendo seus participantes os que criam, mantêm, desfrutam e suportam as disposições educativas. Essas disposições têm conseqüências tanto individuais como sociais e incluem a alienação, a solidariedade social, a divisão social e o autoritarismo da sociedade contemporânea. A partir da ciência crítica é possível explorar essas contradições e procurar superá-las. Os participantes devem se organizar para tomar decisões sobre como vão transformar a realidade e quais as conseqüências dessas transformações (CARR; KEMMIS, 1988).

Segundo Thiollent (1984), existe uma clara distinção entre pesquisa-ação e pesquisa participante. Acredita que toda pesquisa-ação deve ser participante, pois suas preocupações giram em torno da relação entre investigação e ação. Enquanto a pesquisa participante está mais preocupada com a participação do pesquisador e não do pesquisado, a pesquisa-ação acredita que, além da participação do investigador, deve ser garantida a participação dos interessados na própria pesquisa, organizada em torno da ação. Assim, a pesquisa-ação pressupõe que haja apoio do movimento, da organização social, cultural ou institucional e deve estar voltada para a emancipação e para o fortalecimento da autonomia de todos os envolvidos. É centrada no agir e planejada visando uma intervenção com mudanças dentro da realidade investigada. Na fase de coleta de dados, várias técnicas podem ser utilizadas e ao final da pesquisa, deve ser elaborado um plano de ação, onde o planejamento da ação é concretizado (THIOLLENT, 1984).

Os princípios que nortearam a pesquisa-ação são o caráter participativo, democrático e voltados para a transformação social. Esse enfoque abandonou os pressupostos da neutralidade científica, da crença de que a pesquisa social é apolítica e se contrapôs ao modelo racionalista ou quantitativo que preconizava a unidade do método científico e analisava somente aqueles fenômenos que poderiam ser observados, mensurados e controlados experimentalmente. Situou-se a partir de uma atitude comprometida com a ação, com a opção de classe e com os interesses populares. Para tanto, propôs que a pesquisa social

se configurasse a partir de uma nova metodologia, na qual o pesquisador, que não é neutro, possa ser sujeito da própria pesquisa (SERRANO, 1990).

Na pesquisa-ação, é importante que o investigador possa, antes de iniciar o processo de pesquisa, conhecer os cenários e as pessoas. É interessante um mergulho do pesquisador no real, para captar a dinâmica das relações e do discurso de cada ator social. Para fazer esse reconhecimento do território com o qual vai trabalhar, é importante que o investigador se aproxime, converse com as pessoas e realize um registro bem detalhado das observações.

O tipo de abordagem que propusemos neste trabalho permite uma compreensão mais aprofundada da teia de significados que permeiam e intermediam as relações sociais estabelecidas e possibilita que se desencadeie uma ação a partir dessa reflexão. Nossa opção metodológica está relacionada ao fato de que o objetivo do estudo é desencadear uma ação. Mais do que qualificar os programas de vigilância da saúde da criança que já estão sendo desenvolvidos pela rede básica de serviços de saúde é possibilitar que as equipes locais reflitam sobre a necessidade de se trabalhar com a saúde da população e reorientem suas ações, deslocando o foco da doença, que é hoje a prática que predomina. Para que as ações de saúde possam ser norteadas pelo conceito positivo de saúde e pela prática da educação popular em saúde, foi necessário que a capacitação dos trabalhadores partisse da reflexão sobre as dificuldades e facilidades do trabalho cotidiano e do entendimento que a equipe de saúde tem de vigilância da saúde. Foi necessário partir do cotidiano de trabalho e discuti-lo nas equipes locais, para que se desencadeasse uma revisão de todo o processo de trabalho e para que as ações de saúde pudessem ser planejadas levando-se em conta as dificuldades e a realidade local.

A pesquisa-ação é um tipo de investigação que pressupõe a contínua e dialética experiência de aprendizagem, pois, por meio da interação, todos os participantes descobrem, redescobrem, aprendem e ensinam. Com isso, promovem-se relações humanas novas, em que o sujeito é o próprio objeto de investigação e a transformação do objeto investigado supõe a transformação do próprio investigador (SERRANO, 1990).

Esse método de pesquisa tem a intenção de promover a participação ativa da população investigada, estudar sobre a realidade e desencadear uma ação que possibilite a transformação dessa situação. As várias experiências que foram sendo relatadas pelas equipes procuraram refletir sobre as dificuldades comuns do grupo e a preocupação central foi de buscar alternativas conjuntas que pudessem apontar para a resolução dos seus próprios problemas (ANDER-EGG, 1990).

Ander-Egg (1990) menciona a importância do surgimento das idéias de Paulo Freire e da educação popular quase ao mesmo tempo em que surgiram as propostas da pesquisa-ação. Todas elas ajudaram a conhecer os problemas, necessidades e interesses que têm os participantes de uma ação.

A pesquisa-ação preocupa-se com que as pessoas que estão inseridas no processo de pesquisa apropriem-se de conhecimentos, habilidades e capacidades técnicas que lhes permitam atuar como protagonistas da ação. Isso somente é possível a partir do momento em que os participantes estejam mais capacitados para desencadear a ação. Assim, o sujeito da pesquisa acaba sendo o próprio objeto de investigação. Nessa ótica, investigar significa problematizar e questionar a realidade para descobrir, a partir do aparente, os acontecimentos e os condicionantes dessa realidade. Esse processo é interessante uma vez que possibilita o desenvolvimento da consciência crítica dos participantes (SERRANO, 1990).

Segundo Serrano (1990), são os seguintes os pontos essenciais na pesquisa-ação:

- a) a investigação-ação propõe uma troca, transformação ou melhora da realidade social;
- b) orienta-se para uma melhora da ação educativa e do próprio investigador, a partir de uma visão mais dinâmica da realidade;
- c) implica a colaboração do grupo, que irá optar por uma tarefa de transformação da realidade em que está inserido;
- d) implica não só a ação, mas principalmente a aprendizagem a partir da reflexão sobre a ação em que cada um está implicado;
- e) desenvolve-se seguindo um ciclo de planejamento, ação, observação sistemática, reflexão e novo planejamento;
- f) é um processo sistemático de aprendizagem contínua em que as pessoas atuam conscientemente;
- g) orienta-se para a criação de grupos de reflexão e auto-crítica;
- h) é participativa;
- i) do ponto de vista metodológico, é concebida de um modo amplo e flexível, podendo utilizar várias técnicas de coleta de dados: entrevistas, análises documentais, registros de observações, dentre outras;
- j) possibilita um novo tipo de investigador, que se apropria de sua realidade e contribui para a resolução de seus problemas;
- k) é construída na prática, a partir da realidade concreta;

- l) começa modestamente, pois opera transformações em grupos pequenos, com o objetivo de que se expandam para toda a comunidade;
- m) permite criar registros das transformações ou melhoras na realidade, o que possibilita refletir sobre elas.

A metodologia da pesquisa-ação estabelece definitivamente que a relação entre o pesquisador, seu campo de estudo e os sujeitos envolvidos interajam durante todo o processo da pesquisa, o que significa dizer também que as diversas visões de mundo permeiam todo o processo do conhecimento. Essa proximidade entre todos os sujeitos implicados permite que apareçam o universo de significados, motivos, aspirações, crenças, atitudes e valores de cada um dos envolvidos. Assim, o objeto de pesquisa, construído a partir do que está sendo vivenciado, não se constitui em uma réplica do fenômeno, mas em uma aproximação ditada pelas possibilidades e limitações da prática da pesquisa científica e da percepção dos diversos atores envolvidos (MINAYO, 2001). Para tanto, é importante que o investigador possa, antes de iniciar o processo de pesquisa, conhecer os cenários e as pessoas, para captar a dinâmica das relações e do discurso de cada ator social. Para fazer esse reconhecimento do território com o qual vai trabalhar, é importante que o investigador se aproxime, converse com as pessoas e realize um registro bem detalhado das observações.

3.2 CENÁRIO E PARTICIPANTES

A capacitação proposta por esta tese foi elaborada em um período político bastante delicado, pois se desenvolveu no segundo semestre de 2004 juntamente com a campanha política para eleição do novo governo municipal. Para os trabalhadores municipais, uma possível mudança de governo sempre vem acompanhada de muitas dúvidas, medos e incertezas. Foi nesse clima que a capacitação foi se desenvolvendo.

O objetivo da capacitação era possibilitar uma reflexão sobre o cotidiano da equipe de saúde e uma reorganização do trabalho de forma a consolidar o modelo de atenção da vigilância da saúde proposto para a cidade de Porto Alegre. Com isso, a capacitação possibilitaria uma aproximação da Coordenadoria Geral de Vigilância em Saúde com os serviços básicos de saúde com vistas a abrir espaços para a descentralização das ações de vigilância.

Foram realizadas algumas reuniões preliminares para discussão da metodologia de trabalho com o gerente distrital e com o colegiado da gerência (composto por todas as coordenações das unidades básicas de saúde). Todos os serviços tomaram conhecimento da proposta e, a partir de então, puderam optar pela realização da capacitação em seu serviço.

Após algumas semanas, a gerência comunicou em quais serviços seria possível iniciar o trabalho. Assim, a população deste estudo foi composta pelos trabalhadores de duas unidades básicas de saúde, sendo que uma delas atua no Programa de Saúde da Família.

3.3 O DESENVOLVIMENTO DA CAPACITAÇÃO

Neste tópico, descrevo, de forma sucinta, o desenvolvimento da capacitação o qual será analisado no próximo capítulo.

Dadas as características institucionais da Secretaria Municipal de Saúde de Porto Alegre/RS, a proposta de capacitação foi negociada inicialmente com as chefias.

Foi realizada em 16/04/04 uma reunião com uma Gerência Distrital da Secretaria Municipal de Saúde de Porto Alegre, cujo propósito era apresentar a proposta de capacitação em vigilância da saúde da criança e qualificação dos Programas de Vigilância da Saúde da Criança Prá-Nenê e Prá-Viver, cuja metodologia propunha-se a ser participativa.

Após a aceitação do Gerente Distrital, a proposta de capacitação foi apresentada para todas as gerências locais da referida gerência (16 chefias de UBS e PSF). Nesse encontro, inicialmente foram apresentados dados dos programas acima citados, para sensibilização das chefias e a seguir, os pressupostos teóricos e metodológicos da proposta de capacitação, bem como o encaminhamento das ações preliminares. O trabalho foi organizado por mim, como coordenadora e por outra técnica da Equipe de Vigilância de Eventos Vitais, Doenças e Agravos não Transmissíveis (responsável pelo gerenciamento dos programas de vigilância da saúde da criança) e acompanhada por uma nutricionista, que participou das discussões da equipe local da UBS, e quatro estagiárias, cuja participação centrou-se no registro dos dados concernentes ao processo. Esse registro minucioso foi fundamental para a realização da análise dos dados, durante o desenvolvimento da capacitação, e para as análises posteriores.

Como a educação popular propõe que se construa uma metodologia reflexiva e problematizadora, essa deve partir da realidade, com a finalidade de compreendê-la e da construção de um conhecimento capaz de transformá-la; deve utilizar o conhecimento que já existe sobre a realidade como subsídio para encontrar novas relações e novas soluções. Além disso, deve estimular a descoberta, a participação, a autonomia e a iniciativa e desenvolver a capacidade de perguntar, consultar, experimentar e avaliar. Concorde com Berbel et al. (1998) que argumentam que a metodologia da problematização pode ser uma estratégia fecunda para a educação popular e a pesquisa-ação, uma vez que se propõe a atuar a partir de três processos sociais: o processo da pesquisa, o do planejamento e o da solução de problemas.

Conforme Berbel et al. (1998), a metodologia da problematização surgiu dentro de uma proposta de educação libertadora, voltada para a idéia de que os sujeitos precisam instruir-se e conscientizar-se de seu papel. Para isso, tem como princípios a pergunta, a incerteza e a problematização.

Na presente investigação, após o contato com os serviços escolhidos com a finalidade de apresentar a proposta para as equipes de saúde locais, foi realizada entrevista individual com cada uma das pessoas que as integravam, para escutá-las sobre o próprio trabalho na equipe, o que mais gostavam nesse trabalho nas unidades, as dificuldades enfrentadas no cotidiano e o entendimento sobre vigilância da saúde. Nesse momento, esclarecemos a cada uma das pessoas o objetivo de nosso trabalho. Ao final da entrevista, retomávamos e perguntávamos se ainda havia alguma dúvida sobre a proposta de trabalho. Todos os entrevistados se consideraram bem esclarecidos.

As entrevistas com todos os trabalhadores de cada uma das equipes foram realizadas com a presença de entrevistadoras, enquanto eu e a enfermeira da CGVS conduzíamos o depoimento dos membros da equipe local, as estagiárias anotavam detalhadamente as respostas. A partir das respostas individuais, montamos todo o processo inicial da capacitação, pois a cada encontro, as reuniões seguintes eram novamente planejadas.

As entrevistas no PSF ocorreram na primeira quinzena de agosto de 2004 e na UBS na segunda quinzena do mesmo mês e tiveram como foco, além da identificação do funcionário quanto ao tempo de serviço na Secretaria Municipal da Saúde e na unidade, profissão, experiências anteriores de trabalho em saúde; as seguintes questões norteadoras: a) o que tu fazes na unidade; quais as três coisas que tu mais gostas neste trabalho; quais as principais dificuldades que tu enfrentas aqui; o que entendes por vigilância da saúde. Para responder a essa última questão, foi solicitado que os entrevistados se referissem à experiência com os programas de vigilância da saúde existentes no serviço.

A capacitação proposta por esta investigação, portanto, foi realizada dentro do serviço de saúde e centrada em discussões em grupo, a partir das reflexões individuais realizadas inicialmente. Foram levantados pontos-chaves relacionados aos problemas apontados e o conteúdo teórico foi sendo construído a partir das discussões geradas em cada encontro, com a participação da equipe de saúde local e da equipe da vigilância em saúde (EEV/CGVS). A partir dessas entrevistas, foi construída a temática geradora do início da capacitação. Esse trabalho foi desenvolvido no segundo semestre de 2004.

Foram realizados seis encontros em cada um dos serviços, que ocorreram entre os dias 29/09 e 24/11/04. Na UBS, foi realizado um encontro extra para a construção de um relatório que o grupo optou em realizar para entregar para o novo governo.

A capacitação utilizou a discussão em grupo como forma de socializar o conhecimento das experiências de cada um dos participantes e de discutir as perspectivas do grupo sobre o tema investigado. Esse processo privilegiou o espaço de escuta das dificuldades vivenciadas por cada um, a reflexão sobre seu papel, a articulação da saúde com a educação e as discussões teóricas sobre vigilância da saúde.

Ao final da capacitação foi realizada uma avaliação do trabalho com as equipes de saúde locais. Após um ano do término da capacitação, foi realizada uma entrevista com a coordenação local do PSF para saber como a equipe tinha se organizado após esse trabalho. Na UBS, tentamos em vários momentos marcar uma reunião com a coordenadora local. No entanto, ela não conseguiu se disponibilizar para conversar com a equipe da EVV/CGVS. Ficamos sabendo que a coordenação do serviço havia mudado, mas não conseguimos obter outras informações.

Enquanto pesquisadora/trabalhadora fui uma observadora crítica desse processo e uma participante ativa, pois responsável pelo andamento do trabalho, cujo propósito era entender a dinâmica do cotidiano e das percepções dos sujeitos pesquisados sobre o seu trabalho e sobre vigilância da saúde e, com isso, refletir com a equipe local sobre o significado do trabalho de vigilância da saúde durante o processo de capacitação.

3.4 PROCEDIMENTOS PARA A ANÁLISE DOS DADOS

A análise dos dados das entrevistas e das discussões em grupo ocorreu em dois momentos. No primeiro, as entrevistas foram analisadas para gerarem os temas de discussão inicial da capacitação e foram realizadas por mim e por uma enfermeira da equipe da EVV/CGVS. No segundo, o processo de capacitação foi analisado somente por mim enquanto coordenadora da pesquisa.

3.4.1 O processo de análise do material coletado: a análise de conteúdo numa perspectiva dialética

Os dados coletados nas entrevistas e nas discussões em grupo foram trabalhados por meio de uma análise de conteúdo numa perspectiva dialética com base na proposta de Pagés et al. (1990).

O método propõe que o discurso seja analisado por meio de diversos recursos. Num primeiro momento, é necessário dividir o discurso em unidades intencionais, ou seja, nos momentos em que as falas mudam de foco deve-se realizar um recorte no texto e numerá-lo. Assim ficam separados os fragmentos do texto. Devem existir tantos recortes numerados quantos forem necessários (Apêndice A). Cada unidade intencional é sintetizada em uma folha anexada ao lado do texto para facilitar sua análise. Essas unidades intencionais do discurso servem para compor os mapas individuais e coletivos propostos pelos autores.

As unidades intencionais do discurso foram classificadas em função do tema a que se referem e esse tema foi colocado dentro de grandes rubricas. As rubricas estão relacionadas às questões norteadoras da investigação, enquanto que os temas emergiram dos discursos.

As rubricas e temas serviram para a construção dos mapas analíticos, que são de dois tipos: individuais e coletivos.

De cada entrevista, foi confeccionado um mapa individual (Apêndice A), onde as rubricas ficaram colocadas nas abscissas (na linha horizontal) e os temas nas ordenadas (nas

linhas verticais). Dentro de cada rubrica e de cada tema foram colocadas as unidades intencionais do discurso. Os mapas coletivos (Apêndice B) foram construídos a partir de cada rubrica e de cada tema. Dentro deles, foram colocadas todas as unidades intencionais do discurso de cada um dos sujeitos do estudo.

Assim, o método proposto por Pagés et al. (1990) analisa o discurso a partir de duas perspectivas: individual e coletivo. O discurso é individual na medida em que procura entender que indivíduos e grupos estão situados num campo de acontecimentos objetivos que influenciam sua conduta. Esse campo age mediante um sistema de percepções e atitudes próprio do indivíduo. Assim, um dado objetivo resulta da interação entre o campo objetivo e o campo psicológico do indivíduo ou grupo. É coletivo na medida em que cada indivíduo revela estruturas e relações entre fenômenos presentes, de certa forma, em outros indivíduos. O discurso é coletivo não somente pelas semelhanças das falas, mas por sua complementaridade.

Esses mapas de interpretação servem para localizar, sublinhar e identificar os temas que pareçam conter relações interessantes de inferências e contradições. Foram mapeadas essas relações de cada uma das falas, assinalando-se com códigos diferentes as relações conscientes, explícitas e inferidas pelo pesquisador. Essa codificação era retratada por símbolos registrados nos mapas com cores diferentes, que expressavam qual o tipo de relação existente nas falas e se eram explícitas ou implícitas. Dessa forma, foi possível realizar uma intensa reflexão sobre o que os entrevistados falavam, oportunizando uma nova reflexão sobre seus resultados.

O método de análise de conteúdo em uma perspectiva dialética avança em relação ao método tradicional de análise de conteúdo, pois possibilita que se enxergue todas as relações contidas nos discursos, tanto individuais como coletivas. Ele propõe que se veja o discurso não como um conjunto de partes isoladas, mas como um fluxo de falas contradições e relacionais. As contradições não devem ser separadas para a realização da análise, mas o seu encadeamento deve ser apreendido e compreendido, pois o que é necessário apreender são as relações que unem cada elemento do discurso a todas as outras.

Nessa proposta, o dito (que é o discursos falado do sujeito) é remetido ao não dito (falas não explícitas do discurso), pois nessa análise não se separa o objetivo e o subjetivo, nem se opta por uma ou outra direção, mas se questiona as relações entre os dois. No meu entender, esse é um dos seus maiores méritos.

Pagés et al. (1991, p. 198) consideram fundamental entender que o discurso informa algo que é, ao mesmo tempo, individual e coletivo, “uma realidade objetiva exterior e transcendente aos indivíduos e sobre o seu universo mental”, por isso a necessidade de construir esses dois mapas.

3.4.2 O discurso do sujeito coletivo

Optei por realizar uma segunda análise do material coletado (entrevistas e processo de capacitação) para entender melhor os resultados do estudo. Essa foi realizada a partir da construção do sujeito coletivo, método proposto por Lefèvre, Lefèvre e Teixeira (2003), que busca dar conta da discursividade do pensamento coletivo. Os autores consideram que os discursos individuais são uma matéria prima difícil de ser processada para resultados coletivos. Sua proposta consiste em analisar o material coletado, extraindo-se de cada depoimento as idéias centrais, as ancoragens e as idéias-chaves. O método parte do pressuposto de que o pensamento de uma coletividade sobre um tema pode ser visto como o conjunto dos discursos existentes na sociedade sobre esse tema. Assim, o pensamento coletivo é um “segundo idioma” de uma cultura. O Discurso do Sujeito Coletivo é uma forma de fazer o coletivo falar diretamente.

O **discurso do sujeito coletivo** pretende ser a síntese da fala de todos os sujeitos, é como se todos os sujeitos pudessem ser vistos como um sujeito discursivo único. A partir dessa construção, pode-se visualizar melhor a representação social, aproximando-a mais do modo como os indivíduos reais e concretos pensam. A preservação da integridade das falas originais dos sujeitos evita qualquer interpretação equivocada (LEFÈVRE; LEFÈVRE; TEIXEIRA, 2000).

Nesse tipo de proposta metodológica, em que o entrevistado tem liberdade de expressão, são revelados dados que são, ao mesmo tempo, individuais e coletivos, pois o entrevistado traz para a entrevista modelos culturais interiorizados, que ele experimenta e conhece de forma peculiar. Em função disso, a proposta de análise busca retirar dos discursos individuais fragmentos que possam compor o discurso do sujeito coletivo.

Essa metodologia proposta por Lefèvre, Lefèvre e Teixeira (2000) trabalha com quatro figuras metodológicas, elaboradas para ajudar a organizar os discursos. As figuras são a ancoragem, a idéia central, as expressões-chave (APÊNDICE C) e o discurso do sujeito coletivo (APÊNDICE D), descritas a seguir.

Ancoragem: são os pressupostos, teorias, conceitos e ideologias existentes na sociedade e internalizados no indivíduo. Esta quase sempre alicerçada em pressupostos, teorias, conceitos e hipóteses.

Idéia Central: são as afirmações que permitem traduzir o essencial dos discursos explicitados pelos indivíduos. Descreve de maneira sintética o sentido de cada um dos discursos analisados. É uma descrição do sentido de um depoimento ou de um conjunto de depoimentos.

Expressões-Chave: são as transcrições literais de partes dos depoimentos que ajudam a resgatar o essencial do discurso. É a partir desse resgate que o leitor é capaz de julgar a pertinência ou não da seleção dos depoimentos. São elas que auxiliam a construir os discursos do sujeito coletivo.

Discurso do Sujeito Coletivo: é a figura principal desse método. Ele implica no rompimento radical com a lógica quantitativo-classificatória, na medida em que busca resgatar o discurso como “signo de conhecimentos dos próprios discursos”.

Nessa proposta, os discursos não se reduzem a categorias de análise, já que buscam reconstruir, com pedaços de discursos individuais, tantos discursos-sínteses quantos se julgar necessário para expressar a idéia que se está trabalhando. Assim, fica mais fácil visualizar a representação social dos sujeitos que participaram do estudo. Essa aparece na medida em que se constrói o discurso coletivo, que é construído a partir das falas individuais. É como se o discurso de todos fosse o de um.

Para esta tese, utilizou-se essa metodologia para construir o discurso dos sujeitos entrevistados e caracterizar o universo em que viviam esses trabalhadores. Assim, pareceu ficar mais fácil de entender o processo de capacitação e suas dificuldades.

A análise e discussão dos resultados foram organizadas procurando-se deixar separado não só a análise das entrevistas como o processo de capacitação de cada um dos serviços de saúde que fizeram parte do estudo. Assim, está organizada nos três capítulos que serão apresentados a seguir.



Portinari, *Pessoas*

4 A UNIDADE DO PSF

4.1 CARACTERÍSTICAS DA UNIDADE DO PSF

Um dos serviços escolhidos pela Gerência Distrital para iniciar o processo de capacitação foi uma unidade de atendimento do Programa de Saúde da Família (PSF). Esse serviço fica localizado em uma vila de Porto Alegre, bem no pico de um Morro. Para chegar ao serviço, os trabalhadores que não moravam naquele local, realizavam o trajeto de ônibus, o que levava em torno de 45 minutos, saindo do centro da cidade em direção ao bairro. Combinavam de se encontrar na parada do ônibus para realizar a subida até o serviço por meio das casas e becos, pois isso reduzia o trajeto cerca de 15 minutos. Apenas a médica ia trabalhar de carro, pagando a vizinha da unidade para ocupar a sua garagem, já que algumas pessoas da comunidade haviam ameaçado de riscá-lo e apedrejá-lo.

A unidade do PSF fica situada na periferia de Porto Alegre em local distante do centro da cidade. Antigamente, era uma área de mato fechado, “com uma fauna invejável”, segundo uma das agentes comunitárias que mora no local há muitos anos.

A vila onde fica situada a unidade começou a ser povoada quando alguém resolveu explorar as pedreiras existentes no Morro e, aos poucos, foi destruindo a natureza que existia lá. Quando não havia mais pedras para explorar, o local ficou cheio de buracos, e o exército acabou por utilizá-lo para treinamentos de guerra. Nessa época foram chegando os primeiros ocupantes, que fecharam uma área determinada e iniciaram a venda de pequenos lotes, sem água nem luz. O exército doou à escola existente no local uma torneira e um poço, onde a população buscava água para o consumo.

A vila existe há cerca de 50 anos. No entanto, há 30 anos atrás era habitada apenas na parte de baixo do morro, onde somente sargentos tinham suas casas (pois a área fica perto de um quartel do exército). Com o passar dos anos, as pessoas foram ocupando o lugar e subindo o morro, até surgirem todas as casas atuais. Hoje ainda existem algumas poucas árvores nativas, como canela de brejo, figueiras, ipês.

Nesses anos de existência da vila, os moradores têm sofrido uma série de perdas: muitos vieram do interior por já haverem perdido as suas terras ou o seu emprego. Iniciaram morando em um local onde não tinha saneamento básico e as condições de vida eram muito precárias.

Há alguns anos atrás, quando a comunidade era menor, havia um líder comunitário bastante atuante. Em função disso, conseguiram vários benefícios com o poder público. No entanto, a antiga direção da Associação ficou “desgastada de tanto trabalhar”, segundo depoimento de uma das agentes comunitárias, pois havia muito pouca participação da comunidade nas lutas e o trabalho foi se esvaziando. Ao entregar a direção da Associação de Moradores, o antigo líder foi embora da vila e, depois disso, ninguém mais conseguiu assumir a entidade com a participação dos moradores. Atualmente, o presidente da Associação de Moradores não mora na vila e tem uma relação pouco amistosa com a equipe da unidade do PSF.

Graças ao histórico de luta dessa comunidade, várias reivindicações foram sendo conquistadas: a criação de uma escola de madeira, que também era utilizada como um salão de festas para as formaturas do quartel; a energia elétrica, em 1981; a abertura de uma unidade de atendimento do PSF, em 1996; saneamento básico, em 2000; telefone, em 2001; duplicação do PSF, em 2002.

A idéia de construir a unidade de atendimento do PSF partiu da Associação de Moradores da Comunidade. Foi realizado um acordo com a Prefeitura de Porto Alegre (PMPA) de que a Associação cederia o terreno para a construção do posto e, em troca, seria construída a sede da Associação. Até a abertura dessa unidade, que levou cerca de um ano para ser construída, os atendimentos eram feitos na escola da Vila. No início do funcionamento do posto, a equipe era composta de um médico, um enfermeiro, dois auxiliares de enfermagem e quatro agentes comunitários e todos eles trabalharam no cadastramento das famílias moradoras em seu território de responsabilidade. A equipe inicial foi capacitada para atuar na lógica do PSF e recebeu “informações preciosas para o melhor atendimento da comunidade”, conforme relata uma das agentes comunitárias que está na equipe desde a abertura do posto.

A unidade do PSF foi inaugurada em novembro de 1996. No entanto, o local não possuía luz elétrica e a equipe trabalhou durante um ano em condições muito precárias. Não podiam nem trabalhar com vacinas uma vez que não tinham como armazená-las.

Para conseguirem a instalação elétrica, a comunidade acionou o jornal Correio do Povo, que publicou matéria com o depoimento do médico responsável pela unidade denunciando o fato. Logo depois da reportagem, a energia elétrica foi instalada, com o argumento de que a demora ocorreu em função do grande número de unidades de PSF abertos no mesmo período.

Hoje não existe mais a participação dos moradores que lutaram para conquistar a abertura dessa unidade do PSF, pois muitos já não estão mais na comunidade e a atual presidência da Associação de Moradores tem muito pouco comprometimento com o serviço.

A unidade está aberta das 8hs às 17hs, fechando do meio dia até a uma hora da tarde para a equipe almoçar. Todos os técnicos levam sua comida e almoçam dentro do posto, pois ele fica afastado e não há nenhum lugar próximo que forneça qualquer tipo de alimentação. Somente os agentes comunitários conseguem almoçar em casa, pois moram dentro daquela localidade.

A área física da unidade é pequena para a demanda que procura o serviço e para as necessidades da própria equipe em organizar o trabalho. Essa área foi apontada pela equipe como um problema, pois, além de estar situada em local de difícil acesso, não tem refeitório; tem uma única porta e as janelas são todas gradeadas para evitar roubos, o que deixa a equipe extremamente vulnerável.

Na época do estudo, segundo semestre de 2004, a equipe era composta por duas enfermeiras, uma médica, quatro auxiliares de enfermagem, uma estagiária de nível médio, seis agentes comunitários.

Em relação ao tempo de serviço, praticamente todos os técnicos estavam há muito pouco tempo trabalhando nessa unidade do PSF: uma das enfermeiras há um ano e a outra há uma semana; a médica há dois anos, duas auxiliares de enfermagem há dois anos e as outras duas a três meses. Grande parte deles estava na banca de remanejamento da SMS, solicitando remoção para trabalhar em outro local. Em relação aos agentes comunitários; duas trabalhavam no local desde a sua inauguração (oito anos), uma a seis anos e os outros três de um a três anos.

4.2 PERCEPÇÕES E SENTIMENTOS DA EQUIPE LOCAL EM RELAÇÃO AO TRABALHO

As entrevistas com os trabalhadores da equipe do PSF foram realizadas antes do início da capacitação, pois foram elas que nortearam as discussões do primeiro encontro do grupo. Elas definiram basicamente duas falas. De um lado, tínhamos os técnicos (médica, enfermeira e auxiliares de enfermagem, estagiária), de outro, os agentes comunitários (pessoas da própria comunidade que foram contratadas para participarem da equipe de saúde).

Ficou evidenciada uma distinção de percepções e sentimentos nos dois grupos, no que se refere às dificuldades vivenciadas dentro do serviço. Os técnicos explicitaram medo em relação à população e ao lugar onde está situado o posto de saúde. Justificaram esse sentimento em função da população ser muito agressiva. Disseram que quando as pessoas não conseguiam o atendimento que necessitavam ou que imaginavam necessitar, agrediam os trabalhadores dentro do serviço, gritavam, faziam xingamentos, ameaçavam. Uma das auxiliares de enfermagem disse que o que mais ela gostava no seu trabalho era quando chega o horário de ir embora, pois estava saindo viva. Em todas as falas, ficou evidenciado o receio de trabalhar nessa unidade, pois o trabalho era desgastante e a comunidade “muito difícil”.

Praticamente todos os técnicos apontaram para a dificuldade em lidar com a população uma vez que ela era muito agressiva, desrespeitosa e perigosa. Nas falas abaixo, fica claro o receio dos técnicos de que a população pudesse agredi-los a qualquer momento.

“Eles ameaçam que vão nos agredir. Eles botam o dedo na tua cara e te ameaçam. Eles esperam que a gente resolva o problema social deles” (auxiliar de enfermagem).

“O pessoal diz que isso aqui é um cabaré. A maioria chega insultando, chamando a gente de animal. A gente fala com educação e eles não entendem. O pessoal detona o nosso trabalho, falam mentira. Ninguém elogia. É bem difícil, a gente pode ser agredida” (auxiliar de enfermagem).

“Levei um tempo para adquirir a confiança deles. No início, eles também quiseram me bater. A população faz muita pressão, dizem que são eles que pagam os nossos salários. Roubam até os termômetros” (auxiliar de enfermagem).

“Nós somos vistos como empregados da população. Só não batem em nós, o resto eles fazem” (médica).

Em função de trabalharem sob pressão, os técnicos disseram que o cotidiano da unidade era um desafio diário, pois as relações eram muito complicadas. Os usuários tinham um baixo grau de entendimento e faltava conhecimento e interesse. As famílias eram de baixa renda e, muitas crianças eram desnutridas e sofriam violência doméstica. No entanto, mesmo com medo, muitos relataram gostar da equipe de trabalho. Salientaram que era graças a esse relacionamento que conseguiam superar as dificuldades diárias do serviço de saúde. Além disso, disseram gostar das atividades realizadas, como consulta de enfermagem, triagem, acolhimento, vacinas, farmácia. A reclamação sobre o trabalho ficou focada na dificuldade de relacionamento com a população, na localização da unidade, na falta de medicamentos e na demora na marcação de consultas especializadas.

Outra dificuldade apontada nas entrevistas relacionava-se ao “Projeto Acolhimento”, pois a população não entendia a razão de não estar sendo atendida pelo médico quando buscava atendimento. Geralmente se mostrava insatisfeita quando esse era realizado pela enfermeira, auxiliares de enfermagem ou agentes comunitários.

Esse projeto orientava-se pela lógica de que, ao procurarem um serviço de saúde, os usuários deveriam ser acolhidos por alguém da equipe que pudesse escutá-los em relação às suas necessidades de saúde. Essa escuta possibilitaria o início de um processo de vinculação e resolução dos seus problemas (MERHY, 2004).

A equipe da unidade do PSF avaliou que o “Projeto Acolhimento” havia dificultado a sua relação com a população, uma vez que sua expectativa era de ser atendida pela médica. Quando essa consulta não acontecia no momento em que estava sendo demandada, os usuários reclamavam e revoltavam-se contra a equipe de saúde, ameaçando agredi-la. O que se pode observar nos momentos em que estávamos dentro da unidade para a realização das entrevistas e da própria capacitação era que a equipe de saúde estava numa posição muito defensiva em relação à população local e muito pouco acolhedora com o seu usuário. Esse fato, somado ao pouco entendimento da proposta do acolhimento, possivelmente determinaram o seu insucesso.

Apesar das dificuldades em relação ao “Projeto Acolhimento”, os entrevistados da unidade do PSF, salientaram como ponto positivo o fato de, em vários momentos, conseguirem ajudar os usuários. Essa fala pareceu contraditória quando vinda de parte dos técnicos, pois eles verbalizavam o seu desconforto no trabalho com a população local. No entanto, o que se pode observar foi que na medida em que os usuários os tratavam com respeito e reconheciam os seus esforços, o receio passava e dava lugar a um sentimento de gratidão.

A médica salientou que cursou medicina justamente para “ter a oportunidade de ajudar as pessoas que querem ser ajudadas, para poder aliviar seus sintomas”. Relatou que quando isso acontecia sem grande stress, ela se sentia gratificada. Esse foi o sentimento geral dos técnicos, mas em função das dificuldades acima relatadas, muitos deles entraram na banca de remanejamento pedindo transferência para outro local de trabalho.

Os agentes comunitários disseram gostar muito de morar e trabalhar na vila, pois conheciam a comunidade há muitos anos e se sentiam a vontade em atuar naquele local. Além disso, reconheceram que estar perto de seu local de moradia é sempre um privilégio, pois não precisavam pegar ônibus, não gastavam dinheiro com passagem e, além disso, podiam almoçar em suas casas. Ressaltaram ainda o fato de gostar de realizar visitas domiciliares e trabalhos com grupos, de conversar com as pessoas, de dar orientações e saber que tiveram um impacto importante em suas vidas, conforme evidenciam as falas abaixo.

“Gosto de conversar, pegar os problemas dos outros. Tenho alegria de fazer um serviço e ouvir um muito obrigado”.

“Gosto de pegar um problemão e ir resolvendo. Quando a gente consegue que um paciente entenda a importância de um tratamento é muito bom”.

Na unidade do PSF investigada, somente os agentes comunitários realizavam visita domiciliar. O restante da equipe não gostava de sair de dentro do serviço e deixava essa tarefa para os agentes. Somente em casos extremos aceitavam ir a um domicílio. Essa postura contraria os objetivos do programa, pois, desde que foi proposto, em 1994, tinha como proposta central a conversão do modelo tradicional de atenção à saúde.

O PSF propõe-se a fazer o caminho oposto ao tradicional que trabalha apenas com o atendimento da demanda espontânea. Deve atuar a partir do conceito positivo de saúde e da oferta organizada de serviços. Para tanto, as equipes devem ir ao encontro das pessoas/famílias/comunidades para ouvirem seus problemas e necessidades. Enquanto o modelo tradicional dirige sua atenção às pessoas doentes, o PSF tem como eixo as pessoas saudáveis. Assim, essa estratégia atua na perspectiva da promoção da saúde. Nesse sentido, a visita domiciliar possibilita que se conheça a realidade de cada indivíduo ou família e a partir daí se organize o atendimento e deve ser atribuição de toda a equipe (SOUZA, 2003).

Em relação às dificuldades enfrentadas dentro da unidade investigada, os agentes comunitários salientaram o fato de que muitas famílias eram de baixa renda e viviam em situação de extrema pobreza, algumas eram muito ignorantes e, com isso, não conseguiam entender as orientações para cuidar de sua saúde. Além disso, muitas pessoas não davam nenhuma atenção aos seus problemas de saúde, o que tornava difícil qualquer tipo de

orientação. Todos esses fatores associados levavam as pessoas com doenças crônicas a abandonarem o tratamento da doença. Assim, quando conseguiam adesão ao tratamento de algumas dessas doenças, sentiam-se muito gratificados.

Pode-se observar que várias das dificuldades apontadas nas entrevistas eram compartilhadas por toda a equipe. Dentre elas, destacaram-se a demora na central de marcação de consultas especializadas, a falta de medicamentos e a dificuldade para remoção de pacientes em caso de necessidade de encaminhamento para outro serviço.

4.3 O DISCURSO DE SUJEITO COLETIVO DOS TRABALHADORES DA UNIDADE DO PSF

Conforme explicitado no capítulo três, o Discurso do Sujeito Coletivo (DSC) é um método de análise que busca construir o pensamento de uma coletividade.

Para ampliar e aprofundar o entendimento das dificuldades enfrentadas na capacitação da unidade do PSF optei por apresentar o DSC dos trabalhadores que compunham a equipe deste serviço na época em que a pesquisa foi realizada. Segue abaixo a construção desse discurso.

Apesar de gostar de trabalhar com essa equipe, acho o trabalho aqui muito desgastante, pois este local onde fica situada a unidade é muito perigoso. Estou tentando ser transferida para outro local.

O trabalho aqui no posto é interessante, mas é muito cansativo. É bom quando conseguimos ajudar as pessoas, porém nem todas se deixam ajudar. O desgaste é muito grande para convencer a população de que ela deve seguir determinado tratamento, tomar os remédios no horário certo. As pessoas são muito difíceis de lidar, elas não entendem as informações que nós damos. Além disso, não entendem que estamos tentando ajudar. Assim, praticamente não se escuta um agradecimento dos nossos usuários. Quando se dirigem a nós, é sempre com uma reclamação ou uma grosseria.

A gente vem para cá pela manhã e só pode sair daqui de dentro da vila no final da tarde. Até mesmo para pagar uma conta e fazer serviço de banco é complicado, pois aqui é longe de tudo, não tem nada perto. Temos que trazer até a nossa comida, pois não tem onde

comprar. Somente os agentes comunitários não comem aqui dentro. Eles podem ir almoçar em casa, pois moram aqui na vila.

Os agentes comunitários têm mais tranqüilidade em trabalhar aqui. Conhecem as pessoas e todos os lugares aqui dentro. Para eles é mais fácil, podem almoçar em casa e não precisam muito tempo para se locomover até o posto. Nós temos medo, a vila é muito perigosa e as pessoas daqui nos ameaçam muito. Todas as vezes que alguém não consegue o que quer, isso passa a ser motivo para sermos xingados e ameaçados. Falta mais gente para trabalhar aqui. A demanda por atendimento é muito maior do que podemos atender.

Há muito tempo estamos trabalhando com um só médico, o que tem gerado constantes enfrentamentos com a população, que não entende porquê tem de terem de esperar dois dias para conseguir uma receita azul (remédio controlado). A nossa médica ainda é a coordenadora do posto, o que dificulta mais ainda as coisas. Em função disso, ela tem muitas reuniões fora, o que representa menos horários para o atendimento da população. Isso agrava mais ainda a situação, pois as pessoas querem ser atendidas pela médica e não por qualquer um de nós. Qualquer coisa que a gente diga não justifica para eles que a médica não está ou não pode atendê-los.

A população é muito ignorante. É muito difícil trabalhar com ela. Ela é agressiva, faz ameaças e xingamentos o tempo todo. Ela é desrespeitosa e perigosa. Não temos porquê sofrer determinados constrangimentos. A comunidade só não bate em nós, o resto eles fazem. Ninguém elogia, só criticam o nosso trabalho. Eles fazem muita pressão, dizem que são eles que pagam o nosso salário, assim, somos seus empregados e temos que fazer o que eles querem.

As pessoas roubam o nosso material. Estamos sem termômetro no posto. Semana passada fizemos uma 'vaquinha' e compramos quatro termômetros, todos eles já desapareceram.

Volta e meia entra algum bandido fugindo da polícia e nos ameaça. Pede para que façamos curativo e se a polícia entrar no posto nesse período, ficamos como reféns. É muito difícil. Além disso, para nós que moramos fora da vila, levamos em torno de 45 minutos de ônibus do Centro da Cidade até aqui. Depois temos que subir o Morro a pé, pois o ônibus nos larga na faixa. É mais uns 20 minutos de caminhada se atalharmos pelo meio dos becos. Para isso, precisamos combinar de todos nós pegarmos o mesmo ônibus, pois assim, subimos juntos os atalhos e diminuímos o perigo.

Ficamos isolados aqui no posto. Só tem uma porta de entrada e saída. Já nos ameaçaram de fechar essa porta e botar fogo no posto. Se a comunidade fizer isso, não temos

como sair, pois em função dos roubos, as janelas são todas gradeadas. Isso é um perigo. Em alguns momentos, a única coisa que vejo de bom nesse trabalho, é o momento de ir embora para casa e estar saindo viva daqui.

Por último, ainda temos mais um outro probleminha: a falta de respaldo institucional. A gerência distrital vem muito pouco aqui e não respalda o nosso trabalho. Muitas vezes somos chamados na Secretaria para ouvirmos um “xixi”, pois alguém da comunidade foi fazer queixa de nós.

Uma das lideranças do Conselho Local de Saúde mora aqui ao lado do posto. No entanto, sai daqui e vai até a Secretária para reclamar de nós. Ela poderia fazer essa reclamação aqui no posto, que procuraríamos resolver, mas não, vai lá na Secretaria da Saúde, no gabinete da secretária, e nós ainda somos constrangidos na frente dela.

Além de tudo isso, ainda sofremos problemas como o restante dos serviços básicos de saúde: faltam de medicamentos, consultas especializadas, faltam recursos humanos. As pessoas não entendem essas faltas e quem houve as reclamações somos nós. Por tudo isso, é muito difícil trabalhar aqui nessa unidade. Assim, muitos de nós estamos na banca de remanejamento, pedindo para trocar de local de trabalho”.

4.4 CONCEPÇÕES DA EQUIPE DA UNIDADE DO PSF SOBRE VIGILÂNCIA DA SAÚDE

Em relação à percepção sobre a vigilância da saúde, as falas dos trabalhadores da unidade do PSF trouxeram a idéia-síntese de que é “tudo o que se faz para evitar a doença”, conforme evidenciado abaixo.

“É um acompanhamento que a gente faz procurando um bem estar na saúde” (técnica de enfermagem).

“É tudo o que se faz, todos os órgãos, tudo o que é necessário para ter saúde: observação, procura, solução” (técnica de enfermagem).

“É cuidar das coisas antes que elas aconteçam. Poder evitar” (agente comunitário).

“É o que a gente faz para que a pessoa tenha saúde. Evitar a morte, cuidar, intervir antes da morte” (agente comunitário).

Uma outra idéia que foi trazida por vários membros da equipe é de que a vigilância da saúde pressupõe o acompanhamento das pessoas e famílias e a identificação de situações de risco. Nessas falas observa-se uma maior elaboração do conceito, pois é evidenciada a preocupação com o conhecimento prévio da realidade em que vivem as pessoas para localizar os grupos mais vulneráveis.

“É observar, acompanhar a população e identificar situações de risco” (enfermeira).

“É estarmos atentos aos sinais, às condições de vida, saneamento, alimentação, higiene, educação, escolaridade, bem estar físico, mental, emocional” (médica).

“É ter um controle do que está acontecendo” (estagiária).

“Nós temos que estar em alerta para olhar para tudo o que vem contra a saúde” (agente comunitário).

A idéia de acompanhar as famílias e, portanto, conhecê-las a ponto de conseguir identificar os problemas e necessidades de saúde é fundamental para a concretização da prática da vigilância. Freitas (2003) aponta a territorialização do sistema municipal de saúde, e conseqüentemente do território de responsabilidade de cada serviço básico de saúde, como o ponto de partida para a viabilização do modelo de vigilância da saúde. Esse trabalho de desvelamento do território, que implica no levantamento de dados e informações de caráter demográfico, socioeconômico, político-cultural, epidemiológico e sanitário, permite que a equipe de saúde possa definir prioridades de ações a serem desenvolvidas pelo serviço.

No entanto, pode-se observar que em nenhuma das falas foi explicitada essa estratégia de planejar as ações de saúde com base nos problemas e necessidades da população. Apenas uma das enfermeiras relatou que o conhecimento da população possibilita que as ações de saúde estejam mais apropriadas à sua clientela, conforme demonstra o texto abaixo.

É conhecer a população e poder atuar através de orientação e educação. São dados gerais de saúde: doença, prevenção, situação do local, situação de saúde das pessoas, meio ambiente, trabalho, grau de instrução. É tudo o que pode levar a um diagnóstico (enfermeira).

Ao referir que o conhecimento da população serviria para desencadear ações de educação em saúde, essa enfermeira estava avançando no sentido de enxergar sua atuação em uma perspectiva mais ampla e reconhecer a saúde/doença como um processo determinado socialmente. Quando fala sobre a necessidade de conhecer a realidade da população, mesmo sem uma elaboração teórica mais aprofundada, ela estava pensando a partir do conceito

positivo de saúde e de forma articulada com o conceito de promoção da saúde.

Como os problemas e necessidades fazem parte de uma dinâmica histórica e social em constante transformação, pois refletem as condições de vida dos diferentes grupos populacionais, é necessário que o modelo de atenção à saúde, proposto para uma cidade, leve em conta essa realidade. A Vigilância e a Promoção da Saúde têm sido referenciais teóricos fundamentais para se pensar a saúde a partir dessa perspectiva. No entanto, levantar esses problemas e analisá-los depende da perspectiva sob a qual são identificados, ou seja, depende dos sujeitos que os olham, pois o que é problema para uns, pode não ser visto dessa maneira por outros. Nesse sentido, ao identificar problemas e necessidades de saúde é necessário tentar assumir uma visão mais interdisciplinar, pois quanto mais sujeitos olharem para mesma realidade, maior é a chance de se enxergar esses de forma mais abrangente. Assim, a participação da população nesse diagnóstico é fundamental, pois quando os indivíduos que necessitam de atendimento participarem da discussão sobre as suas necessidades, poderão estar identificando questões que não eram observadas pela equipe de saúde (TEIXEIRA, 2002).

O SUS ao ser proposto em 1986 foi pensado a partir da necessidade de mudança no modelo de atenção à saúde, pois os modelos existentes não atuavam a partir do conceito positivo de saúde, que leva em conta as condições e a qualidade de vida da população. Além disso, era necessária a transformação dos propósitos da atenção à saúde. Para tanto, era necessário superar o modelo centrado no atendimento da demanda espontânea de atendimento a doentes, para incluir ações de prevenção dos riscos e agravos e de promoção da saúde. Isso somente seria viabilizado na medida em que as equipes atuassem para além dos muros das unidades de saúde, conhecendo o território de sua responsabilidade e, especialmente a população que não frequenta aquele serviço (TEIXEIRA 2002a; TEIXEIRA, 2002b). Nessa perspectiva, é fundamental o investimento na qualificação dos trabalhadores em saúde para atuarem em conformidade com os princípios do SUS, da Vigilância e da promoção da Saúde.

Atuar sobre os problemas, facilita o desenvolvimento de uma consciência sanitária da população, que passa a compreender os problemas que os atingem. Por outro, lado, auxilia as equipes de saúde a organizarem o enfrentamento desses problemas com base na discriminação positiva em relação aos grupos em situação de exclusão social (MENDES, 1996). Nesse sentido, esse tipo de diagnóstico potencializa a concretização da equidade, que é dos princípios mais discutidos pelo SUS e pela Promoção da Saúde.

Para Mendes (1996), a vigilância da saúde é uma nova prática sanitária, organizada para dar uma resposta social aos problemas de saúde, e deve ser estruturada a partir do

conceito positivo de saúde e do paradigma da produção social da saúde. Assim, essa prática deve articular as estratégias de intervenção individual e coletiva e atuar sobre os nós críticos de um problema de saúde. Para tanto, necessita de uma atuação interdisciplinar e intersetorial.

É importante pensar que a atuação sobre problemas e necessidades de saúde não deve ser planejada apenas para a coletividade. Assim como Mendes (1996) aponta no parágrafo acima, as questões individuais são também bastante importantes, sem elas as famílias e os indivíduos podem ficar desassistidos. Para atuar na perspectiva da Vigilância e da Promoção da Saúde não se pode ignorar as ações individuais, curativas, preventivas e reabilitadoras.

Cabe ainda ressaltar, que apesar das falas dos trabalhadores da equipe serem bastante significativas, não houve oportunidade de serem trabalhadas durante o processo de capacitação. Esse vivenciou uma série de dificuldades que não possibilitaram que se retomasse o conhecimento da equipe sobre vigilância da saúde e se pudesse avançar em relação à prática de trabalho de cada um dos participantes.

4.5 O DESENVOLVIMENTO DA CAPACITAÇÃO REALIZADA NA UNIDADE DO PSF

Cerca de um mês após a realização das entrevistas, voltamos à unidade do PSF para continuar o trabalho de capacitação e observamos que alguns funcionários da equipe haviam sido transferidos, outros solicitaram demissão ou estavam em licença-saúde.

Nesse primeiro encontro tivemos que enfrentar nossa primeira dificuldade: a coordenação local havia sido transferida para outro serviço e outra coordenadora estava assumindo a responsabilidade pela unidade naquele dia da retomada da capacitação. A equipe estava em reunião e esperamos cerca de meia hora para que terminassem os assuntos e pudessem nos receber, apesar de nosso retorno estar previamente agendado com a coordenação anterior.

Somente tomamos conhecimento da troca de coordenação quando chegamos ao serviço. Após o final da reunião, propusemos à nova coordenadora conversarmos sobre a capacitação e remarcássemos seu início. Ela respondeu que não era necessário, pois havia sido informada sobre o trabalho. Nesse primeiro encontro, a equipe não estava completa, pois alguns funcionários estavam de folga ou de atestado médico, conforme já foi colocado

anteriormente.

A sala reservada para os encontros era muito pequena e não comportava todo o grupo. Assim, muitos dos participantes ficaram na porta para participar e os que conseguiram entrar ficaram sentados desconfortavelmente. Procuramos verificar se existia alguma outra possibilidade de local para fazermos as reuniões, pois a sala reservada para a atividade era totalmente inadequada. No entanto, a equipe local disse não haver outro espaço disponível para a realização do grupo e nos informou que a sala que antes era usada para esse tipo de atividade não poderia mais ser ocupada pela equipe, pois pertencia à Associação de Moradores. Antigamente, ela cedia o espaço para a realização de grupos, mas havia alguns meses que eles não podiam mais utilizá-la. Não souberam explicar o porquê, somente que isso tinha sido determinação do presidente da Associação. Mesmo não tendo outro espaço para os encontros, a sala utilizada para a realização da capacitação poderia ter sido melhor reorganizada, de forma a que pudesse acomodar todas os participantes.

Melhorar o ambiente disponível para a realização da capacitação era possível se a equipe local estivesse motivada para o trabalho. No entanto, desde o primeiro momento tivemos a nítida sensação de que sequer o grupo conseguia entender a nossa presença no serviço. Em várias ocasiões tentamos retomar o objetivo do trabalho, perguntando para os participantes se eles sabiam o motivo de nossa presença na unidade. Apesar de dizerem que sim e de esclarecermos em cada momento o que estávamos fazendo, até o final do trabalho os participantes tiveram dúvidas sobre o trabalho que estava sendo desenvolvido.

Iniciamos esse primeiro encontro discutindo as percepções e sentimentos em relação ao trabalho, manifestados a partir das falas das entrevistas individuais. Montamos um cartaz agrupando as falas em dois momentos: dificuldade e facilidades do trabalho. Essa primeira análise foi realizada por mim enquanto coordenadora da pesquisa e por uma enfermeira da EEV/CGVS que participou ativamente de todo esse processo, desde as tratativas iniciais.

A equipe local ficou visivelmente incomodada com o cartaz, pois ele evidenciava muitas dificuldades que o grupo estava vivenciando. Demorou bastante até que começassem a se manifestar a respeito do que estava sendo lido. A atual coordenadora quebrou o silêncio e falou que ela sentia medo da população, pois havia pessoas que ameaçavam a equipe. Isso fazia com que eles trabalhassem em constante pressão.

“A população tem baixa auto-estima, eles não conseguem enxergar que é possível viver bem sem muitas coisas, eles não sabem viver bem, eles só querem tomar remédio e consultar o médico. A gente já teve ameaça porque não quis dar remédio [...]” (médica).

Eu tenho medo de ficar aqui, por exemplo, medo de bala perdida [...] eu tenho medo de uma pessoa achar que eu como doutora não tratei ela bem e vir aqui me agredir. Semana passada a dona da garagem em que eu boto meu carro me avisou que estavam planejando apedrejar meu carro, ele é simples, mas é meu (médica).

O restante da equipe parecia muito pouco a vontade para se expressar. A enfermeira ficou sentada em um canto e, de cabeça baixa, conseguiu dizer, bem baixinho, que também sentia medo da população.

Um dos agentes comunitários conseguiu quebrar o silêncio e expressou sua opinião, que era contrária ao sentimento da médica. Disse que não acreditava que fosse necessário o receio que estava sendo verbalizado. Na sua fala deixou claro que esse medo estava relacionado ao fato da médica não ser integrante daquela comunidade e, portanto, chocar-se com alguns comportamentos, conforme evidencia a fala abaixo.

Eu acho que a doutora tem medo porque ela é um peixe fora d'água. Essa semana nós atendemos aqui no posto um cara que era fugitivo, ele nos pediu para fazer um curativo nele e a sala estava cheia, nós passamos ele na frente e até achamos ele bem legal, ele estava armado, mas foi bem tranqüilo” (agente comunitário).

A médica questionou sobre a localização da unidade e disse que “se tivesse como transferir o posto lá para baixo, no início da vila, 80% dos problemas estariam resolvidos”. Disse que gostaria de continuar trabalhando com aquela equipe, no entanto, ficava muita nervosa porque a localização da unidade, pois estava situada em local perigoso e de difícil acesso.

Um dos agentes comunitários respondeu à médica que a escola e o posto eram bens da comunidade e que a população dava muito valor para isso, portanto, não agrediria a equipe de saúde. Disse que eles tentavam passar tranqüilidade à equipe, mas essa continuava ansiosa e com medo.

Nesse primeiro dia, a discussão sobre a relação com a população foi muito pouco produtiva e bastante truncada. A maioria da equipe não conseguiu falar sobre o assunto e as falas praticamente ficaram polarizadas entre a médica e um dos agentes comunitários. A percepção que tivemos, enquanto participantes do processo, foi de que um não conseguia ouvir a fala do outro e as palavras acabaram saindo muito mais como desabafo do que como desencadeadoras de um processo reflexivo. Após ultrapassarem a resistência em escutar a fala sobre o medo os técnicos em relação à população, os agentes comunitários procuraram

justificar as pessoas da comunidade e as agressões sofridas pela equipe em função da história daquela comunidade, conforme aponta a fala abaixo.

As pessoas foram muito judiadas, exploradas. Prometeram coisas para a comunidade e não cumpriram, a comunidade trabalhou, conseguiu dinheiro do Banco do Brasil e dos Estados Unidos e tá lá o prédio construído que ia ser a creche. Tá largado (agente comunitária).

Por um lado, os agentes comunitários tiveram muita resistência em ouvir os técnicos falarem sobre o seu medo em relação à população local; por outro, verbalizaram sua preocupação com quem ficava dentro da unidade. Para garantir segurança à equipe, eles se revezavam em suas tarefas para que sempre um deles ficasse dentro da unidade. Isso demonstra que, de alguma forma, eles também não tinham tanta segurança de que a equipe estivesse protegida dentro do serviço.

Em vários momentos procuramos estimular a discussão sobre o relacionamento da equipe com a população local, pois se eles não conseguissem refletir sobre suas dificuldades não conseguiriam avançar em relação a uma prática de saúde fundamentada na vigilância da saúde. Propusemos que a equipe pensasse sobre a agressividade da população e se ela era realizada por todos os usuários ou estava localizada em algumas pessoas. Procuramos mostrar o quanto esse diagnóstico era importante, pois os ajudaria a mapear a população que freqüentava a unidade e localizar quais eram as pessoas insatisfeitas e o porquê dessa insatisfação.

Salientamos a importância desse tema estar sendo discutido, pois poderia ser o momento de desmistificar o medo e de discuti-lo em equipe, o que possibilitaria a definição de uma estratégia de enfrentamento e solução do problema.

Solicitamos à equipe local autorização para discutir essa dificuldade com a Gerência Distrital, pois entendíamos que essa era a instância responsável pelo funcionamento da unidade e que o apoio gerencial auxiliaria a equipe a superar seus problemas. Combinamos que conversaríamos com a GD e procuraríamos encaminhar o assunto.

Por último, organizamos junto com o grupo a pauta de discussão da semana seguinte. Propusemos que a equipe local se reunisse e pensasse quem eram as pessoas agressivas, se essa agressão vinha de toda a comunidade, se era pontual, quais os motivos que levavam a população a agredir e ameaçar a equipe de saúde e se era possível fazer algum tipo de aliança com essas pessoas. O importante era que durante aquela semana, eles pudessem refletir sobre

essas dificuldades.

Combinamos também que a equipe local tentaria montar a história da comunidade e levantar os problemas e necessidades de saúde existentes no local, pois isso poderia ajudá-la a entender melhor aquela comunidade e, com isso, melhorar sua relação com ela.

Chegamos pontualmente para o segundo encontro e, embora tenha sido agendado com antecedência, novamente a equipe não estava toda presente. Faltaram duas auxiliares de enfermagem, um agente comunitário e a coordenadora. Nos reunimos no mesmo local do encontro anterior.

A equipe não havia realizado a tarefa que havia sido combinada e ao ser perguntada sobre como estavam pensando em apresentar o trabalho, o grupo ficou bastante incomodado e disse que não conseguiram fazer nada, pois eles tinham uma demanda muito grande de trabalho e não era possível realizar nenhuma atividade extra. Ao questionarmos a ausência da coordenadora no encontro, o grupo novamente ficou irritado e justificou dizendo que ela havia agendado uma folga para aquele dia já havia bastante tempo. Novamente não fomos avisadas sobre a coordenadora local não poder participar do encontro. O fato de estar ausente acabou por não legitimar o trabalho que estava sendo realizado e por dificultar mais ainda a relação entre a equipe local e a equipe da EEV/CGVS.

Esse segundo encontro foi bem mais tenso que o primeiro e a equipe da unidade se mostrava muito pouco a vontade com a nossa presença. Logo no início, questionaram sobre o objetivo do trabalho e disseram que não entendiam o que estávamos fazendo lá. Retomamos os objetivos, explicando novamente a proposta da capacitação, a metodologia utilizada, o que ela significava e a importância da participação ativa de todos e daquele momento de reflexão para o grupo. Procuramos mostrar que era um privilégio estarem tendo a oportunidade de fechar as portas do serviço para refletirem sobre o seu trabalho.

Após um início bastante difícil, os agentes comunitários começaram a contar a história da comunidade, pois mesmo não tendo realizado um trabalho sistematizado, eles haviam conversado com algumas pessoas da comunidade para investigar essa história.

Ao terminar de contá-la, um dos integrantes da equipe relatou que estavam enfrentando um problema bastante complicado nos últimos dias. Disse que a unidade do PSF esteve fechada durante dois dias, porque a comunidade estava ameaçando a equipe. Os técnicos relataram que estavam com muito medo de ir trabalhar, por isso, estavam subindo “o morro” escoltados pela guarda municipal, que ficavam em frente à unidade para que eles pudessem trabalhar.

Contaram que a relação com a população local havia piorado bastante desde a saída do outro médico. Em função do tamanho da população que deveria ser atendida na unidade, a equipe deveria contar com dois médicos e havia muito tempo não conseguiam manter esses profissionais na unidade. Há bastante tempo estavam com um médico somente e esse fato se agravou porque a única médica estava exercendo a chefia do serviço. Isso fazia com que ela tivesse uma demanda de trabalho administrativo bastante grande e não conseguisse atender a todas as pessoas que procuravam atendimento. A população local reclamava que até para pegar uma receita azul (receituário para remédio controlado), tinham que esperar em torno de dois dias.

Falaram que a médica sofreu ameaça de morte por causa de todos esses problemas, o que gerou um desconforto muito grande na equipe. Todos os técnicos se sentiram ameaçados e, por isso, não queriam mais ir trabalhar até que alguma alternativa fosse encontrada que lhes garantisse mais segurança. A GD contatou com a guarda municipal, que combinou de escoltar os técnicos até a unidade e ficar na frente do serviço até o final do expediente. Durante dois dias subiram escoltados para o trabalho, até que o medo conseguiu ser minimizado e a equipe percebeu que a população local não iria machucá-la. Durante esse episódio, a assessora da GD ficou mais perto da equipe para lhes transmitir segurança e auxiliar no contato com os usuários da unidade.

A enfermeira relatou sobre a dificuldade das mulheres aceitarem fazer o exame citopatológico com ela. Disse que levou muito tempo para que aceitassem que ela poderia realizar essa atividade com tanta eficácia e competência como qualquer médico que se dispusesse a isso.

Aproveitamos esse momento em que a equipe trouxe para a discussão as dificuldades na sua relação com a população local para propormos a reflexão sobre quem era a população que agredia, se essa agressão vinha de toda a comunidade ou estava localizada em algumas pessoas e se já haviam tentado conversar com os usuários do serviço e explicar como funciona o atendimento na unidade.

Durante o processo de discussão, uma das auxiliares de enfermagem disse que se sentia como alguém de fora, pois não pertencia àquela comunidade e acreditava que a população local os via como invasores. Disse que a equipe se dividia em duas partes: os que moravam na comunidade e os que não moravam.

Os que não moram aqui são invasores e recebem várias ameaças de morte. Uma usuária do posto disse que pegaria uma arma, colocaria na cabeça da médica até ela fazer a receita do remédio dela, depois disso, fecharia o posto, colocaria fogo e queimaria todos da equipe, porque ninguém prestava (auxiliar de enfermagem).

“A equipe só não se divide para o trabalho. O problema é que falamos línguas diferentes, porque os agentes não temem a população e os de fora sim” (auxiliar de enfermagem).

Os agentes comunitários argumentaram que conheciam alguns usuários desde que nasceram. Por isso eles entendiam as suas reações quando não se sentiam atendidos na sua demanda.

Um dos agentes disse, muito timidamente, que o problema todo com a população estava na forma como os usuários eram tratados por alguns membros da equipe. Disse acreditar que o fato de estarem com a equipe desfalcada e, por isso, não conseguirem atender a todas as demandas recebidas da população local, fazia com que houvesse essa série de xingamentos e ameaças.

Outro agente comunitário disse que a população local sabia quais eram os trabalhadores da unidade que se sentiam intimidados diante das agressividades, por isso, as agressões continuavam a serem feitas. Disse acreditar que a equipe se deixou intimidar e que isso deveria mudar, pois era importante deixar mais claro para as pessoas como se dava uma relação de respeito. Muito sutilmente procurou dizer que a população reagia à falta de acolhimento e respeito com que era tratada usualmente por algumas das pessoas da equipe. Aparentemente, ninguém prestou atenção nessa fala.

No final do encontro, uma assessora da Gerência Distrital chegou para acompanhar as discussões, pois já havia ouvido falar que o “clima” lá na unidade estava “quente”. Segundo ela, a maioria da população estava satisfeita com a equipe, apenas algumas agrediam e ameaçavam.

As discussões continuaram e a equipe foi relatando exemplos das agressões sofridas. Um dos agentes comunitários disse que um dia um usuário gritou tanto que acabou sendo atendido na frente dos outros que estavam na fila. Segundo alguns, essa postura acabou por criar a idéia de que quem gritava mais alto conseguia o atendimento mais rápido. Concluíram que isso não era bom para ninguém. No entanto, os técnicos disseram que era difícil não atender aquele que gritava e ameaçava, pois enquanto essa pessoa permanecia na unidade, ninguém conseguia trabalhar uma vez que a equipe ficava muito ansiosa.

Apesar de ter começado tenso, esse encontro foi mais produtivo, pois todos os presentes conseguiram falar e escutar, o que não havia sido possível no primeiro dia. Ficou combinado para o encontro seguinte que a equipe local montaria a história da comunidade com mais detalhes; identificaria as necessidades e os problemas de saúde; identificaria os trabalhadores da equipe que se sentiam mais intimidados com a população e as razões para tal e buscaria possíveis parcerias com a população para ajudar o trabalho da equipe.

No terceiro encontro, na semana seguinte, chegamos ao local às 13:50 e a porta da unidade estava trancada com cadeado. Havia uma senhora com uma criança esperando ser atendida. Após solicitarmos que abrissem a porta, veio uma das agentes comunitárias para nos receber. Nesse momento, ela perguntou à senhora qual era a sua demanda. A resposta foi de que estava aguardando a unidade abrir para pegar uma cartela de anticoncepcional. A agente comunitária explicou que o serviço estava fechado e que ela voltasse no dia seguinte. Nos surpreendemos com a resposta dessa trabalhadora, pois não entendíamos que a usuária pudesse esperar para outro dia. Esse fato nos fez enxergar mais claramente o porquê das dificuldades que a equipe enfrentava em relação à população local.

Quando entramos na unidade, fomos para a sala de reuniões e, aos poucos a equipe começou a chegar. O espaço era o mesmo e não houve nenhum movimento em melhorar aquela situação, uma vez que parte da equipe participava do encontro sentada no corredor.

Nesse encontro, havia uma auxiliar de enfermagem que estava chegando no grupo pela primeira vez e uma enfermeira que estava chegando para trabalhar com a equipe naquela semana. Na nossa chegada, ela nos abordou para saber o que fazíamos lá. Nos apresentamos e pedimos que aguardasse que os esclarecimentos seriam realizados no início do trabalho.

Após as explicações sobre o propósito da capacitação, perguntamos pela coordenadora, que novamente não estava presente. A equipe justificou a ausência dizendo que ela estava em licença programada há mais ou menos um ano. Em nenhum momento fomos avisados dessa ausência, nem pela própria coordenadora nem pela Gerência Distrital. Salientamos a dificuldade que era realizar o trabalho proposto sem a presença da coordenadora e a equipe manifestou irritação com este comentário. Tentamos iniciar o trabalho que havia sido proposto sobre a história da comunidade, mas as pessoas mostravam-se desmotivadas e incomodadas, o ambiente estava tenso e não conseguíamos entender com clareza as razões para tal. Além da coordenadora, ainda faltaram nesse encontro um agente comunitário e dois auxiliares de enfermagem.

Aos poucos fomos entendendo a situação, pois a equipe estava há vários dias sem médico uma vez que a coordenadora exercia esse papel e estava de licença. Assim, a

população local estava mais agressiva.

Para ouvir e refletir sobre a história da comunidade, perguntamos como eles haviam se organizado para levantar problemas e necessidades de saúde da comunidade. Eles buscaram o cartaz que tínhamos levado no primeiro dia de capacitação e disseram que os problemas eram aqueles. Tentamos mostrar que aqueles problemas eram da equipe e não da população e que era necessário realizar um diagnóstico da comunidade para planejar ações de saúde que pudessem impactar na melhoria da saúde das pessoas e na própria relação da equipe com a população. Procuramos retomar a tarefa e construir, junto com o grupo, o olhar da equipe sobre problemas e necessidades de saúde da população. A resistência foi muito grande.

Superado esse impasse, os problemas levantados foram: educação, cooperação e responsabilização da população sobre a sua própria saúde. Disseram ainda que as mulheres da comunidade eram muito revoltadas por terem começado a sua vida sexual muito cedo e, segunda a enfermeira, “parece que nos culpam por isso”.

No transcorrer desse encontro, ocorreram algumas situações que cabe ressaltar, pois, talvez, expliquem as dificuldades vivenciadas pela equipe na sua relação com a população.

Durante o trabalho em grupo, uma pessoa gritou do lado de fora da unidade perguntando se essa estava fechada. Alguém da equipe gritou de volta dizendo que sim e não fez nenhum movimento de levantar e ir conversar para saber o porquê da procura. Somente após uma das pessoas da equipe da EEV/CGVS perguntar se era assim que eles se relacionavam com a população, foi que alguém levantou para verificar a queixa e explicar o motivo da unidade estar fechada. Era a segunda vez naquele dia que estávamos assistindo a forma como a equipe se relacionava com os usuários do serviço. Colocamos o assunto em discussão e o grupo se defendeu dizendo que se atendessem alguém, não conseguiriam mais fechar o posto. Quase no final do encontro, chegou no posto uma mulher bem vestida que foi buscar remédio para sua mãe. Prontamente alguém levantou e foi atendê-la. Assim, o que pode ser observado durante o terceiro encontro foi o fato de existirem diferentes maneiras de tratar os usuários.

Para apresentarem os problemas e necessidades de saúde, a equipe local pegou os bilhetes que a população deixava em uma caixa na entrada da unidade. Assim, o cartaz que prepararam para o encontro estava com os bilhetes colados e apresentava as reclamações dos usuários em relação ao atendimento prestado pela equipe local.

Ficou evidenciado que, ao mesmo tempo em que se sentiam incomodados com a equipe da EEV/CGVS em discutir suas dificuldades com a população local, não conseguiam avançar na discussão dos conteúdos propostos por essa capacitação, pois voltavam às suas

dificuldades em todos os momentos em que o grupo estava reunido.

Mostraram os recados que a população local deixava para a equipe. Muitos evidenciaram o quanto estava difícil a sua relação com a equipe de saúde, conforme apontam as falas abaixo.

Gostaria de sugerir que as reuniões de segunda-feira durassem 2 horas e meia e o posto abrisse depois, porque já vi gente precisar de medicamento injetável ou orientação e ninguém e não tem atendimento”. Simplesmente chega ao meio dia e o posto não abre para mais nada. Outros postos próximos não nos atendem pois não pertencemos à região (usuária).

“Não tratam as pessoas como gente, mas como animais [...]” (usuária).

“Atendem com estupidez os pacientes e com nojo deles, são muito ignorante [...]” (usuária).

“Consultem mais as pessoas que freqüentam o posto [...]” (usuária).

Procuramos discutir essas falas. Uma das auxiliares de enfermagem disse que não sabia falar com a população para que eles entendessem as informações que eram repassadas. Um dos agentes comunitários retrucou-a dizendo que era importante adequar a linguagem para lidar com a população, pois as pessoas não entendiam falas muito técnicas. Houve um certo desconforto entre os dois e a discussão acabou sem nenhuma reflexão.

Em nenhum momento do encontro a equipe se dispôs a refletir sobre os problemas que estavam sendo levantados. Isso foi lamentável, pois essa reflexão teria ajudado poderia ter ajudado a refletirem sobre a forma como trabalhavam os conteúdos de saúde.

Devido a todas as dificuldades relatadas, a equipe da EEV/CGVS propôs que os trabalhadores da unidade do PSF se reunissem e definisse o rumo que gostariam de dar para a capacitação, uma vez que as suas falas não estavam sendo aproveitadas para que se desencadeasse um processo reflexivo, conforme a proposta metodológica para aquele trabalho. O objetivo da capacitação era de discutir o conteúdo da vigilância e da promoção da saúde e os programas de vigilância da saúde da criança a luz da experiência de cada trabalhador sobre o trabalho em saúde.

Entre o terceiro e o quarto encontro, conversamos com a assessora da Gerência Distrital (GD) que havia se proposto a acompanhar todo o trabalho. Relatamos as dificuldades que estávamos enfrentando, especialmente, a ausência da coordenadora local, que tinha como papel fundamental ser uma facilitadora das discussões. Solicitamos que a assessora da GD se fizesse presente na próxima reunião para tentarmos retomar o objetivo desse trabalho.

No quarto encontro estiveram ausentes três agentes comunitários. A equipe estava em reunião e esperamos em torno de 30 minutos para que iniciássemos o trabalho. A unidade estava aberta, ao contrário dos dias anteriores, e ninguém nos deu atenção ao chegarmos.

Nesse encontro, estavam presentes a coordenadora local e a assessora da GD. Começamos a reunião falando sobre o desconforto que estávamos sentindo em relação ao pouco compromisso da equipe e da coordenadora local com a capacitação. Retomamos o objetivo do trabalho, lembrando os resultados da análise dos depoimentos e todos os esclarecimentos sobre os objetivos desse processo de capacitação. Nenhum dos componentes da equipe quis se manifestar.

A assessora da GD falou que acreditava que estava faltando uma finalidade para a capacitação, o que demonstrou completa ausência de respaldo institucional para a continuidade da capacitação. Se ela, que havia acompanhado as discussões desde seu momento inicial, havia reforçado a fala da equipe local de que estava faltando conteúdo teórico, ficava extremamente complicado continuarmos o trabalho.

A partir dessa fala da assessora da GD, a equipe da EEV/CGVS retomou os objetivos da capacitação e voltou a reafirmar que esses estavam sendo explicitados desde antes da realização das entrevistas. Além disso, esses objetivos vinham sendo discutidos com todos os trabalhadores da equipe local e com a GD em todas as oportunidades. Assim, o que estava faltando era o comprometimento institucional com o trabalho. Frente a essas dificuldades, solicitou que tanto a equipe local como a representante da GD dissessem qual o encaminhamento que gostariam de dar àqueles encontros.

A coordenadora local pediu a palavra e disse que o problema era que as entrevistas haviam sido realizadas em um momento atípico da equipe e, portanto, a capacitação havia partido de uma amostra viciada. Ressaltou que a equipe estava num momento muito bom. Assim, era melhor que se continuasse o trabalho de onde havia parado, esquecendo os problemas que foram levantados. Outros trabalhadores da equipe também se posicionaram como se os problemas vivenciados já houvessem sido superados, como se observa a seguir.

“O trabalho está realmente muito bom, a população está mais participativa, o nosso maior problema é o espaço físico” (auxiliar de enfermagem).

“O que a população realmente não aceitou foi o acolhimento” (agente comunitária).

“A comunidade ainda tem seus problemas. Estou a pouco tempo aqui e nunca tive problemas com a população” (auxiliar de enfermagem).

Nessas falas ficou claro que a equipe decidiu não discutir conosco nenhum problema de trabalho e que estava interessada somente em receber conteúdo teórico e acabar esse

processo o quanto antes. Nesse encontro, a equipe local e a assessora da GD se comportaram como se não houvesse nenhum problema e procuraram demonstrar que os que foram identificados nos encontros anteriores eram muito pontuais e haviam sido solucionados. No entanto, tinha-se clareza de que os problemas continuavam existindo.

A equipe da EEV/CGVS marcou uma reunião com a GD para conversar sobre as dificuldades que a equipe da unidade do PSF estava enfrentando. Nessa reunião, estava presente o gerente distrital e três assessores, dentre eles, a assessora que estava acompanhando o trabalho desde o início. O gerente distrital colocou que os problemas da unidade seriam resolvidos por eles e que não precisavam de ajuda para isso, pois a capacitação não tinha esse objetivo.

Procuramos saber qual a proposta da GD para o final da capacitação e uma das assessoras disse que já estava tudo acertado com a coordenadora local e que ela estava querendo continuá-la, pois eram momentos muito ricos, bastava começar, objetivamente, pelo conteúdo e trabalhar com os programas de vigilância. Disse também que eles já haviam discutido e resolvido que os problemas daquela unidade do PSF seriam tratados pela GD, pois eles eram bem pontuais e a coordenadora local era muito bem aceita e tinha respaldo institucional.

A equipe da EEV/CGVS afirmou que não tinha nenhuma dúvida sobre de quem era a responsabilidade por aquela unidade do PSF. No entanto, entendia ser impossível recomençar o trabalho como se nada tivesse acontecido e como se os problemas discutidos houvessem sido uma invenção. Disse que eles existiram, eram bem concretos e, talvez, graças ao processo de capacitação e de identificação das dificuldades é que puderam estar sendo encarados e resolvidos pela GD. Ficou acordado que os próximos encontros seriam organizados com a apresentação dos conteúdos teóricos solicitados.

Os próximos encontros foram realizados exatamente como haviam solicitado: apresentação de conteúdo teórico sem discussão e articulação com o cotidiano de trabalho da unidade. Ficou definido que em dois ou três encontros de turno inteiro o trabalho seria concluído, pois a solicitação incluía o conteúdo sobre o modelo de atenção da vigilância da saúde e sobre os programas de vigilância da saúde da criança.

O gerente distrital disse que não tinha entendido que a capacitação discutiria dificuldades do cotidiano, pois essas eram de sua atribuição. Acreditava que falaríamos somente dos programas de vigilância e da descentralização do Programa de Vigilância da Mortalidade - Pra-Viver. Disse que se fosse médico da unidade também teria ficado incomodado com pessoas estranhas discutindo dificuldades da equipe. No entanto, concluiu

sua fala dizendo que o partido que estava no governo ganharia as eleições e que ele tinha a intenção de continuar a capacitação proposta em outras unidades, pois gostaria de que todos os serviços básicos de saúde pertencentes à sua gerência tivessem a oportunidade de vivenciar uma proposta de capacitação. No entanto, questionou durante a reunião e os últimos dois encontros, que uma proposta de capacitação teria que utilizar, no máximo, a metodologia da problematização, pois “educação popular se faz com o povo e não com trabalhadores em saúde”.

O quinto encontro ocorreu na sede da Coordenadoria Geral de Vigilância em Saúde (CGVS) e foi aberto pela coordenadora da Equipe de Vigilância de Eventos Vitais, Doenças e Agravos não Transmissíveis, que apresentou as boas vindas a todos e explicitou sobre como seria encerrado o trabalho de capacitação, atendendo ao desejo da equipe local. Disse que os dois últimos encontros seriam realizados da forma como a equipe havia solicitado, mas que a proposta de capacitação original tinha por objetivo trabalhar o conteúdo da vigilância da saúde a partir da reflexão de “quem somos nós e o que nós fazemos”.

Nesse encontro, a coordenadora local pediu a palavra e disse que havia sentido a necessidade de continuar o trabalho. Foi feita uma avaliação sobre as condições em que a capacitação havia começado: violência na comunidade, percebida pela equipe local; troca de agentes comunitários; troca de coordenação local. A assessora da GD disse que “se mexeu numa parte que estava doendo, por isso ficou uma situação ruim e isso ficou claro nas reuniões anteriores, as coisas foram se resolvendo entre a equipe e decidimos retomar o trabalho”. Mesmo assim, salientou que a capacitação ainda não tinha entrado no seu objetivo, que segundo ela, era trabalhar o conteúdo da vigilância da saúde.

Antes de iniciar o trabalho programado para aquele encontro, foi explicitado pela equipe da EEV/CGVS que os momentos anteriores foram importantes uma vez que desencadearam a reflexão sobre os problemas da equipe e trouxeram a GD mais para perto do problema.

O conteúdo teórico trabalhado nesse encontro foi a construção do conceito de saúde, modelo de atenção à saúde, o papel do gestor público na construção desse modelo, modelos tradicionais de saúde, prevenção e promoção, vigilância da saúde e suas características.

A partir do conteúdo referente ao modelo de atenção da vigilância da saúde, foi sendo ressaltada a importância da metodologia que havia sido escolhida para a capacitação, uma vez que tinha como pressuposto que a teoria só tem sentido se ela estiver articulada com a prática.

O sexto e último encontro foi realizado na sede da GD e novamente toda a equipe local estava presente. Participaram ainda o gerente distrital e sua assessora. Nesse dia foram

resgatados os conceitos do encontro anterior e trabalhados os programas de vigilância da saúde da criança Pré-Nenê e Pré-Viver. Para que esses conteúdos pudessem repercutir na atuação cotidiana da equipe, foi sendo construída sua articulação com o modelo de atenção da vigilância da saúde, que necessitava de acolhimento, de responsabilização da equipe e de um trabalho voltado para a promoção da saúde. Foi reforçada a necessidade de escuta do outro, pois a equipe podia ser bem intencionada, mas se não estivesse atuando a partir dos problemas e necessidades de saúde da população, suas ações não teriam eficácia.

No final desse encontro, foi realizada uma avaliação de todo o processo vivenciado pelo grupo. O gerente distrital considerou que o processo na unidade do PSF foi mal conduzido, pois a gerência deveria ter estado mais presente na capacitação, acompanhando de perto todo o trabalho, inclusive a chegada da equipe da EEV/CGVS na unidade do PSF. Nesse momento de avaliação, a assessora da GD, que havia sido designada para acompanhar todo o processo, disse que acreditava que tinha feito o seu trabalho conforme o combinado e que continuava achando que os objetivos do trabalho não estavam claros, pois ela mesma havia entendido que a proposta de capacitação era falar sobre os programas de vigilância da saúde da criança.

Em outubro de 2005, voltamos à unidade do PSF para ver o que havia acontecido após a capacitação. A coordenação havia mudado, a pessoa que antes era coordenadora estava somente exercendo as funções de médica, a enfermeira mais antiga já não estava mais na coordenação e saiu logo após exercer a função de coordenadora por um breve período.

Antes de marcarmos a entrevista com a nova coordenadora, fomos na unidade do PSF para resgatar um pouco mais da história do serviço. Nesse momento, soubemos que haviam acontecido várias mudanças na equipe. Conversamos com duas agentes comunitárias que nos disseram que “as coisas no posto mudaram bastante” e que estavam muito contentes com a nova coordenadora. Ao falarem da capacitação, disseram que em muitos momentos gostariam de ter se manifestado e falado que entendiam que a realidade que estava sendo apresentada pelos técnicos não era a que eles enxergavam.

Conversamos com a nova coordenadora, que estava nesse lugar há sete meses. Perguntamos se ela sabia sobre a realização da capacitação, ao que nos respondeu que o que havia ouvido era de que tinha sido um processo bastante complicado. Relatou que a sua chegada na unidade também havia sido difícil, uma vez que a GD não tinha avisado a coordenação atual que ela estaria sendo colocada à disposição de outro serviço.

Na conversa, observamos que os problemas enfrentados no momento da capacitação ainda não haviam sido resolvidos. A equipe continuava com apenas uma médica (a única

diferença era de que ela não estava mais na chefia) e com uma enfermeira, quando deveriam ter dois profissionais de cada área, uma vez que essa unidade do PSF, que atende em torno de 8000 pessoas, deveria contar com uma equipe dupla de pessoal: dois médicos, dois enfermeiros, seis técnicos de enfermagem e de oito a dez agentes comunitários.

A nova coordenadora referiu algumas mudanças na unidade: novos horários para consulta médica, pois a médica não disponibilizava muitos horários para atendimento; acabou com o Projeto Acolhimento já que na sua avaliação ele havia passado a ser uma pré-consulta e algumas pessoas da comunidade diziam esse projeto era para justificar o fato da médica não querer atendê-los; começou o agendamento de consultas, o que acabou com as filas de madrugada. Relatou que algumas pessoas da comunidade haviam reclamado do fim das filas, dizendo que era o momento em que podiam conversar e tomar chimarrão. Ficou combinado com essas pessoas que elas poderiam ir à unidade somente para conversar, pois o melhor é que tivessem as suas consultas garantidas e com hora marcada.

A opinião da coordenadora era de que o atendimento na unidade estava melhorando. No entanto, relatou que as melhoras ainda eram muito lentas e a equipe ainda continuava acreditando que “a comunidade tem um arsenal embaixo da cama”. Disse que um dia precisou ir à escola e um dos agentes comunitários perguntou se ela iria sozinha. Respondeu que sim, pois acreditava que com a sua atitude, poderia auxiliar os técnicos a desmistificarem o fato de que a população é uma ameaça constante à sua integridade física.

A coordenadora relatou que assim que havia chegado na unidade os agentes comunitários foram procurá-la para reclamarem do atendimento da médica. Disseram que ela não realiza visita domiciliar (VD) e que não atende bem a população. Pediu que eles levantassem esse assunto em reunião de equipe. No entanto, eles não conseguiram se manifestar para o grupo. Após a reunião, foi conversar com a médica para combinar o atendimento e a realização das VD uma vez que essas eram prerrogativas do trabalho nas unidades do PSF. Após alguma resistência, conseguiu que a médica se reorganizasse e abrisse sua agenda para priorizar esse procedimento.

Segundo o seu relato, os agentes comunitários estavam se sentindo mais valorizados, pois até bem pouco tempo os técnicos falavam muito mal da comunidade e, por serem membros dessa, sentiam-se humilhados e envergonhado.

Por último, a coordenadora atual disse que ainda existiam várias rotinas que deveriam mudar para o melhor funcionamento do serviço e para a qualificação do atendimento prestado à população. No entanto, acreditava que esse era um processo bastante demorado, pois sequer os agentes comunitários percebiam a importância de seu trabalho dentro da comunidade e da

própria equipe.

No final da entrevista, relatou que acreditava que essa unidade do PSF era um pouco abandonada pela GD, pois “o novo gerente visitou todos os serviços, menos aqui”. É interessante observar que mesmo tendo mudado a direção do governo municipal e, conseqüentemente, o gerente distrital, esse “abandono” já havia sido observado pela equipe da EEV/CGVS na época da capacitação, pois a GD somente se fez presente quando iniciaram os conflitos dentro da equipe, o que tornou insustentável a continuidade do processo de capacitação.

4.6 DISCUSSÃO SOBRE O PROCESSO DE CAPACITAÇÃO NA UNIDADE DO PSF

A discussão do processo de capacitação está estruturada em quatro temas: relacionamento interno e externo da equipe local; processo de trabalho; cultura científica e cultura popular; posicionamento em processo de capacitação.

4.6.1 Relacionamento interno e externo da equipe

Apesar das dificuldades relatadas durante o processo de capacitação nesta unidade do PSF, os componentes da equipe da unidade salientaram gostar de trabalhar juntos. Referiram que, muitas vezes, é essa afinidade entre eles que faz com que superem muitas das dificuldades vivenciadas no cotidiano. No entanto, mesmo gostando de trabalhar juntos, a maioria dos técnicos estava aguardando transferência para outro serviço em função de acreditarem que a unidade estava situada em local muito perigoso e ter uma população local muito difícil e agressiva.

Vasconcelos (2004) refere que a agressividade, o preconceito, as agressões físicas e as humilhações são deturpadoras da realidade, fecham canais de relacionamento e impedem o

desenvolvimento institucional. Essas agressões podem ser realizadas tanto pela população como pelos trabalhadores em saúde. Quando são por parte desses últimos, são extremamente perversas, pois geralmente são utilizadas com as pessoas que já estão bastante fragilizadas.

As falas da equipe se dividiram claramente entre o grupo dos técnicos e o dos agentes comunitários. Os técnicos relataram medo em relação aos usuários que freqüentavam a unidade, justificado em função de, em muitas situações, terem de realizar o atendimento a bandidos armados que os ameaçavam com revólver. Os agentes comunitários procuravam mostrar que os usuários apenas reagiam ao atendimento recebido, ou seja, quando se sentiam mal atendidos, agrediam a equipe, xingavam e brigavam dentro da unidade. Por viverem naquele meio e conhecerem a população local há muito tempo, não reconheciam que essas situações representavam perigo para a equipe. Mesmo assim, para que os técnicos tivessem mais tranquilidade para trabalhar, eles se organizavam internamente para que sempre ficasse um deles dentro da unidade.

Durante os quatro primeiros encontros da capacitação o tema “relacionamento com a população” esteve presente, mesmo assim, não houve uma reflexão crítica sobre essa questão, pois ora a equipe colocava seus sentimentos de indignação pelo fato de ser agredida pelas pessoas que “ajudavam” ora ignorava que existissem quaisquer problemas de relacionamento. Em vários momentos, os agentes comunitários procuraram se expressar em relação ao assunto, mas os técnicos sequer ouviam as suas falas.

No estudo de Menegolla, Polleto e Krahl (2003), os agentes comunitários também relataram problemas em seu cotidiano de trabalho. Dentre eles, as autoras referiram a falta de diálogo entre os participantes da equipe, em especial, entre a equipe técnica e os agentes e acreditam que isso acontece em função dos trabalhadores técnicos acabarem formando uma cultura de concepções semelhantes que pode excluir e se sobrepor às demais.

Considero que o processo de capacitação desencadeado na unidade do PSF esteve relacionado a três questões. A primeira refere-se ao relacionamento interno da equipe. Mesmo procurando demonstrar que era coesa, percebi claramente uma divisão não só de forma de pensar, mas especialmente em relação ao espaço destinado a cada um dentro do trabalho. A coordenadora e a enfermeira mais antiga exerciam uma relação de poder sobre o restante do grupo, determinando quem tinha direito a voz e quem não deveria ser escutado. Esse poder era exercido de forma muito sutil e muito pouco perceptível. No entanto, ficava mais evidente quando havia um acirramento de posições nas poucas discussões que o grupo se propôs a fazer. Em vários momentos os agentes comunitários procuraram descaracterizar algumas das falas dos técnicos, mas não houve nenhum espaço para discussão.

A segunda questão está relacionada ao papel da gerência local, que deveria ter participado de todo o processo e dado respaldo político e institucional para que ele acontecesse. Ela não se fez presente na maioria dos encontros e quando esteve, sua participação era muito pouco efetiva. Nos momentos mais importantes do grupo, ela esteve ausente. Acredito isso tenha determinado que a equipe local se sentisse insegura com a presença da equipe da EEV/CGVS, não conseguisse entender o trabalho que estava sendo realizado e não quisesse discutir suas dificuldades.

A terceira questão foi a participação da gerência distrital, que somente se fez presente nos momentos de crise do grupo e ao invés de respaldar o trabalho, acabou por se aliar à fala da equipe local, desqualificando o trabalho que estava sendo desenvolvido e afirmando que os objetivos das discussões estavam sendo desviados uma vez que o propósito do trabalho era outro.

Por um lado, a gerência distrital desqualificou o trabalho de capacitação realizado, por outro, não se dispôs a desencadear a reflexão sobre o processo de trabalho desenvolvido dentro da unidade do PSF. Apoiou a equipe local nas dificuldades em relação à população, mandando a guarda municipal durante dois ou três dias para escoltá-la durante a realização de seu trabalho. No entanto, não possibilitou uma reflexão crítica sobre as dificuldades enfrentadas. Faltou um maior envolvimento da GD com os problemas internos da equipe local, que deveria ter sido ajudada desde o momento em que iniciaram os problemas. Obviamente eles não começaram com a capacitação, essa somente possibilitou a sua explicitação e fez com que a coordenação distrital tivesse que olhá-los.

Subutzki e Canete (2004) enfatizam a necessidade de se proporcionar mais atenção aos cuidadores que devem ser estimulados a falar de seus conflitos, suas dificuldades, limitações, alegrias e conquistas. Para que isso aconteça, é fundamental que as instituições promovam encontros onde possam olhar uns para os outros, perceber as suas dificuldades e entender que elas são compartilhadas por outras pessoas que exercem atividades semelhantes. Pensar sobre o trabalho, suas dificuldades e potencialidades ajuda no desenvolvimento de mais cooperação e integração entre as equipes. Nesse sentido, a humanização nas instituições de saúde deve, necessariamente, passar pela comunicação da palavra, do gesto, do olhar e esse é um processo que só acontecerá na medida em que as pessoas assim o desejarem. O papel das gerências será o de criar condições para que seus trabalhadores se motivem para esse tipo de proposta.

A capacitação da unidade do PSF propôs que se fizesse essa reflexão e se propiciasse à equipe olhar para o seu trabalho, questioná-lo e melhorá-lo. Inicialmente, teve o apoio institucional necessário ao seu desenvolvimento. No entanto, assim que a capacitação

começou a ser desenvolvida a própria coordenação local já havia mudado e a nova coordenadora sequer havia entendido a proposta de trabalho e, em nenhum momento, desejou apreendê-la. Isso fez com que todo o processo perdesse legitimidade e acabasse por ser uma “proposta de faz de conta”.

4.6.2 O processo de trabalho

As dificuldades relatadas sobre o processo de trabalho na unidade do PSF, estiveram vinculadas aos problemas de relacionamento dos técnicos com a população local. Como forma de tentar refletir sobre essa questão foi solicitado à equipe que procurasse conversar com os moradores mais antigos para resgatar a história daquela comunidade e da unidade do PSF. Nesse contato, poderiam levantar também os principais problemas e necessidades de saúde para, a partir daí, planejar as ações de saúde prioritárias daquele serviço.

Conhecer essa história e os problemas que a população local enfrentava era fundamental para que os trabalhadores da saúde entendessem muitas das dificuldades vivenciadas no seu cotidiano. Apesar de concordarem com a realização da atividade, a equipe não conseguiu se organizar para realizá-la e ficou visivelmente incomodada quando a tarefa foi cobrada no encontro seguinte. Como os técnicos eram relativamente novos no serviço, somente os agentes comunitários conheciam essa história uma vez que moravam naquela localidade há muitos anos. e tentaram contá-la no encontro definido para isso. Os técnicos se mostraram surpresos com as peculiaridades do local, mas muito pouco interessados em conhecer o passado da comunidade e daquele serviço de saúde e se organizarem a partir dessa realidade.

Para Costa, Tagliari e Moretto (2003), a falta de conhecimento dessa história está relacionada à alta rotatividade de pessoal nas equipes de saúde em função das condições de trabalho oferecidas pelo serviço, do comprometimento do gestor municipal e das equipes e comunidades ao assumir e conceber o modelo de atenção proposto pelo PSF. Esse entendimento confirma-se nesta tese, pois uma das reclamações da população, segundo a própria equipe local, era sobre a grande rotatividade do pessoal técnico, que fazia com que se tornasse difícil a criação de vínculo entre as pessoas da equipe de saúde e da população.

Quando Mendes (1996) discute o modelo de atenção da vigilância da saúde, propõe que se trabalhe com saúde pelo seu conceito positivo, ou seja, concebendo-a como sendo determinada pelas condições de vida dos diferentes grupos populacionais. Assim, para que se possa atuar na perspectiva da saúde e da promoção da saúde é necessário que se conheçam essas condições e que se planeje ações a partir da realidade desvendada. Caso contrário, os serviços de saúde estarão atuando apenas sobre a ótica da doença.

Para atuar nessa perspectiva da promoção da saúde, Souza (2003) propõe que as equipes das unidades do PSF procurem conhecer as pessoas, famílias ou grupos populacionais para ouvir suas necessidades e potencialidades para, a partir daí, planejar a sua oferta de serviços. Essas equipes precisam ter um outro olhar sobre a saúde, que é o olhar da vida. E para olhar para a vida, é preciso assumi-la com atitudes positivas, tendo a coragem e o desprendimento de ler, ouvir e entender o quanto a vida desse povo é bela, mesmo na adversidade em que vivem.

A estratégia proposta pelo Programa de Saúde da Família é a realização de uma escuta qualificada sobre as necessidades e problemas de saúde das famílias e populações que moram no território de sua responsabilidade. Nessa perspectiva, a ação desencadeada pela unidade de saúde não deve ser pontual, mas planejada a partir desse diagnóstico. Para disso, é necessária a construção de uma rede social capaz de mobilizar as pessoas, famílias e grupos populacionais. Na unidade investigada, a equipe de saúde não tinha claro qual era o seu papel dentro do serviço de saúde. Portanto, esse diagnóstico de comunidade não foi realizado durante o processo de capacitação e sequer foi entendido como fundamental para a organização do trabalho.

Bromberger (2003) enfatiza a necessidade dos trabalhadores da saúde entenderem que o produto final de seu trabalho deve ser a melhoria da qualidade de vida da população e que para alcançar esse objetivo deve-se a partir de um bom diagnóstico, onde estejam presentes as informações sobre o ambiente em que vivem as pessoas e a sua relação com a saúde.

Para Merhy (2004), o segredo no processo de trabalho em saúde está em olhar cada situação em sua singularidade, observando a maneira como as pessoas procuram construir o mundo para si e como elas se relacionam com os outros. Nesse sentido, as equipes de saúde devem se organizar levando em consideração que existem grupos distintos de usuários, trabalhadores da saúde e gestores, atuando e jogando entre si. Esses grupos não podem ser considerados como um bloco homogêneo, pois são compostos de pessoas e interesses diferentes. Assim, não é possível pensar no usuário de um serviço como se ele fosse alguém que não tem uma cara, um nome e uma história.

Ao relatarem o medo vivenciado em relação a alguns usuários da unidade do PSF, os técnicos não conseguiram visualizar quem era essa pessoa, criaram um ser abstrato, ameaçador, e depositaram nele todos os problemas vivenciados pela equipe. Com isso, não conseguiram enxergar de quem eles estavam falando e, conseqüentemente, não puderam superar seus receios e dificuldades.

Esses contratos implícitos, firmados entre usuários, trabalhadores em saúde e gestor atuam na forma como os vários atores se relacionam. Assim, para consolidar o modelo de atenção da vigilância da saúde, é necessário, em primeiro lugar, reconhecer quais são esses acordos e que interesses estão por trás desses três grupos, de forma a explicitá-los. A partir daí, poderão ser negociadas as prioridades de trabalho dentro de cada serviço de saúde (MERHY, 2004).

Após conhecer os interesses dos diversos grupos que estão presentes e relacionando-se durante o processo de trabalho em saúde, ainda há um outro desafio a superar, que é a necessidade de confrontar os problemas do processo saúde/doença com as possibilidades do trabalho em saúde. Esse confronto exige do trabalhador da saúde uma grande capacidade de elaboração teórica e de reflexão sobre a prática, uma vez que o simples contato com o doente e a doença pode mobilizar energias contraditórias, ora despertando sentimentos de solidariedade ora de rejeição (GONSALVES, 2001).

Concordo com Merhy (2004) quando afirma que a finalidade última de todo o trabalho em saúde é a responsabilidade por operar a produção do cuidado individual e/ou coletivo a partir dos saberes tecnológicos. Quanto mais diversificadas forem as ferramentas utilizadas no ato do cuidar, maiores serão as possibilidades de se compreender o problema de saúde e de enfrentá-lo, pois a realidade dos serviços de saúde tem mostrado que nem sempre esse cuidado está a serviço da cura e da promoção.

Atualmente, autores como Vasconcelos (2002) e Valla (1998a) têm trazido para a área da saúde a necessidade dos trabalhadores se envolverem com o seu usuário, pois é isso que determina o sucesso de um tratamento ou de uma orientação. A área da educação tem contribuído bastante para essa mudança de paradigma na saúde, que propõe a humanização das relações, o acolhimento dos usuários e o envolvimento e responsabilização dos trabalhadores em saúde.

Arroio (2001a) contribuiu para essa questão na medida em que discute o papel da educação. Afirma que ela deve criar condições múltiplas de interação entre as pessoas e que uma de suas características essenciais é procurar recuperar a humanidade roubada. Essa recuperação pressupõe que os educadores sejam tão humanos em suas relações quanto seus

educandos, pois o grande ofício do mestre é revelar-se em sua condição humana. O trabalhador da saúde que quiser ser efetivo em suas orientações deve assumir o seu papel de educador, pois as atividades educativas estão presentes em todos os momentos do seu trabalho: na consulta individual, nas atividades de grupo, na sala de espera do serviço de saúde e na visita domiciliar.

Quando o Ministério da Saúde propôs o Programa de Saúde da Família apontou a necessidade de um investimento significativo das equipes de saúde na construção de vínculos com a população, uma vez que essa auxilia na resolutividade, na eficiência e na qualidade do trabalho em saúde. Além de investir na qualificação da relação com o usuário, apontou para uma atuação interdisciplinar e intersetorial, que valorizasse a especificidade do trabalho de cada um. Ao enfatizar a necessidade da atuação interdisciplinar, reforçou a necessidade da participação da população na discussão e reflexão sobre os processos de adoecimentos e na busca de alternativas promotoras da saúde. No entanto, a equipe da unidade do PSF, participante desta pesquisa, não tinha esse referencial presente no seu cotidiano, atuava muito mais na cura ou na prevenção da doença, do que na promoção da saúde. Para trabalharem nessa perspectiva, é preciso que as equipes se reorganizem para estarem nos locais onde estão as pessoas saudáveis. Reorganizar os serviços de saúde é um dos campos da Promoção da Saúde, preconizados na Conferência de Ottawa, e significa colocar as equipes de saúde na rua, buscando as pessoas que ainda não adoeceram (WHO, 1986).

Essa equipe tinha dificuldade em estar na rua, nas casas das pessoas. Com exceção dos agentes comunitários, os outros componentes da equipe não tinham como rotina de trabalho a visita domiciliar. Essa somente era realizada em casos de extrema necessidade, ou seja, quando o usuário não conseguia se deslocar para a unidade.

Quase um ano após o final da capacitação, ao retornarmos à unidade do PSF para verificar o que havia acontecido com a equipe, conversamos com a nova coordenadora que, no seu relato, trouxe essa dificuldade dos técnicos em realizar “trabalho de rua”. Naquele momento, ela estava renegociando com a equipe para que pudesse se reorganizar de forma a conseguir reservar tempo para a realização de visita domiciliar. Essa coordenadora não era a mesma que estava no momento da capacitação, ela era uma enfermeira vinda da Unidade de Terapia Intensiva (UTI) de um grande hospital de Porto Alegre, que optou por trabalhar naquela equipe. É interessante observar que mesmo não tendo uma trajetória profissional relacionada com a saúde coletiva, ela tinha muito mais clareza do tipo de trabalho que deveria ser desenvolvido na unidade do que as pessoas que estavam lá há mais tempo.

As ações de saúde desenvolvidas por aquela equipe eram planejadas sem levar em consideração as particularidades da população local. Isso ocorria, possivelmente, porque em geral as referências utilizadas para o planejamento e o desencadeamento das ações são as do profissional, que possui o saber científico. O conhecimento e o saber popular são geralmente ignorados, o que dificulta a aproximação da equipe de saúde com o usuário (VALLA, 1998).

Ao ser questionada sobre o conhecimento que tinham da população local, a equipe da unidade do PSF se justificou dizendo que não tinha tempo para realizar nenhuma outra atividade que não fosse atender a demanda que chegava no serviço, pois em função do tamanho da área que eles tinham que cobrir, sua equipe deveria ser dupla, ou seja, no momento da capacitação estavam atuando com metade dos profissionais que necessitava uma equipe de PSF. Esse fato era diagnosticado por eles como sendo o responsável pelos problemas enfrentados com àquela comunidade.

O estudo de Lodi, Tagliari e Moretto (2003), sobre os limites e possibilidades do trabalho nas unidades do PSF, também aponta que a sobrecarga de trabalho, por falta de equipe mínima e interdisciplinar, dificultava bastante o alcance dos objetivos propostos pelo Ministério da Saúde ao idealizar o programa. Além disso, as autoras observaram vários dos problemas enfrentados pela equipe da unidade estudada nesta tese. Dentre eles, salientam-se a falta de diálogo entre os colegas e a população, a dificuldade em aceitar as críticas realizadas pelos usuários do serviço, a falta de motivação para o trabalho e a acomodação da equipe. Para superar essas dificuldades, sugerem a realização de espaços de reflexão e de aprendizagem grupal, onde sejam estimulados debates que favoreçam a minimização desses conflitos.

Ao pensar sobre esses problemas numa perspectiva da educação popular, Vasconcelos (2000) propõe que as capacitações devem partir da reflexão sobre as angústias dos trabalhadores em saúde, sua experiência prévia e desejo de superação das dificuldades. Nesse sentido, o papel do educador é muito mais o de ajudar o grupo a pensar e refletir do que pensar e refletir pelo grupo. É o de um assessor que contribui para o crescimento de todos os envolvidos, para o aumento da solidariedade, da autonomia e da consciência (SMEKE; OLIVEIRA, 2001).

4.6.3 Cultura científica e cultura popular

A equipe da unidade do PSF, em vários momentos, apontou como dificuldade o enfrentamento dos problemas de saúde daquela comunidade, pois algumas pessoas viviam em condições de extrema pobreza, tinham uma baixa autoestima e muito pouco entendimento sobre o que era importante ser feito para melhorar as suas condições de saúde. Com isso, as orientações prestadas pela equipe não eram seguidas e sequer entendidas pelos usuários, o que impossibilitava uma intervenção mais efetiva na saúde das pessoas. Assim, nas entrevistas individuais e nas discussões durante o processo de capacitação, praticamente todos os componentes da equipe local apontaram a satisfação que tinham quando os usuários entendiam a importância da orientação prestada e a seguiam, melhorando suas condições de saúde.

Os agentes comunitários disseram que além da dificuldade em seguir a orientação recebida, existia outra que consideravam ainda mais grave e estava relacionada ao fato dos usuários não entenderem muitas das informações prestadas dentro da unidade, pois alguns técnicos utilizavam uma linguagem que necessitava ser decodificada para ser inteligível.

Penso que além da linguagem muito técnica utilizada por alguns trabalhadores em saúde, ainda havia uma outra dificuldade no trabalho realizado, que era o desconhecimento da cultura da população local. Conhecer a cultura local auxilia na organização do trabalho, pois o que para as equipes de saúde tem um significado, para determinados usuários pode ter outro. Se isso não estiver muito claro durante o desenvolvimento do trabalho em saúde, corre-se sério risco da mensagem que está sendo transmitida não ser apreendida ou ser entendida de maneira equivocada. Tenho presenciado situações muito dramáticas na relação dos trabalhadores em saúde com a população. Devido à falta de entendimento do que está sendo comunicado, muitos usuários acabam por seguir um caminho que os leva a piora do processo de adoecimento e, muitas vezes, à morte. Assim, além da linguagem, deve-se levar em consideração a questão cultural no planejamento das ações de saúde, caso contrário, as mensagens transmitidas podem não ser entendidas como deveriam por quem as escuta.

“Cultura é a natureza transformada e significada pelo homem”, explica Brandão (2002). Ao pensar e agir na sociedade e ao dar significado às coisas, as pessoas são influenciadas por normas, mitos, crenças, idéias e valores que variam em função do meio em que elas vivem. Em função disso, é fundamental levar em consideração a forma como

pensam, sentem e agem os usuários dos serviços de saúde, caso contrário, não se conseguirá desencadear uma ação efetiva e promotora da saúde. Assim, um dos desafios do trabalho em saúde é procurar entender o contexto em que está inserido o usuário do serviço. Sem esse conhecimento fica difícil entender suas atitudes e necessidades.

O desconhecimento do outro acaba por determinar quem será incluído ou excluído do acesso a um atendimento qualificado de saúde. Geralmente os que mais necessitam de um serviço acolhedor e de qualidade, são os que menos tem acesso ao sistema de saúde.

Gonsalves (2001) aponta a existência de uma lógica social que orienta nosso comportamento e nos afasta da possibilidade de encontrarmos com o outro, especialmente quando ele faz parte de um mundo que pensa e age diferente do esperado pela sociedade. Essa lógica nos orienta a excluir os diferentes e aproximar os iguais. O diferente pode ser o negro, o índio, o pobre, o sujo, o louco, o portador de necessidades especiais. Esses são os que são postos à margem, os que não são convidados a partilhar (BRANDÃO, 1995).

Na unidade de saúde, o diferente é aquele que não é entendido pelo trabalhador. Como forma de se proteger, ele o afasta, o mal trata. A falta de compreensão sobre como essas pessoas pensam e percebem o mundo, desperta esse sentimento de rejeição e dificulta a aproximação com os usuários (VALLA, 1998).

Esse diferente, esse rejeitado fez críticas duras para a equipe da unidade do PSF. Essas críticas foram trazidas pela própria equipe durante o processo de capacitação. No entanto, mesmo trazendo para o grupo, a equipe não quis refletir sobre elas. Com isso, perdeu uma excelente oportunidade de repensar e qualificar o seu trabalho.

Para o trabalho em saúde, é fundamental que se conheça os problemas e as necessidades de saúde da população e as críticas que ela tem em relação à forma como são desenvolvidas as ações de saúde, pois esse conhecimento pode auxiliar na reorientação do trabalho e na aproximação da equipe e dos usuários.

Ao não contemplarem as necessidades de saúde das populações e ao desconsiderarem o que as pessoas pensam sobre os seus problemas e as soluções que buscam para enfrentá-los, os serviços de saúde perdem uma chance importante de atuarem de forma positiva na saúde e na vida das pessoas. O resgate da história da comunidade possibilita uma nova compreensão da realidade e pode ser o ponto de partida para a ressignificação das relações entre trabalhadores em saúde e população (VALLA, 1998).

Conhecer quem é a população atendida no serviço de saúde é fundamental para que a equipe possa entender a perspectiva de vida dessas pessoas. Valla (1998) afirma que trabalhadores e população não vivem uma experiência da mesma maneira. Em função disso,

há uma dificuldade concreta do saber de um chegar ao saber e ao entendimento do outro. Assim, para que se possa enxergar a beleza que é a vida do povo, é necessário que entender que cada um vive a vida do jeito que lhe é possível e que o significado que tem para um grupo pode ser diferente do que tem para o outro. Além de procurar entender a vida do povo, os trabalhadores da saúde também devem sentir orgulho do trabalho que realizam. Para isso, eles precisam ser valorizados pela instituição em que trabalham e poder atuar como participantes de um processo mais humanizado de trabalho.

Trabalhadores da saúde e usuários têm saberes diferentes e complementares. Entender isso é fundamental para desenvolver ações de saúde. Enquanto os saberes científicos auxiliam a realizar bons diagnósticos e tratamentos e são elaborados a partir da observação sistemática e racional, os saberes populares são elaborados a partir da experiência concreta de vida. Esse conhecimento do senso comum é muito pouco valorizado pelas equipes de saúde.

Na unidade do PSF, observou-se que o saber científico era hegemônico e que havia muito pouco espaço para escutar a população local e os agentes comunitários. Os profissionais mais valorizados pela equipe e pela própria população eram, por ordem de importância, a médica, a enfermeira, os técnicos de enfermagem e agentes comunitários.

Concordo com Martins (1997) quando traz a noção de fronteira para a discussão científica e diz que ela é o ponto de limite de territórios que se redefinem constantemente e que são disputados de modos diferentes por diferentes grupos sociais. Acredito que essa fronteira ficou bem visível dentro da equipe local, quando as falas dos agentes comunitários sequer eram ouvidas pelos técnicos. Essa fronteira não é apenas geográfica. Ela pode ser cultural, de visões de mundo, de etnias. “Nela o outro é degradado para, desse modo, viabilizar a existência de quem o domina, subjuga e explora” (p.13). Nessa perspectiva, penso que essa noção de fronteira pode ser utilizada para definir a relação entre trabalhadores da saúde e população, cultura científica e cultura popular.

Na unidade do PSF, o conhecimento científico estava representado pelos técnicos, enquanto a cultura popular estava presente na fala dos agentes comunitários, que durante boa parte das discussões tentavam mostrar quais eram as possibilidades da vida social daquela comunidade. Refletir sobre sua fala seria valorizar e respeitar os valores e imaginários que representavam o patrimônio espiritual daquelas pessoas (BRANDÃO, 2002).

O que pode se observar durante o processo de capacitação foi uma desqualificação muito grande da fala dos agentes comunitários. Desvalorizar o senso comum e o que as pessoas do povo pensam sobre as diversas situações da vida é desqualificar a vida cotidiana, pois é nesse mundo de todos os dias que o homem e a mulher vivem, estabelecem relações,

adoecem, sofrem e morrem e fazem valer suas vontades individuais e estratégias de sobrevivência.

Martins (2000) entende o senso comum como o conhecimento que é compartilhado entre os sujeitos em relação social. Essa relação determina o seu estabelecimento, pois sem um significado compartilhado não há interação. É essa consciência do “nós”, fundamentada em uma identidade cultural e trazida pelos agentes comunitários nas discussões em grupo, que deveria ter sido valorizada, pois se constituía do pensamento comum daquela comunidade.

Na medida em que a ciência se constrói contra o senso comum e nega o caráter racional a todas as formas de conhecimento que não se pautarem por seus princípios, ela divide o mundo entre conhecimento científico e popular; natureza e pessoa humana, pois acredita que conhecer é dividir e classificar para somente depois determinar relações (SANTOS, 1989). Geralmente essa divisão ocorre entre equipe de saúde e população, pois ao realizar um diagnóstico ou propor um tratamento, os trabalhadores da saúde não levam em consideração o que seus usuários pensam, sentem ou acreditam. Sequer essas questões são questionadas no cotidiano do trabalho em saúde.

Santos (1989) propõe que haja uma superação tanto do senso comum como da ciência moderna. Essa deverá dar lugar a outra forma de conhecimento, que transforme o senso comum em algo mais esclarecido e a ciência em algo realizado com mais prudência. Segundo o autor, essa acaba sendo a única forma de viabilização da democratização do saber e da inclusão de todas as pessoas na construção de um novo conhecimento, pois transforma a relação do homem com o saber na medida em que o conhecimento, sendo prático, não deixa de ser esclarecido e, sendo sábio, deve estar democraticamente distribuído. Isso destrói a hegemonia da ciência moderna, mas deixa viva todas as expectativas que ela gera.

Considero que Santos (1989) foi revolucionário ao pensar nessa articulação entre o pensamento científico e popular e vejo esse como um caminho bastante viável de reflexão para as equipes de saúde. Na unidade do PSF, não foi demonstrado nenhum desejo de fazer essa aproximação entre o saber técnico e o popular e muito menos o entendimento de que isso poderia modificar o cotidiano de trabalho e facilitar a aproximação da equipe local com a população que utilizava o serviço.

Aproximar ciência e senso comum possibilita repensar a linguagem utilizada no desenvolvimento das ações de saúde. Para que o discurso científico possa se transformar em senso comum, como Santos (1989) propõe, deve em primeiro lugar ser apreendido pelas pessoas que o escuta. Na área da saúde, quando a mensagem não foi apreendida, a saúde e a vida das pessoas é colocada em risco, pois pior do que não ter uma informação, é entendê-la

de forma equivocada. Volto a pontuar como um problema significativo observado durante o processo de capacitação na unidade do PSF, o fato dos técnicos não terem conseguido ouvir o que os agentes comunitários falaram sobre as dificuldades que os usuários estavam vivenciando, pois eles estavam sendo porta-vozes daquela comunidade e, mesmo pertencendo àquela equipe, tiveram a mesma resistência em serem ouvidos. Se tivessem ouvido a fala dos agentes, talvez conseguissem atuar de forma mais efetiva na saúde das pessoas. Poderiam estar caminhando na direção de fazer com que esse senso comum pudesse ter mais sentido e ser menos comum, como propõe Santos (1989).

Santos (1989) explica que a aplicação desse conhecimento prático ou do senso comum possa ser estabelecida a partir de algumas características básicas: estar sedimentada em uma situação concreta; concretizar os fins na medida em que eles sejam discutidos com os meios adequados a essa situação concreta; aplicar um processo argumentativo adequado entre os grupos que lutam pela decisão do conflito; envolver o cientista na luta pelo equilíbrio de poder, tomando partido daqueles que tem menos poder; reforçar as definições emergentes e as alternativas da realidade; aumentar a participação; reconhecer que os limites e as deficiências dos saberes nunca justificam a sua recusa; ampliar a comunicação com vistas a criação de sujeitos socialmente competentes; falar como cientista e como não cientista no mesmo discurso científico; não prescindir das aplicações técnicas, mas submetê-las a parâmetros éticos.

A valorização do conhecimento popular e do próprio conhecimento científico poderia ter potencializado o trabalho da equipe e consolidado o modelo de atenção proposto para o Programa de Saúde da Família, que está sedimentado na Promoção e Vigilância da Saúde, e, por conseqüência, no reforço das habilidades pessoais e da participação popular.

4.6.4 Posicionamento da equipe local em relação ao processo de capacitação

O processo de capacitação iniciou e terminou com a equipe local dizendo não haver entendido seu objetivo, apesar de terem sido explicados no momento da entrevista e no início dos três primeiros encontros. Entendo que isso ocorreu em função da mudança de coordenação no início do processo e da falta de entendimento da que a substituiu.

No momento em que a equipe da EEV/CGVS começou a pontuar a necessidade de discutir as dificuldades vivenciadas pelo grupo para que pudesse trabalhar com os conteúdos da vigilância e da promoção da saúde, a equipe local resolveu se posicionar dizendo que não tinha nenhum problema com a população. Disse que o relacionamento com os usuários estava numa fase muito boa e que as entrevistas individuais eram viciadas, pois haviam sido realizadas num momento complicado da equipe e não representavam a realidade. Por sua vez, a assessora da GD, que acompanhou boa parte do desenvolvimento da capacitação, também reproduziu a fala da equipe local e desvalorizou o desvelamento das dificuldades de trabalho, dizendo que a maioria da população estava satisfeita com o trabalho da unidade e que só uma minoria era agressiva. Seu papel foi decisivo na condução do processo de capacitação, pois reforçou a fala da equipe local de que não entendia a finalidade do trabalho, desqualificando todo o processo em andamento. Sua posição era de que a capacitação propunha qualificar os programas Pré-Nenê e Pré-Viver e que isso não havia sido feito. Mesmo tendo sido informados sobre os objetivos do trabalho, vários componentes da equipe local demonstraram não entender o processo e questionaram o trabalho durante todo o tempo.

Apesar de explicitarem suas dificuldades, a equipe local não se dispôs a discuti-las com a equipe da EEV/CGVS. Assim, para fugir do seu enfrentamento, procuraram negar as falas individuais registradas nas entrevistas e solicitaram que a capacitação continuasse com a exposição dos conteúdos teóricos relativos aos programas de vigilância da saúde da criança. Com isso, pode-se afirmar que o processo de capacitação não atendeu às expectativas da equipe local. Isso ocorreu possivelmente por dois motivos. O primeiro está relacionado ao desvelamento das dificuldades da equipe local, que apontaram para a necessidade de reverem seu processo de trabalho e as relações interpessoais internas e externas. O segundo pode estar ligado à falta de experiência em trabalhos com metodologias participativas. Normalmente, as equipes de saúde vivenciam capacitações nas quais são membros passivos do processo, uma vez que essas são organizadas a partir da proposta teórica da educação tradicional, onde um palestrante apresenta os conteúdos teóricos necessários à qualificação do trabalho e não há espaço para que esse seja repensado à luz da prática cotidiano dos serviços de saúde.

Apesar da realização de várias reuniões com a GD para discutir o trabalho que seria desenvolvido e, depois, para conversar sobre o que estava acontecendo, o gerente e sua assessoria também demonstraram não ter entendido a proposta. O gerente verbalizou, no último encontro, que ele havia entendido que trabalharíamos com a metodologia da problematização. No entanto, disse que se fosse médico da unidade do PSF teria ficado muito incomodado com o trabalho, pois não gostaria de discutir seu processo de trabalho e suas

dificuldades com pessoas estranhas.

A análise do processo de capacitação neste serviço mostrou que desenvolver um trabalho participativo é um desafio, pois ele necessita do envolvimento das pessoas e da disposição em refletir sobre o cotidiano de trabalho. Minha expectativa era de que a equipe pudesse rever o seu trabalho e modificá-lo a partir do referencial do modelo de atenção da vigilância da saúde, o que não aconteceu. Mesmo assim, penso que o trabalho produziu resultados desejáveis uma vez que possibilitou que a GD olhasse a equipe e de alguma forma tivesse que enfrentar seus problemas.

Os pressupostos que nortearam essa capacitação foram baseados na vigilância da saúde e na educação popular. A vigilância da saúde fundamenta-se nos mesmos princípios da promoção da saúde e na construção de uma nova relação entre trabalhadores da saúde e usuários dos serviços, que atue a partir da parceria e da co-responsabilidade. Nesse sentido, a vida individual e coletiva tem tido papel de destaque, pois é o objetivo fundamental do trabalho em saúde. Merhy (2004) argumenta que esse modelo de atenção, que se ordena pela defesa da vida, deve entender os potenciais humanos de cada ator e explorar as tensões que surgirem na medida em que elas podem redimensionar o sentido do trabalho em saúde. A educação popular atua a partir da perspectiva da construção do vínculo e de respeito para com todas as pessoas e na necessidade de vivermos em harmonia com o outro. Para isso, precisamos respeitá-lo na sua forma de ser e de pensar. Para Brandão (2005), todos os seres que existem partilham a experiência da vida, assim, tudo o que existe está situado “entre e em algum tipo de relacionamento com”. Nessa perspectiva, a menor unidade que existe não é um “eu”, mas um “nós”. Então, como seres humanos, temos uma esfera especial de existência, que é a da partilha e a do diálogo. Pensando na humanização das relações, devemos conquistar uma qualidade partilhada de vida, promovendo a saúde, a solidariedade e a equidade, pois somente se for compartilhada, a vida neste planeta poderá ser mais saudável.

“A qualidade de vida não é uma conquista pessoal que se alcança por meio de atos de competência e competição. Ela é uma construção social que se edifica por meio de gestos solidários de livre co-responsabilidade e de amorosa partilha” (BRANDÃO, 2005, p. 37).

Com vistas à consolidação de um novo modelo de atenção no Brasil, pautado nos princípios da vigilância e da promoção da saúde, em 1994, o Ministério da Saúde criou o Programa de Saúde de Família (PSF). Apesar de estar fundamentada nesse modelo, a unidade do PSF que fez parte desse estudo, tinha uma equipe que não conseguiu atuar em consonância com seus princípios. Os usuários não eram vistos como figura central do trabalho em saúde, o que contrariava um dos campos de ação da promoção da saúde, que é a participação popular.

Para desencadear processos de qualificação de trabalhadores em saúde é preciso sensibilizá-los para que sintam o desejo de participar. Siedler et al. (2004) reforçam a idéia de que os conhecimentos sobre a humanização devem ser produzidos de forma democrática e coletiva e, para tanto, devem estimular os trabalhadores a assumirem seu papel de sujeitos dessa produção. Esse tipo de proposta se constrói a partir da criação de espaços de oficinas e grupos, onde deve ser discutida a humanização como uma prática que deve aliar competência técnica e ternura humana e permita que o coração possa se manifestar no dia a dia do trabalho em saúde.

Espaços participativos de discussão de sentimentos, dificuldades e cotidiano de trabalho são difíceis de serem construídos, pois as pessoas não estão acostumadas com esse tipo de vivência. Geralmente os trabalhadores em saúde são tratados como alguém descontextualizado e encarregado de cumprir as tarefas que a instituição determina. Quando são chamados para discutir, refletir e se colocar frente ao seu cotidiano, as dificuldades se explicitam.

A capacitação proposta nesta tese procurou organizar um processo onde pudesse ser construída uma relação participativa que incidisse positivamente no cotidiano do trabalho da equipe. Na unidade do PSF, esse objetivo não foi alcançado. No entanto, o processo serviu para explicitar as dificuldades da equipe local e pressionar a GD a atuar mais ativamente naquele serviço.

A proposta metodológica da capacitação foi a pesquisa-ação, que parte de uma nova concepção de mundo e de vida e procura valorizar os modos de viver, de agir das pessoas, procurando ler, perceber e apreender a práxis cotidiana e analisar os grupos e as suas necessidades (SERRANO, 1990).

Para que essa proposta se viabilizasse era fundamental que as pessoas que participassem do processo estivessem envolvidas em todas as suas etapas. Isso não foi possível na capacitação da unidade do PSF, pois a equipe local não se dispôs a participar. No entanto, mesmo com pouca participação nas discussões em grupo, seu desejo quanto ao rumo da capacitação foi respeitado, fazendo com que a metodologia dos encontros fosse modificada nos últimos encontros e privilegiasse a transmissão de conteúdo teórico.

A experiência vivenciada no processo de capacitação da unidade do PSF deixou clara essa dificuldade, pois os membros da equipe sequer conseguiram escutar as falas trazidas nas entrevistas individuais e assumir as suas dificuldades. O processo comunicativo exige mais do que uma ação expectadora e alienada, pois propõe que se supere a dimensão individual e se atue na perspectiva de uma aprendizagem coletiva. No entanto, a participação efetiva

necessita de desejo, envolvimento e disposição para olhar o novo.

Segundo Valla (1998), de um modo geral, a participação compreende as várias ações que as diferentes forças sociais desenvolvem no intuito de influenciar formulação, execução, fiscalização e avaliação das políticas públicas ou dos serviços básicos. Os trabalhadores da unidade estudada sequer se interessaram em reformular a sua prática de trabalho, mesmo verbalizando, durante todo o processo, o quanto ela era stressante.

Para que se reformule a prática de trabalho, é necessário mais do que um ato de transmissão de conteúdos. A prática educativa deve propiciar uma apropriação do aprendido e, conseqüentemente, uma transformação da situação concreta (AMÂNCIO, 2004). O processo desencadeado na unidade do PSF, devido às suas peculiaridades, acabou por não possibilitar essa apropriação do conhecimento nem da própria realidade vivenciada pela equipe nem do conteúdo teórico trabalhado. Esse último ficou descontextualizado das discussões que foram realizadas sobre o cotidiano e, portanto, é bem possível que não tenha possibilitado o desencadeamento de uma ação transformadora das relações de trabalho e nem mesmo das relações interpessoais.

Concordo com Amâncio (2004), quando diz que o conhecimento não é um ato de transmissão de conteúdos, ele só existe se ocorrer uma apropriação do que é aprendido e, conseqüentemente, uma transformação da realidade concreta. Da mesma forma que não se conhece sem reflexão sobre a prática, não existe participação parcial, pois o conhecimento exige uma presença do sujeito no mundo e uma curiosidade constante.

A falta de entendimento da metodologia de trabalho da capacitação e a dificuldade em questionar o seu cotidiano, assim como o temor de enfrentar os desafios de uma nova forma de trabalho, determinaram que a equipe não conseguisse avançar no sentido de qualificar as discussões do grupo e transformar a realidade.

Essa metodologia poderia ter produzido novos conhecimentos e ter sido um importante instrumento de intervenção, se a abordagem coletiva fosse priorizada. Segundo Vasconcelos (2000), a potencialidade da pesquisa-ação está no fato dela ser um instrumento de reorientação da prática médica e se propor a produzir conhecimento sobre a inter-relação entre atores e saberes envolvidos em uma prática social. Quando a pesquisa-ação é orientada pelos princípios da educação popular, o educador deve trazer para o debate os conflitos, as resistências, os fracassos e as deficiências para que possa estudá-las, negociá-las e enfrentá-las.

No caso dessa unidade do PSF, trazer para o debate as dificuldades enfrentadas pela equipe, aparentemente criou resistência e dificultou o trabalho. No entanto, penso que também

tenha desencadeado um processo interno de, pelo lado da GD, assumir a gerência do serviço, pelo lado da coordenação local, estar mais presente nas atividades desenvolvidas dentro do posto. Mesmo tendo servido para uma reflexão não explícita das condições de trabalho, aparentemente não se conseguiu desencadear uma ação transformadora da prática. Parece que sequer a equipe tenha conseguido rever a sua relação com a população.



Portinari, *Pessoas*

5 A UNIDADE BÁSICA DE SAÚDE

5.1 CARACTERÍSTICAS DA UNIDADE BÁSICA DE SAÚDE

Essa unidade básica de saúde foi escolhida pela GD, juntamente com a unidade do PSF, para fazerem parte da capacitação. Esse serviço está inserido em um contexto bastante diferenciado da unidade do PSF. As UBS ainda não trabalham com os referenciais teóricos do Programa de Saúde da Família, apesar disso, a SMS tem reforçado para todos os serviços básicos de saúde a importância de revisão do modelo tradicional de atenção à saúde.

Em Porto Alegre, a municipalização plena dos serviços de saúde ocorreu em 1996. Com isso, a SMS iniciou um processo de reorganização da prestação dos serviços de saúde, uma vez que o município passou a ser responsável pela saúde de todos os seus moradores. Para viabilizar a municipalização, iniciou-se um processo de territorialização na cidade, demarcando o território de responsabilidade de cada serviço de saúde e realizando um diagnóstico que indicasse os locais onde era necessária a construção de mais postos de saúde.

Naquele momento, foi constatada a necessidade de um serviço de saúde na área da unidade básica estudada. Na época, o gerente da GD responsável por essa área deu início a uma série de visitas ao local, entrando em contato com moradores da região e com a entidade que os representava para verificar a viabilidade de doação de um terreno para a construção do posto. Essa demanda entrou no Orçamento Participativo e, em 1999, foi outorgada a doação do terreno para a Prefeitura Municipal, com a condição de que, no local, somente pudesse ser construído um serviço de saúde e um módulo da Fundação de Assistência Social e Cidadania (FASC). Após as tratativas iniciais, foi iniciada a construção do prédio.

Antes da inauguração da UBS, uma equipe da SMS percorreu o local, realizando o mapeamento da área e definindo os locais que iriam compor o território de responsabilidade do serviço.

A UBS foi inaugurada em 2003, contando, na época, com uma equipe composta de uma enfermeira, três auxiliares de enfermagem e um clínico geral. A ginecologista chegou três semanas depois e os outros profissionais foram chegando gradativamente. No início deste estudo (segundo semestre de 2004), a equipe da UBS era composta de dois agentes administrativos, quatro auxiliares de enfermagem, duas enfermeiras (uma era a coordenadora do serviço e a outra já não estava mais na equipe quando iniciou a capacitação), uma dentista, uma nutricionista, dois clínicos gerais e um pediatra.

O ambiente físico da UBS é novo, pois foi inaugurada em 2003, e tem uma área bastante apropriada e bem organizada. Conta com consultório dentário, vários consultórios médicos, sala de vacinas e procedimentos, farmácia, cozinha, sala de reuniões, num ambiente amplo e com boas acomodações. A equipe local tinha a preocupação de cuidar da UBS para que ela fosse limpa e agradável e se dizia muito feliz em estar trabalhando naquele lugar. O consultório da ginecologista havia sido pintado por ela mesma em um final de semana com detalhes coloridos.

A unidade fica situada em uma rua asfaltada, de fácil acesso, tanto de carro como de ônibus ou lotação. Essa última passa em frente ao posto e a parada de ônibus mais próxima fica a menos de 100 metros do serviço.

O horário de atendimento é das 7 às 18hs, mas cada trabalhador da equipe tem um horário diferente. A grande maioria trabalha apenas em um dos turnos (manhã ou tarde). Em relação ao tempo de serviço na SMS, três relataram estar há mais de vinte anos; três de 10 a 15; dois de cinco a nove e três de dois a três anos. Esse dado mostra uma diferença significativa dessa equipe com a da unidade do PSF, pois os que estavam lotados na UBS tinham muito mais tempo de serviço na instituição. Nenhum dos funcionários da UBS tinha ido trabalhar lá sem ter experiência prévia em outro serviço de saúde.

Os usuários, da mesma forma que a unidade do PSF, moram relativamente perto do serviço. Aparentemente tinham uma boa relação com a equipe de saúde, com exceção de algumas líderes comunitárias que, na época, estavam em disputa de poder com a coordenadora da UBS.

Praticamente todos os trabalhadores estavam na UBS desde sua inauguração e trabalhavam naquele serviço por opção, o que também os diferenciava da equipe do PSF.

5.2 PERCEPÇÕES E SENTIMENTOS DA EQUIPE DA UNIDADE DO UBS EM RELAÇÃO AO TRABALHO

Durante as entrevistas, todos os participantes da UBS disseram gostar muito do trabalho que estavam realizando e estavam muito satisfeitos com o grupo que compunha a equipe da UBS. Referiram gostar de trabalhar com aquelas pessoas, pois, mesmo quando tinham alguma divergência, elas eram discutidas em reuniões de equipe e resolvidas pelo grupo.

Salientaram a importância de ouvir os usuários e suas reclamações, pois acreditavam que a escuta possibilitava o vínculo e isso fazia diferença na forma como se relacionavam com a equipe. Estar mais próximo da realidade das pessoas possibilitava ajudá-las a resolver seus problemas. Para Botazzo (1999), a construção do vínculo e da autonomia do usuário são fundamentais para a consolidação de um novo modelo de atenção pautado na proteção da vida.

Campos (2003) considera que esse é um recurso terapêutico, portanto, parte essencial da clínica. Ressalta a necessidade de que nessa relação com o usuário seja estimulada sua capacidade de enfrentar os problemas a partir de condições concretas em que vive.

Apesar do trabalho na UBS ser cansativo, conforme relataram vários entrevistados, a grande maioria disse gostar de atender o público e se relacionar com a população. As falas abaixo exemplificam esse sentimento.

Quando eu ingressei no serviço público, tinha uma cultura de que o povo era relaxado. Eu mudei isso ao longo do tempo. Gosto do contato afetivo com as pessoas, de ver quando o paciente melhora, de ouvir quando os paciente dizem que foi bom estar contigo (auxiliar de enfermagem).

Gosto do trabalho com a comunidade, pois é importante ver os problemas *in local*. Nesse trabalho, o retorno é na hora. É muito bom quando temos um retorno positivo do paciente, quando conseguimos ser úteis. Muitas vezes, a gente costuma banalizar a queixa da mãe, mas é importante ouvi-la para entender o que ela está querendo (coordenadora).

Disseram que uma das grandes dificuldades no trabalho em saúde era a grande demanda de doentes. Atendê-los era prioridade, por isso, não sobrava tempo para a realização de trabalhos de prevenção e promoção da saúde. Essas ações eram desencadeadas somente no atendimento individual.

A visita domiciliar e os trabalhos em grupo não eram atividades rotineiras dentro da UBS, apesar de várias entrevistas apontarem a necessidade desse tipo de atividade. As visitas somente aconteciam em situações especiais, quando era diagnosticado que o problema de saúde estava relacionado com o local onde o usuário vivia ou quando algum paciente acamado necessitava de atendimento.

O pediatra relatou que certa vez chamou sua atenção o número de crianças com bicho de pé. Conversou com a coordenadora e descobriram, após investigação do endereço dessas famílias, que todas moravam no mesmo local. Com isso, a coordenadora e uma das auxiliares de enfermagem foram ao local para verificar o que estava acontecendo. A partir dessa visita, desencadearam uma ação intersetorial para enfrentar o problema. Foram chamados o Departamento de Limpeza Urbana (DMLU), a FASC e a Equipe de Vigilância de Zoonoses da CGVS.

Esse exemplo trazido pelo pediatra mostra que a equipe da UBS fez um exercício de olhar para a população de forma integral. Responsabilizou-se por ela e foi buscar parcerias que ajudassem a melhorar as condições que estavam determinando o adoecimento daquelas crianças. Atuou no sentido de contribuir positivamente para o processo saúde/doença. Segundo Campos (2003), responsabilizar-se pela população é condição essencial da criação de vínculo. Esse olhar para o território auxilia a equipe de saúde na definição de prioridades, destacando os casos que necessitam de um maior cuidado. Fazer clínica é avaliar riscos e intervir conforme cada situação.

O olhar integral é um avanço importante no trabalho em saúde, pois ao considerar saúde como qualidade de vida, deve-se levar em consideração a complexidade dos problemas sociais no planejamento de uma ação de saúde. A integralidade e a intersetorialidade possibilitam uma maior eficiência e eficácia na gestão do processo de trabalho. Conforme Junqueira (2003), esse novo olhar aponta para uma visão integrada dos problemas sociais e de suas soluções. No entanto, isso requer um processo de aprendizagem e de determinação dos sujeitos envolvidos.

Outros problemas salientados estavam relacionados à falta de infra-estrutura da instituição, que tinha muita dificuldade em responder às necessidades de saúde da população. Faltavam medicamentos essenciais, havia uma demora muito grande na marcação de

consultas especializadas e poucos serviços de referência para esses encaminhamentos.

Alguns dos participantes questionaram o modelo de atenção à saúde vivenciado no cotidiano dos serviços de saúde. Na prática, consideravam que a lógica que norteava o trabalho em saúde estava centrada no médico e no remédio, nos hospitais e na doença, pois a população demandava esse tipo de atendimento. Com isso, ficava difícil reservar tempo para atuar com ações de promoção da saúde, com visitas domiciliares, com trabalho na comunidade, pois quando a população não era atendida dentro do serviço, fazia sua reclamação para a coordenação da SMS e a equipe local era cobrada.

Mesmo a SMS assumindo publicamente a mudança do modelo de atenção à saúde, com vistas a reforçar os princípios do SUS e da Promoção da Saúde, na prática, os serviços de saúde ainda estavam muito longe de conseguirem atuar a partir desses conceitos e a própria coordenação da instituição, quando pressionada pela população, acaba cobrando das equipes o atendimento da demanda espontânea.

A mudança no processo de trabalho em saúde demanda tempo e investimento na qualificação dos trabalhadores que compõem a rede do SUS. Necessita que gestor, trabalhador em saúde e população passem a conceber saúde como qualidade de vida. Quando esse conceito estiver apropriado por todos os envolvidos, será mais fácil justificar que não há atendimento individual naquele momento porque a equipe está realizando visita domiciliar ou alguma atividade em grupo.

A coordenadora da UBS referiu dificuldades em trabalhar com o Projeto Acolhimento, dizendo que em sua opinião esse projeto não visava somente o atendimento das pessoas que chegavam no serviço, mas propunha que a equipe pudesse buscar quem ainda não havia conseguido chegar dentro do serviço. Disse que, no máximo, haviam reorganizado o trabalho dentro da UBS, mostrando para a população que outras pessoas, além do médico, poderiam ouvir as suas queixas e encaminhá-la.

O acolhimento é um projeto que surge no momento em que se discute a reorientação da atenção à saúde. Ele tem sido pensado como uma estratégia fundamental para a reorganização do trabalho uma vez que busca a inversão do modelo técnico-assistencial e prioriza a universalidade e o atendimento equitativo, procura reduzir a fragmentação dos atendimentos prestados e evitar as enormes filas que se formam na entrada do serviço (HENNINGTON, 2005).

A coordenadora da UBS salientou que esse projeto não cumpre todo o seu objetivo uma vez que acolher significa também buscar quem ainda não conseguiu chegar no serviço. Se receber as pessoas dentro da unidade de saúde com uma escuta qualificada já é um

processo difícil de ser construído, mobilizar a equipe para sair a campo buscando quem ainda não chegou é ainda um grande desafio.

Apesar do processo de trabalho na SMS ter sido organizado para que as equipes pudessem trabalhar com o acolhimento, isso foi apenas parcial, pois dizia respeito somente à reestruturação interna da equipe para viabilizar o projeto.

Durante todo o dia os usuários chegavam na UBS em busca de atendimento. Assim, a demanda da doença acabava sendo sempre maior que o tempo disponível para atendê-la. Isso fazia com que não sobrasse tempo para o desenvolvimento de ações educativas e coletivas. A coordenadora demonstrou preocupação com esse fato, conforme aponta a fala abaixo.

“A demanda é muito grande, nós passamos muito tempo atendendo a doença e não dá tempo para o trabalho de prevenção. Não é que ele não seja realizado, fazemos prevenção no dia a dia, nas consultas individuais. Mas poderíamos estar fazendo mais [...]” (coordenadora).

O pediatra deixou bem claro que não havia possibilidade de atender as crianças saudáveis, pois se ele deixasse de atender uma doente, essa poderia vir a falecer. Quando soube que a equipe da EVV/CGVS estava lá para discutir a implantação do programa Pra-Nenê, foi taxativo ao dizer que não tinha como assumir a responsabilidade por um programa de vigilância da saúde da criança uma vez que ele não deixaria de atender as crianças doentes. Via o programa como uma atividade burocrática da SMS e, portanto, sem utilidade prática para a vida das pessoas.

Salientou como uma das dificuldades sua limitação de carga horária, pois tinha apenas 30 horas semanais e, em função disso, o número de crianças atendidas por ele acabava ficando reduzido.

Gostaria de trabalhar neste projeto, mas não tenho tempo. Tenho que ter outros trabalhos, gostaria de ficar aqui no Posto o dia inteiro. Estou tentando aumentar a minha carga horária na justiça para poder ficar só aqui e atender a todos. Aí então ver se sobra tempo para fazer outras atividades. Como vou fazer o Pra-Nenê se tem crianças doentes que eu não consigo atender? (pediatra).

Além desse trabalhador, outros participantes apontaram a falta de tempo para atender a demanda e os baixos salários para o trabalho desenvolvido. O desejo de trabalhar o dia todo na UBS foi expresso por mais de um membro da equipe, mas também a sua impossibilidade em função do salário que recebiam não responder às suas necessidades. Por isso, acabavam tendo que trabalhar em vários locais.

Mesmo não desenvolvendo atividades de grupo e tendo que atender a doença em praticamente todo o período de trabalho, salientaram que a prevenção estava sendo uma estratégia importante utilizada nas consultas individuais. Os clínicos gerais, a ginecologista e a dentista disseram dar bastante importância para a realização de um trabalho preventivo realizado individualmente com o paciente dentro do consultório.

Na equipe da UBS havia um técnico administrativo, cujo depoimento chamou bastante atenção. Era um funcionário com mais de 20 anos de serviço público, e se mostrou completamente insatisfeito e deprimido com o trabalho. Ele expressou o quanto se sentia desvalorizado e relatou já haver sofrido “perseguição” dentro da SMS. Mostrou o quanto, durante esses vinte anos, ele havia sido humilhado e perseguido. Trabalhou no Hospital de Pronto Socorro (HPS) durante 15 anos e, quando mudou a chefia local, transferiram-no para um posto de saúde. Esse fato determinou que ele perdesse 110% de seu salário, o que o deixou muito deprimido e fez com que abandonasse o trabalho. Em função disso, quase perdeu seu emprego e ainda ficou estigmatizado dentro da SMS. Hoje ainda sofre processo de exoneração do trabalho em função da quantidade de faltas não justificadas que teve naquele período. Reclamou bastante da atuação da SMS, que em nenhum momento, o procurou para verificar o que estava acontecendo e lhe dar algum apoio e auxílio para retornar às suas atividades.

Durante a entrevista, ele pareceu tranquilo e acomodado. Realizava o trabalho administrativo da UBS e atendia o público, orientando quanto a horário de atendimento, agendamento de consultas e medicação. Disse que gostava desse contato com as pessoas, pois isso possibilitava que buscasse, junto com elas, a solução para os seus problemas. No entanto, no primeiro dia de capacitação, ficamos sabendo que ele havia sofrido um enfarto e estava afastado do serviço por licença de saúde.

Ao ser perguntado sobre quais eram suas dificuldades de trabalho, respondeu que “a dificuldade é o sistema, pois falta comprometimento de horários dos médicos, o resto dos funcionários, se não cumprem, a chefia cobra”. Sutilmente, fez uma crítica bastante significativa à coordenadora local, que não conseguia fazer com que os médicos tivessem o mesmo contrato de trabalho que o restante da equipe. Esse desconforto não foi verbalizado pelo restante dos entrevistados.

Outra dificuldade apontada pelos trabalhadores da UBS refere-se a problemas em relação à população local. Os membros da equipe disseram existir algumas lideranças locais que disputavam poder com a coordenadora e que, em função disso, ocorreram conflitos bastante significativos entre essas lideranças e a equipe da unidade. Consideravam que esses conflitos influenciavam a relação interna da equipe, pois tornava o clima da UBS bastante tenso.

5.3 O DISCURSO DO SUJEITO COLETIVO DOS TRABALHADORES DA UBS

Antes de apresentar o Discurso do Sujeito Coletivo dos trabalhadores da UBS, cabe lembrar que essa análise pretende apresentar as falas dos membros da equipe de forma a explicitar sua percepção sobre o trabalho.

É muito bom trabalhar aqui nesse serviço. A UBS é muito organizada, é tudo novinho e a coordenação é ótima, a gente tem tanto prazer de estar aqui, que acaba se ficando até mesmo fora do nosso horário de trabalho. Além disso, gosto do trabalho que realizo e de poder compartilhá-lo com essa equipe. O ambiente aqui é bom.

A equipe é muito boa, tem um bom relacionamento entre si e com a comunidade. As pessoas se respeitam e quando têm algum problema, ele é discutido nas nossas reuniões. Além disso, todos nós respeitamos muito a comunidade, por isso, ela gosta de freqüentar o posto.

O trabalho que se realiza aqui é importante. Temos muito contato com as pessoas da comunidade, o que é bastante prazeroso, pois podemos ver os problemas in loco. Nesse trabalho, o retorno do paciente é imediato.

É legal quando se tem um retorno positivo do paciente, por exemplo, quando falamos da necessidade de fazer o tratamento até o fim e ele não desiste, faz e melhora da doença. Isso faz com a gente sinta que é útil.

Muitas vezes, se acaba banalizando a queixa de uma mãe, mas é importante ouvi-la para entender o que ela está querendo nos dizer. Quando tu senta, bota a mão, toca a pessoa, isso faz toda a diferença. Não dói tocar as pessoas, sujeira não pega. Muitas vezes, o simples fato de tocar o outro, desencadeia nele uma série de sentimentos, que acabam por gerar um mar de lágrimas. Eu beijo e abraço o paciente, isso é tão bom! No outro dia eles vêm ao posto mais bonitos e isso é muito gratificante.

O atendimento ao público é um trabalho muito gratificante, o retorno do paciente é muito legal. É bom poder ajudar as mães quando elas têm dúvidas quanto aos cuidados com seus filhos. Traz muita satisfação nos sentirmos úteis.

Apesar do trabalho aqui ser legal, acabamos não conseguindo realizar muitas das atividades educativas que gostaríamos. Ainda falta organizarmos atividades de grupo. Como somos muito poucos e a demanda é muito grande, ainda não deu tempo. Passamos a maior parte do nosso tempo aqui dentro, atendendo a demanda da doença e não dá para fazermos

trabalho de prevenção e promoção da saúde. Não é que ele não seja realizado. Fazemos prevenção no dia a dia com o paciente, nas consultas individuais. Nesse contato, o paciente pode se expressar mais livremente. O problema é que não conseguimos tempo para trabalhar com eles em grupo nem para fazer visita domiciliar de rotina.

Aqui dentro, a gente passa o tempo todo atendendo, é bom trabalhar individualmente com o paciente. O trabalho em grupo não dá tanta liberdade como no atendimento individual. Aqui o paciente pode falar com mais tranqüilidade sobre os seus problemas e a gente pode atendê-lo melhor. Esse contato com o público é importante, pois podemos procurar buscar as soluções aos problemas da população junto com ela.

Uma coisa que acontece bastante aqui nessa equipe e que é muito legal é trocarmos experiências. Sempre que aparece algum paciente que a gente não sabe muito bem o que é que ele tem, conversamos entre nós, perguntamos para os médicos sobre aquela doença para podermos entender melhor e ajudá-lo. Assim, aprendemos muito com a doença.

Quando eu ingressei no serviço público, tinha a cultura de que o povo era muito relaxado. Eu mudei isso ao longo do tempo. Gosto do contato afetivo, de ver quando o paciente melhora, ouvir o paciente dizer que foi bom estar contigo. É bom conhecer as pessoas, saber com quem se está trabalhando, ajudar a resolver os problemas que estão ao nosso alcance. O convívio com o público nos faz aprender muitas coisas.

Fazer bem o nosso trabalho é uma coisa gratificante. Gosto de atender todo mundo. Algumas pessoas atendem bem o rico e mal o pobre. Não acho isso certo. Eu tento fazer o melhor de prevenção, pois é para isso que o posto serve. Raramente falto ao trabalho, pois sei que a equipe precisa de mim.

Em relação às dificuldades deste trabalho, existem alguns problemas de relacionamento com pessoas da comunidade. Elas estão acostumadas a reclamar de tudo. Vão direto na Secretária da Saúde para fazer queixas do pessoal aqui do Posto. Muitas vezes, fazem alguma denúncia anônima ou solicitação de visita domiciliar. Quando vamos verificar o que está acontecendo, sequer o endereço existe. Também temos algumas divergências internas na equipe, mas isso sempre se consegue resolver com conversas e discussões em grupo. A nossa coordenadora ajuda muito nisso. Quando ela vê que as coisas não estão boas, chama a equipe para discutir sobre o que está acontecendo. Isso ajuda bastante nas relações do grupo.

Muitas pessoas ainda não têm clareza de como o trabalho deve funcionar, falta um pouco de organização dos processos de trabalho. Alguns médicos ainda têm resistência em trabalhar na comunidade, em realizar visita domiciliar.

Faltam medicamentos e consultas especializadas. Isso é um problema, pois muitas vezes, quando conseguimos agendar uma consulta e ligamos para a família para avisar, a pessoa já morreu. É muito constrangedor. A gente acaba se sentindo impotente, pois aqui se faz tudo o que é necessário para intervir na doença, no entanto, se a pessoa precisa de atendimento especializado, ela pode morrer esperando o dia da consulta. É tudo muito demorado.

Outro problema que enfrentamos no dia a dia do trabalho é a falta de indicadores em saúde, que nos permitam planejarmos as nossas ações com base na realidade da população. As gerências não trabalham com epidemiologia e ela é um instrumento gerencial importante. Assim, ainda trabalhamos com o modelo hospitalocêntrico assistencialista, centrado no médico e no remédio.

Nossa meta deve ser trabalhar em defesa da vida. Neste sentido, quando realizamos o Projeto Acolhimento, devemos ter clareza que não basta só atendermos as pessoas que procuram o posto. Acolher é buscar quem não vem. Essas são as pessoas que mais precisam de nós. Acolher é saber quem não veio e porquê não veio.

As condições de trabalho ainda são muito precárias. Apesar de estarmos num lugar novo e relativamente bem equipado, falta material educativo, que nos possibilite trabalhar determinados conteúdos com a população.

Uma outra questão bastante difícil de se lidar aqui dentro, é com a falta de condições econômicas da população. As pessoas não têm dinheiro para comprar medicação e muitas vezes o remédio de que necessitam não tem aqui no posto. Aí não adianta nós fazermos o possível, realizarmos a consulta de qualidade, se a pessoa vai sair com uma receita na mão e não tem dinheiro para comprar o remédio. É como se ela não tivesse sido atendida.

O que me faz sofrer é ter de dizer não, esse remédio não tem. É uma frustração não ter uma resposta. Não depende de ti [...] o serviço de saúde é muito complicado, falta muito remédio, exames, especialistas, material. A gente gostaria de poder dar um jeitinho para que as coisas acontecessem melhor.

Muitas vezes, a gente ensina as pessoas a simularem sofrimento na emergência de algum hospital para que ela consiga um atendimento com resolutividade. Não se consegue atender a todos os doentes que procuram atendimento aqui, então só encaminhando para a emergência e rezando para que ela consiga ser atendida.

Muitos de nós gostaríamos de ficar trabalhando aqui no posto o dia todo, mas o salário é muito baixo e não possibilita que isso aconteça. Especialmente os médicos acabam tendo que trabalhar em outros lugares para completar a sua renda. Isso é muito ruim. Esse ainda é um trabalho muito pouco valorizado.

5.4 CONCEPÇÕES DA EQUIPE DA UBS SOBRE VIGILÂNCIA DA SAÚDE

A indagação sobre o entendimento que os trabalhadores tinham sobre vigilância da saúde gerou maior dificuldade de resposta, possivelmente porque estava relacionada a uma discussão teórica que nem todos os entrevistados tiveram oportunidade de realizar até então.

Para facilitar a manifestação de suas concepções, pedimos que refletissem sobre a experiência de trabalho com os programas de vigilância da saúde da criança, Prá-Nenê e Prá-Crescer, que eles já vivenciavam há bastante tempo dentro do serviço.

Apesar da equipe da unidade da UBS não ter passado por nenhuma capacitação sobre vigilância da saúde antes de iniciarem suas atividades na instituição, e portanto, não ter tido a oportunidade de refletir sobre essa questão dentro do serviço, muitos entrevistados procuraram fazer uma rápida reflexão sobre a sua prática de trabalho e relacioná-la ao que estava sendo perguntado.

A coordenadora falou, em sua entrevista, que vigilância da saúde era “botar o pé na lama, ir atrás de descobertas, entender como as pessoas vivem e porquê elas adoecem, é ver como as coisas andam e manter o controle sobre as pessoas”. Essa idéia representa, na prática, o que toda a proposta teórica desse modelo aponta, pois é preciso atuar a partir de uma outra forma de organização do trabalho, que coloque a equipe de saúde em contato com o lugar onde as pessoas moram, para que possam, a partir de um olhar sobre essa realidade, planejar as prioridades de trabalho.

Entender como as pessoas vivem e como se organizam para enfrentar a vida, ajuda a equipe a pensar sobre o enfrentamento dos problemas identificados. Pelo fato desse modelo atuar a partir do conceito positivo de saúde, que é qualidade de vida, a vigilância da saúde deve organizar uma resposta social para o enfrentamento desses problemas. Dentre suas estratégias de intervenção, essa resposta deve combinar três tipos de ações: a promoção da saúde, a prevenção das doenças e a atenção curativa (MENDES, 1996).

Na UBS investigada, as ações curativas e preventivas já faziam parte do cotidiano do trabalho da equipe. Ao desenvolver essas ações, os entrevistados apontaram a preocupação em desencadear ações educativas durante o atendimento individual. Disseram que mesmo não tendo atividades de grupo e espaço para atuar na perspectiva da saúde, ao olharem para a doença, procuravam fazer com que os usuários entendessem a necessidade dos cuidados recomendados. No entanto, para que a equipe pudesse atuar na perspectiva que estava sendo

colocada pela própria coordenadora, era necessário que se organizasse de forma a priorizar momentos para sair da unidade e “botar o pé na lama”. Essa atividade possibilita que os trabalhadores enxerguem a forma como vivem as pessoas, conheçam suas casas e possam organizar as orientações de saúde de forma mais articulada com a possibilidade de cada família.

A coordenadora da UBS era uma pessoa que conhecia o modelo de vigilância da saúde e com ele se comprometia. Parecia ser uma liderança positiva no grupo e procurava discutir a necessidade de trabalhar com esse conceito. No entanto, pode-se observar durante o desenvolvimento da capacitação, que apesar da equipe entender a necessidade desse tipo de trabalho, ainda havia muita resistência em realizá-lo.

É possível que a coordenadora tenha influenciado a maneira de pensar de grande parte da equipe no que se refere ao modelo de vigilância da saúde, pois de alguma forma, todos referiram que esse modelo estava relacionado ao cuidado das pessoas que moram no seu território de responsabilidade, ao acompanhamento, ao controle das doenças, ao trabalho em equipe, à investigação das doenças de notificação compulsória, a realização da vigilância sanitária e à proteção a saúde das pessoas. Falaram também da importância de organizar o trabalho a partir de dados epidemiológicos, pois eles possibilitam entender as condições de saúde da população e agir a partir desse diagnóstico.

Mendes (1996) enfatiza a importância das equipes de saúde atuarem a partir dos problemas e necessidades da população, pois isso possibilita que a população passe a compreender melhor quais os problemas que a atinge e, com isso, possam atuar positivamente sobre eles. No entanto, trabalhar nessa perspectiva exige o reconhecimento de que a sua distribuição e especificidade se dão assimetricamente no território, ou seja, no mesmo território existem grupos populacionais em situação de extrema pobreza, que vivem sem condições sanitárias básicas e outros que já estão mais organizados e com condições de vida melhor. Em função disso, não basta identificar um território como potencialmente de risco. É necessário identificar dentro dele, quais os grupos que estão em situação de maior vulnerabilidade e fazer uma discriminação positiva desses grupos, priorizando-os no planejamento das ações de saúde.

Para atuar a partir dos problemas e necessidades de saúde, é necessária a reorganização dos serviços de saúde, conforme proposta da Conferência de Ottawa (WHO, 1986), organizando as equipes de saúde para atuarem a partir da oferta organizada dos serviços, que parta da realização de um diagnóstico de comunidade, onde sejam apontadas as ações prioritárias para aquele território.

Desde 1986, quando se rediscutiu o conceito de promoção da saúde em uma perspectiva mais ampla e relacionada à qualidade de vida, tem sido apontada a necessidade de reforçar a participação popular. Começou a ser discutida a importância da população se apoderar das informações para que essas pudessem fazer diferença nas suas vidas. Apoderamento é uma expressão que diz respeito ao “processo de aquisição de capacidades psicológicas e políticas, no plano individual e coletivo, que resulte na responsabilização progressiva sobre as condições de vida e na mobilização pelo bem-estar individual e coletivo” (TEIXEIRA; PINTO; VILASBÔAS, 2003, p. 35). Devido a sua importância, a participação popular e o desenvolvimento de habilidades pessoais acabaram sendo apontados pela I Conferência Internacional de Ottawa como campos de ação da promoção da saúde (WHO, 1986).

O desenvolvimento de habilidades pessoais deve ser capaz de possibilitar que as pessoas possam agir positivamente sobre sua própria saúde, responsabilizando-se por ela (WHO, 1986). Para tanto, é fundamental que se divulgue informações sobre como os indivíduos, famílias e grupos populacionais podem agir para melhorar a sua qualidade de vida e saúde (BUSS, 2003). Assim, cabe aos trabalhadores em saúde desenvolver processos de capacitação coletivos ou individuais com o objetivo de socializar as informações sobre saúde, partindo sempre da realidade em que vivem essas pessoas, de sua cultura e da possibilidade que elas têm de fazerem mudanças em suas vidas.

Para Brandão (2002), “a cultura configura o mapa da própria possibilidade da vida social”. Ela se traduz em valores e imaginários que representam a vida espiritual de um povo. Assim, não é possível realizarmos ações ou orientações de saúde sem levarmos em conta a cultura do grupo que com quem estamos trabalhando.

O pediatra da UBS, por exemplo, salientou que é importante ir ao domicílio investigar, pois é fazendo o acompanhamento de perto, que se consegue descobrir as condições ambientais e sanitárias daquela família. Sua fala procurou mostrar a importância de se conhecer quem é o usuário que frequenta o serviço. Em seu atendimento individual, ele priorizava as crianças doentes, disse não ter condições de sair da unidade para realizar visita domiciliar. Mesmo assim, ao tratar de uma criança doente, relatou levar em consideração o universo daquela família para que as orientações prestadas pudessem atuar no sentido de melhorar a sua saúde.

Uma das auxiliares de enfermagem reforçou a fala do pediatra, apontando a necessidade de ouvir as necessidades das pessoas para, a partir desse diagnóstico, dar um atendimento diferenciado a cada um. Esse conceito é significativo, pois muito poucos

participantes mencionaram o planejamento de ações de saúde conforme a necessidade de cada um. Um dos focos da promoção e da vigilância da saúde é o conceito de equidade, que significa discriminar positivamente os grupos populacionais em situação de maior vulnerabilidade. Atuar nessa perspectiva significa desenvolver ações que objetivem reduzir as diferenças no estado de saúde das populações, dando mais atenção para quem precisa mais (BUSS, 2003).

O auxiliar administrativo, quando perguntado sobre sua concepção de vigilância da saúde, apontou a necessidade de vigiar não só as pessoas, mas o meio em que elas vivem. Talvez esse depoimento tenha sido o mais amplo entre todos os participantes, conforme se observa abaixo.

“Não basta cuidar das pessoas. Se tomarmos água infectada, prejudica a saúde. Se um peixe tem um problema, pode afetar a nossa saúde. Isso tudo tem que ser vigiado” (auxiliar administrativo).

Outra concepção que cabe salientar foi a da enfermeira, que referiu que a vigilância deve começar dentro da equipe, “com a união das pessoas”. Salientou a falta de capacitação da equipe para trabalhar de forma mais integrada.

A falta de um trabalho interdisciplinar e, portanto, integrado, foi referido por apenas um membro da equipe, o que reafirma a constatação de que muito poucas são as equipes que conseguem desenvolver a interdisciplinaridade e a intersetorialidade. Segundo Souza (1996), a interdisciplinaridade procura promover uma aproximação entre as diversas áreas do conhecimento e procura restabelecer as relações que se diluíram nos movimentos de fragmentação. Nesse exercício de ligar o que havia sido desligado, os trabalhadores da saúde poderão avançar em relação ao conhecimento de cada usuário, pois o olhar de cada um pode complementar o entendimento da realidade estudada. A intersetorialidade necessita da abertura de canais de negociação entre diversos setores da sociedade. A saúde deve planejar uma atuação articulada com os setores sociais, econômicos, políticos e ambientais (BUSS, 2003). Tanto a intersetorialidade como a interdisciplinaridade, necessitam de novos profissionais da saúde, qualificados para pensarem saúde não só como ausência de doença, mas como resultante das condições de vida das populações.

Conforme discussão realizada na 12^a Conferência Nacional de Saúde (BRASIL, 2004, p. 115) “saúde se faz com gente, gente que cuida de gente [...]”. Assim, o trabalhador da saúde não pode mais ser visto apenas como um recurso humano. É necessário que haja investimentos na qualificação desse trabalhador para que ele passe a atuar na lógica do novo modelo de atenção proposto com o SUS, que é o da vigilância e promoção da saúde.

5.5 O DESENVOLVIMENTO DA CAPACITAÇÃO REALIZADA NA UBS

Antes de iniciarmos a capacitação, realizamos uma reunião com a coordenadora local para reafirmar algumas combinações, pois o processo desencadeado na unidade do PSF estava muito complicado e queríamos evitar os mal entendidos se repetissem na UBS. Na reunião, combinamos horários e datas para os encontros seguintes e enfatizamos a necessidade de toda a equipe estar presente, o que seria facilitado pelo calendário previamente agendado para que as pessoas pudessem se organizar para participar.

A capacitação iniciou no final do mês de setembro de 2004 e teve uma participação bastante ativa de toda a equipe da UBS. A equipe já não contava com uma das enfermeiras e o técnico administrativo (afastado em função de licença saúde).

Começamos o primeiro encontro apresentando por meio de cartazes previamente elaborados, as facilidades e dificuldades de trabalho relatadas nas entrevistas individuais, conforme havíamos feito na unidade do PSF.

A coordenadora local iniciou a discussão, afirmando que as falas apresentadas eram contraditórias. O grupo, através do olhar, expressou perplexidade. Ela falou sobre as dificuldades da equipe com algumas pessoas da população, dizendo que isso estava contaminando a equipe e apontou problemas que estava enfrentando no momento.

No início, sua fala pareceu um pouco descolada do contexto. Estava difícil entender o que pretendia. Esclareceu que havia sido chamada pela GD em função de uma denúncia que havia sido feita contra ela e a equipe da UBS.

Estamos num momento bastante difícil. Estou sendo denunciada por um usuário e algumas pessoas da equipe tem ajudado nessas denúncias. Isso fragiliza o grupo. Tivemos duas denúncias no Conselho Distrital, denúncias sérias em relação a dois funcionários da UBS, são duas pessoas que nos ajudam muito aqui dentro. São pessoas que tem seus problemas e nessas denúncias dizem que são funcionários acobertados por mim. Quem leva essas informações?.

Imediatamente, uma das auxiliares de enfermagem gritou dizendo que não havia sido ela quem levara informações da UBS para a comunidade e referiu que estava doente com o fato das pessoas desconfiarem dela. A coordenadora explicou que uma líder comunitária “falou muito mal” de uma funcionária e ela defendeu sua equipe. Em função disso, algumas

lideranças comunitárias pediram para o gerente distrital que a tirasse da coordenação da UBS.

Aos poucos, esclareceu que estava sendo acusada de improbidade administrativa e preocupava-se com a forma como estavam chegando as informações da UBS na comunidade. Acreditava que, devido ao detalhamento da denúncia, as informações só poderiam ser transmitidas por algum membro da equipe. Solicitou que todos os presentes se manifestassem sobre o assunto.

Naquele momento, a equipe da EVV/CGVS não conhecia com clareza o que estava acontecendo e restringiu-se a acompanhar as discussões.

As manifestações dos integrantes da equipe local foram de apoio à coordenadora. Mesmo assim, alguns depoimentos assinalaram a necessidade de levar adiante a suspeita de que alguém da equipe estava passando informações para a comunidade.

Uma das auxiliares de enfermagem disse que reconhecia que a equipe tinha divergências, mas que estavam acostumados a resolvê-las por meio da discussão do grupo. Sendo assim, não acreditava ser possível que alguém divulgasse tais informações para a comunidade. Um dos clínicos gerais afirmou que as acusações não tinham fundamento e que a coordenadora não deveria se abalar. Ele próprio já havia sofrido denúncia e um processo de sindicância que resultou no seu afastamento da coordenação de uma unidade de saúde. Considerava que a equipe não deveria aceitar provocações e procurar manter-se tranqüila e unida.

A auxiliar de enfermagem que se sentiu responsabilizada, disse que uma vez havia feito um comentário sobre a UBS na casa de seu pai e uma vizinha ouviu e divulgou na comunidade. Em decorrência foi chamada de “fofoqueira”, mas não fazia mais comentários sobre a unidade fora de lá. Esclareceu que várias pessoas entravam na UBS e escutavam o que eles estavam conversando, portanto, as informações, necessariamente, poderiam ter sido transmitidas por outros.

Durante a discussão, não ficou claro qual era a denúncia que havia sido feita. Ao solicitarmos que a coordenação explicasse o que estava acontecendo, ela respondeu que não poderia fazê-lo. Disse que todos esses acontecimentos se refletiam na saúde da equipe, conforme aponta a fala abaixo.

Nós estamos doentes e num momento de fragilidade devemos confiar uns nos outros. O que mais me magoa é que tem informações que são confidenciais e que, de forma alguma, deveríamos deixar vazar. Foi tão difícil conseguir essa unidade. Fizemos uma equipe, as pessoas gostam da gente. Vocês têm o poder de construir ou destruir a equipe. Nós ficamos muito tempo aqui dentro da unidade, devemos fazer

isso com o maior prazer. Por ingenuidade a gente se rala, então cuidem com quem vocês falam. Nós precisamos do nosso trabalho, vamos nos preservar (coordenação).

Nesse primeiro encontro, os cartazes elaborados pela equipe da EVV/CGVS sobre as dificuldades e facilidades do trabalho na UBS foram utilizados somente para desencadear a fala da coordenadora sobre a denúncia e as discussões extrapolaram em muito o que havia sido colocado durante as entrevistas individuais.

O momento inicial da capacitação foi bastante importante, pois nossa presença no grupo teve um papel facilitador e organizador das discussões sobre os sentimentos da equipe e seu relacionamento. As discussões sobre as dificuldades vivenciadas foram desencadeadas a partir de um problema concreto apontado pela coordenadora local. Ao final do encontro, após uma exaustiva discussão sobre os seus problemas internos, a equipe local parecia mais tranquila.

O segundo encontro foi aberto com o agradecimento da coordenadora à nossa equipe pela condução dos trabalhos do primeiro dia. Disse que saíram aliviados das discussões e que, durante a semana, tiveram uma reunião com a comunidade para definir o regimento interno do Conselho Local de Saúde (CLS). Nesse encontro, ela resolveu conversar sobre a denúncia, perguntando para a denunciante porque ela não se dirigiu à equipe da UBS ao invés de procurar a coordenação da SMS. A pessoa ficou muito incomodada, não respondeu à pergunta e abandonou a reunião. Contou para a equipe que, nesse encontro, muitos usuários disseram que apoiavam o trabalho da UBS.

Alguns participantes da equipe local manifestaram-se e disseram não entender o porquê de algumas pessoas irem direto na coordenação da SMS para reclamar da atuação da equipe quando acreditavam que existia espaço para essa discussão dentro do serviço. Aproveitamos essa fala, para discutirmos sobre o controle social e o significado da participação popular.

Alguns componentes do grupo disseram que estava havendo uma “ditadura da população”, que acreditava que “poderia fazer tudo o que quisesse”. Falaram de algumas lideranças que manipulavam as informações para conquistar o poder e disseram que “o erro está nos dois lados, de quem recebe essa pessoa na SMS e da que vai direto na Secretaria, sem respeitar as instâncias de discussão. As reclamações deveriam ter vindo antes para o CLS, para termos a chance de discuti-las”.

Após o encerramento dessa etapa da discussão, retomamos os objetivos da capacitação, falando da importância de pensarmos os programas de vigilância Prá-Nenê e Prá-Viver a partir da realidade vivenciada na UBS, pois quem iria dizer quais as ações de saúde eram possíveis de serem programadas seria a equipe da UBS.

A coordenadora local solicitou que conversássemos mais sobre o modelo de atenção da vigilância da saúde. Para desencadearmos a reflexão sobre o tema, distribuimos um texto que falava sobre “O mundo” (Anexo A). Solicitamos que cada um dissesse algo sobre o que havia lido e fizemos uma rodada para que cada participante se manifestasse. Esse momento foi bastante importante, pois significou uma síntese das discussões do encontro anterior. Cada um falou de si e da equipe, mostrando que cada um brilha de uma forma e tem um jeito de se manifestar e é isso o que faz daquele grupo uma equipe de trabalho, como apontam as falas abaixo.

“Devemos ser um fogo contido, mas forte. Temos de trabalhar em grupo, unidos seremos cada vez mais fortes, contra as intrigas e as inverdades que fazem contra nós” (pediatra).

“O bom é que somos fogueirinhas mais calmas e um incendeia o outro e também põe um pouco de água para equilibrar” (nutricionista).

Temos a nossa vida particular e muitas vezes a gente não consegue separar, devemos respeitar a individualidade do outro. Temos que ter alguma coisa para nos agarrar, do contrário nos perdemos no meio do caminho. Sobre as fogueiras, somos todos diferentes, e isso é bom, temos diversas lideranças. As fogueirinhas colocam fogo nas fogueirinhas e não se sabe o que tem por trás das fogueirinhas. Vamos agora juntar os pedaços e mudar a postura (agente administrativo).

Foi combinado para o quarto encontro, a realização de um trabalho de campo, resgatando a história da comunidade e levantando problemas e necessidades de saúde da comunidade.

O terceiro encontro começou com a reflexão sobre o conceito de saúde. Fizemos uma rodada e cada um dos participantes colocou o que entendia sobre o assunto. Praticamente todos falaram que saúde é qualidade de vida, ou seja, acesso à habitação, emprego, serviços públicos, lazer. A discussão sobre o tema foi bastante proveitosa, pois retomamos historicamente o conceito. Refletimos sobre o que é saúde à luz do que oferecemos na UBS, uma vez que na maioria das vezes sequer conseguimos tratar a doença já que faltam remédios, consultas especializadas e entendimento da população sobre o tratamento.

“Devemos ter muita paciência, tenho um paciente com hipertensão e a gente não tem a medicação, que não vem há três meses. Isso é muito cruel” (clínico geral).

“Tem problema de toda a ordem. Tem um paciente de 12 anos com fimose. É preciso cirurgia, eu perguntei se nunca havia consultado para isso. Ele disse que não” (pediatra).

A equipe salientou como uma dificuldade enfrentada no cotidiano do trabalho, o fato da população ter pouco entendimento sobre o que significa ter saúde. Para ela, saúde é tratar a doença, é sinônimo de médico e remédio. É muito difícil mudar tais representações, pois ao trabalharmos com as necessidades imediatas das pessoas, que precisam tratar a doença já instalada, nos afastamos do conceito de qualidade de vida. É bem possível que esse também seja um dos motivos pelos quais o Projeto Acolhimento provocou tantas críticas por parte da população.

“A população não entende o trabalho que pode ser feito fora do Posto. Temos vários casos que podemos citar. Tive um paciente que tinha diabetes e teve bicho-de-pé, teve que tirar a perna em função das complicações” (coordenação).

Uma vez, lá no Postão da Vila Cruzeiro, à noite, chegou uma mulher e me mostrou sete receitas, ou seja, ela esteve com sete médicos diferentes naquele dia, mas não havia gostado de nenhum. Um era baixo, o outro muito alto, o outro tinha bigode, então ela estava procurando a oitava consulta no mesmo dia. Consultou, saiu e quem sabe foi procurar o nono médico (pediatra).

“Pelos critérios da população, quanto mais se dá acesso a médicos e remédios, melhores nós somos” (coordenação).

As discussões giraram em torno do atendimento prestado na UBS e do fato de que alguns pacientes procuravam o serviço todos os dias, sempre com alguma queixa diferente. Muitos precisavam apenas conversar e encontravam no serviço de saúde essa possibilidade. A coordenadora local mencionou o exemplo de uma usuária que procurava a UBS todos os dias e a equipe classificou-a como alguém poliqueixosa e acabou por desvalorizar a sua queixa. Tempos depois, após várias investigações, descobriram que ela tinha um câncer. Discutimos o fato, pois muitas vezes as queixas são muito abstratas e acabam escondendo um problema concreto, por isso, é importante não subestimarmos as falas dos usuários.

Uma das auxiliares de enfermagem questionou o sistema de referência e contra-referência, pois dizia que o paciente tinha que esperar muito tempo na fila. Muitas vezes, quando conseguiam marcar a consulta especializada e ligar para a casa do usuário para avisar

sobre a data, descobriam que a pessoa já havia morrido. Falou da dificuldade que é trabalhar assim e do constrangimento que a equipe sofre quando esses fatos acontecem. Disse que esse é o “dia a dia do trabalho” que realizam e que na época em que a população ia direto ao hospital, “pelo menos eles dormiam na fila três dias, mas conseguiam atendimento”.

O que está funcionando deve permanecer. Isso de referência e contra-referência não está funcionando. Aqui dentro temos muitos pacientes de envelopes. Atendi uma criança de seis anos com sopro cardíaco. Perguntei para a mãe a quanto tempo ela não consultava. A mãe respondeu que há muito tempo. Quanto tempo esse menino levará para fazer a cirurgia? Caso precise, não posso sequer solicitar um exame especializado, eles não me deixam pedir mais exames. (pediatra).

O sistema municipal de saúde está organizado de forma a que os serviços básicos de saúde realizem somente consultas básicas. Assim, os médicos que trabalham nesses locais não podem solicitar exames especializados. Em caso de necessidade de atendimento especializado, deve ser agendada a consulta pela Central de Atendimento. Se por um lado, esse procedimento auxilia na gestão da prestação de serviços, por outro, atrasa ainda mais um diagnóstico, pois ao chegar na consulta especializada, o médico especialista não pode iniciar nenhum tratamento antes de solicitar os exames necessários.

O terceiro encontro foi bastante produtivo, pois discutimos a história das políticas de saúde no Brasil e a evolução do conceito de saúde. Além disso, procuramos refletir sobre o significado de se trabalhar a partir de um conceito positivo de saúde e com a lógica da promoção e vigilância da saúde. A discussão foi realizada a partir da realidade vivenciada pela equipe da UBS. Para o encontro seguinte ficara combinada a apresentação da equipe sobre o trabalho de campo.

O quarto encontro contou com a participação de uma moradora da comunidade, que foi convidada para contar a história do bairro. Essa presença foi importante, pois possibilitou entender melhor a comunidade usuária da UBS.

A coordenadora relatou como a equipe se organizou para a realização do trabalho de campo. Dividiram o grupo: ela e mais duas auxiliares foram para uma das áreas de risco do território da UBS; o clínico geral e a nutricionista levantaram os recursos da comunidade; duas auxiliares desenharam o mapa da área e as outras duas auxiliares fizeram o resgate da história da comunidade. Disse que a equipe “adorou” fazer o trabalho.

O pediatra falou sobre a história do bairro, dizendo que antigamente era uma área de veraneio, era uma região turística. As lideranças queriam desenvolver o bairro, pois há 40

anos atrás não havia rede de água, de luz e de esgoto e o transporte era precário.

“Pessoal, eu não tenho 200 anos, tenho 48, mas no meu tempo tinha até trem aqui. Tínhamos Maria Fumaça que trazia carne para cá. Tínhamos indígenas. Tudo isso era praia” (moradora do bairro).

Isso tudo era praia. Era a área de veraneio da cidade de Porto Alegre. Existia um quartel e as casas eram todas de madeira, não tinha asfalto. Existia um armazém onde tudo era entregue, depois veio o açougueiro. Tinha um cinema e um coleginho. Os índios se foram e algumas ruas ainda hoje tem nomes indígenas. 90% dos moradores são dessa época e as coisas passavam de pai para filho. Os moradores deixaram de usar o rio com o aumento da violência. Na década de 70 deixou de ser balneário e virou bairro (agente administrativa).

O grupo que realizou o trabalho de desvelamento do território conversou com 15 famílias perguntando sobre os problemas que acreditavam ser os mais importantes daquele local. As respostas sempre abordavam a questão do lixo, pavimentação, luz, saneamento.

As discussões e os relatos fizeram com que a equipe local conhecesse melhor o seu território. Falaram da necessidade de outros órgãos públicos atuarem na área e estarem ali participando da capacitação, pois era necessário um trabalho em parceria.

Propusemos que a partir do que havia sido levantado, pudessem realizar o planejamento das ações prioritárias e organizassem o trabalho para o próximo ano. O grupo mostrou entusiasmo com a idéia e combinou encontros extras com a equipe da EEV/CGVS para escrever um relatório das atividades da capacitação e realizar o planejamento do ano de 2005 para entregar ao governo que estaria assumindo em janeiro.

No quinto encontro, a coordenadora disse que achava que o grupo estava meio agitado e perguntou o que estava acontecendo. Um dos participantes explicou que estavam apreensivos com a proximidade das eleições e o que isso poderia significar para eles. Disse que fazia 16 anos que o PT estava no governo e tinham medo da transição.

“Agora fim de ano muda, gera uma sensação de como será? A sensação das pessoas é de medo, as pessoas estavam acostumadas com a coordenação e, mudando o governo, será que ela vai permanecer? Se ela sair, quem vai entrar?” (pediatra).

“Mudando o governo, eles podem colocar o nosso projeto para dentro da gaveta” (auxiliar de enfermagem).

“É o movimento das cadeiras, não podemos sentar no mesmo lugar sempre, mas isso gera insegurança” (auxiliar de enfermagem).

Muitas daquelas pessoas que faziam parte da equipe não viveram o serviço público com outro partido político administrando o município. Ingressaram na Prefeitura de Porto Alegre com o governo do PT, que estava há mais de 16 anos no poder, e revelaram muito medo da mudança e de como ficaria a equipe da UBS. A coordenadora era muito respeitada e querida e os componentes da equipe local tinham medo de perdê-la.

Aproveitamos a discussão para reiterar a necessidade da equipe escrever um relatório sobre a capacitação e de realizar o planejamento das atividades para o próximo ano para ser entregue para o governo que assumiria em 2005.

Refletimos coletivamente sobre a educação em saúde e a educação popular e como poderia ser desencadeado um trabalho com a população. Focalizamos temas como vínculo, acolhimento, conflitos existentes entre o saber científico e popular, autonomia da população, proposta de Paulo Freire e a relação dialógica. Discutimos com o grupo o quanto esses temas estavam sendo vivenciados naquele espaço da capacitação e o quanto estávamos satisfeitas com os avanços das discussões. Abordamos os papéis de cada um dos componentes da equipe local e a relação deles com a população.

Foram marcados dois encontros extras com alguns dos trabalhadores da equipe local que se dispuseram a permanecer na unidade após seu horário de trabalho e com a equipe da EEV/CGVS, para que pudesse ser escrito o relatório dos encontros realizados na capacitação e ser organizado o planejamento das atividades para o ano de 2005. Esses documentos foram produzidos com o objetivo de organizar as ações a serem desenvolvidas no ano seguinte e de negociar com o novo gestor as prioridades futuras.

No sexto e último encontro foram realizadas a leitura de todo o material produzido pelo grupo e a discussão desse material. A partir de então, a equipe local definiu responsáveis por cada atividade da UBS, pois o grupo avaliou que isso era necessário uma vez que “quando todo mundo faz tudo, ninguém é responsável por nada”. A equipe da EEV/CGVS atuou como facilitadora das discussões e sistematizadora das falas, pois cabia à equipe local a organização de seu trabalho.

No planejamento das atividades foram elencadas as atividades prioritárias e programas e ações de saúde a serem desenvolvidas pela UBS, de forma a incidirem sobre os indicadores do processo saúde/doença da região do serviço. A equipe local procurou reestruturar o processo de trabalho e elencar ações prioritárias para micro-áreas de risco (recortes de um território onde ficam concentradas as populações de maior vulnerabilidade). Esse planejamento foi produto da capacitação proposta por nós e reflexo das discussões realizadas sobre modelo de atenção, vigilância da saúde, educação em saúde, educação popular em saúde, trabalho em grupo e participação popular.

A proposta da capacitação de desencadear uma ação transformadora da prática, apresentou resultados desejáveis, pelo menos no curto prazo.

5.6 DISCUSSÃO SOBRE O PROCESSO DE CAPACITAÇÃO DESENCADEADO NA UBS

Este capítulo encontra-se dividido em seções. São elas: relacionamento interno e externa da equipe; processo de trabalho; posicionamento em relação ao processo de capacitação.

5.6.1 Relacionamento interno e externo da equipe

A presença da coordenadora durante todo o processo de capacitação foi decisiva para o bom desencadeamento das discussões e para a motivação da equipe local. A gerência local da UBS apoiou todo o trabalho e deixou claro para a sua equipe o quanto acreditava na importância daqueles momentos de reflexão. Ela via a equipe da EEV/CGVS como alguém que estava lá para ajudá-los a qualificar o trabalho que estavam realizando. Em vários momentos, salientou nossa presença, afirmando que eram raros os momentos em que alguém “do nível central” ia aos serviços para trabalhar junto e isso deveria ser valorizado. A equipe local sentia-se reconhecida com o trabalho que estava sendo desenvolvido pela equipe da EEV/CGVS. Quando alguém não podia participar em um dos encontros, justificava-se e expressava o quanto “estava chateado” em não poder estar presente naquele dia.

A relação da equipe local pareceu ser bastante saudável, pois quando havia problemas, esses eram resolvidos em reunião de equipe.

A coordenadora local enfatizou que tinha uma boa relação com o gerente distrital, esclarecendo que sempre que havia um problema a ser resolvido, especialmente com relação à

população local, ele sempre se disponibilizava para estar presente, apoiando a equipe.

Durante a realização das entrevistas, observamos certa resistência dos médicos em relação à capacitação estava sendo proposta. Assim, não acreditávamos que participassem da capacitação. No entanto, dos quatro médicos que trabalhavam na UBS, dois participaram ativamente dos encontros, inclusive ficando no serviço fora de seu horário de trabalho para participar da elaboração do relatório final. Um deles, mencionou seu desagrado com as auxiliares de enfermagem, pois em alguns dias agendaram pacientes no horário da capacitação, o que impossibilitava sua participação naquele encontro. Para nós, sua participação foi uma surpresa bastante positiva, pois na equipe da EVV/CGVS, haviam questionado a realização da capacitação nesse serviço uma vez que os médicos, que eram uma parte importante da equipe, mostraram-se muito pouco disponíveis para esse trabalho.

Nos momentos em que estávamos na UBS para a realização da capacitação, pudemos observar que o atendimento prestado à população era diferenciado de outros serviços, pois o tempo destinado à consulta variava entre 15 e 25 minutos, além disso, pareceu que a relação com a população era bastante respeitosa.

Não presenciamos conflito com a população durante o período em que permanecemos dentro da UBS. No horário dos encontros da capacitação, a porta da UBS ficava fechada e era colocado um cartaz avisando os usuários o motivo e o horário que não estariam atendendo. Mesmo assim, sempre que alguém batia na porta para solicitar alguma informação, um membro da equipe levantava e recebia a pessoa, procurando encaminhar a sua demanda. A população local se mostrou bem esclarecida sobre o fechamento, pois ao sairmos da unidade, víamos que estava tranqüila aguardando o reinício das atividades.

5.6.2 O processo de trabalho

Uma das questões que foram levantadas durante as entrevistas individuais pelos auxiliares foi que “todos acabavam fazendo de tudo”, ou seja, entre não havia definição do responsável por cada um dos setores da UBS. Todos executavam todas as atividades necessárias, mesmo assim, eles estavam razoavelmente organizados, de forma a que cada um sabia qual a atividade que deveria executar em cada momento do trabalho.

No final da capacitação, como forma de superar essa dificuldade relatada inicialmente, conseguiram listar todas as atividades executadas pela UBS e definir responsáveis por cada uma delas. A princípio, essa pareceu ser uma estratégia importante para a reorganização do processo de trabalho.

Outro questionamento que surgiu durante as discussões em grupo foi em relação às pessoas que freqüentavam a UBS. Disseram que algumas iam à UBS todos os dias, em cada um deles com uma queixa diferente e que isso os incomodava, pois ao atender essa pessoa deixavam de atender uma outra que, talvez, necessitasse mais. Isso fazia com que muitas vezes, acabassem por não dar grande importância à queixa do usuário. No trabalho realizado por Schimith e Lima (2004), essa fala também esteve presente nos discursos das equipes de saúde investigadas. Um dos trabalhadores entrevistados classificou esse tipo de usuário como os “bate ponto, pois são dependentes emocionais e precisam consultar todos os dias”.

Quando eu trabalhava em um serviço básico de saúde, lembro que isso também era mencionado pelos membros da equipe. Em nenhum momento cogitava-se que aquele usuário estava realmente precisando do atendimento. Acreditava-se que aquela usuária (pois geralmente quem faz isso são as mulheres) não tinha o que fazer ou com quem conversar, por isso ia para a UBS. Durante a capacitação, ouvindo essa fala ser repetida pela equipe da UBS, acredito que se deva questionar o porquê dessa procura freqüente, pois é possível que esteja relacionada à pouca resolutividade do atendimento prestado. Essa hipótese foi também levantada pela coordenadora da equipe, ao relatar o caso de uma usuária que costumava ir buscar atendimento diariamente, no qual, depois de várias investigações, foi descoberto um câncer. Sua queixa não era infundada, ela possivelmente só não sabia expressar exatamente o que sentia.

Além da dificuldade em entender essa procura repetida por atendimento, os componentes da equipe local salientaram que, no seu cotidiano de trabalho, a demanda da doença era muito grande, o que praticamente impossibilitava que pudessem atuar junto às pessoas saudáveis. Talvez por isso, se mostrassem tão intolerantes com as pessoas que freqüentavam a UBS com muita assiduidade. Em vários momentos das discussões, o pediatra trouxe para a discussão o fato de que não via como poderia trabalhar com crianças saudáveis, realizando o acompanhamento de seu crescimento e desenvolvimento, pois o atendimento da demanda da doença era constante e necessário e o absorvia durante toda a sua jornada de trabalho.

A demanda espontânea em busca de atendimento sempre existirá e quanto menos os serviços trabalharem com a promoção da saúde mais freqüente essa será. Vasconcelos (1991)

argumenta que é para o momento da doença que a população pensa no profissional da saúde. Portanto, é preciso valorizar o atendimento individual e curativo como um espaço educativo, no qual se privilegie o diálogo e a interação entre o saber científico e o popular. Neste espaço, a população pode começar a entender quais são as causas dos seus problemas e como agir para enfrentá-los. No entanto, propiciar o diálogo requer tempo. Para isso, não é possível atender a todos indiscriminadamente. Há necessidade de colocar um limite no número de atendimento para garantir sua qualidade.

Durante as entrevistas, praticamente todos os componentes da equipe local salientaram que, apesar de não conseguirem realizar atividades educativas, procuravam orientar seus usuários e refletir com eles sobre as questões que os levavam a um estado de doença. Assim, organizavam a sua intervenção a partir de uma lógica de trabalho que visava não somente recuperar os indivíduos doentes, mas atuar na prevenção de riscos e agravos à saúde.

As ações educativas eram desenvolvidas durante as consultas e atendimentos individuais. Vasconcelos (1991) enfatiza que é com esse momento que o trabalhador da saúde gasta a maior parte do seu tempo, portanto, deve ser aproveitado como um importante espaço educativo. Em decorrência, torna-se imperioso buscar uma formação teórica capaz de ajudar a compreender a realidade da clientela que procura o serviço. Além disso, as consultas individuais devem ser realizadas a partir do diálogo para que as orientações possam ser adequadas a cada situação e terem maior probabilidade de incidir positivamente na saúde e na vida das pessoas.

Segundo Teixeira (2002a), Teixeira (2002b), essa perspectiva de trabalho auxilia na consolidação de um novo modelo de atenção à saúde. No entanto, para que ele se efetive, é necessário planejar ações que incidam sobre as condições de vida das pessoas e dos diferentes grupos populacionais. Para tanto, é fundamental a redefinição do objeto de trabalho e a utilização de saberes e tecnologias mais ampliados, o que exige uma mudança no perfil do processo de trabalho e a reorientação dos trabalhadores em saúde, e portanto, o investimento em uma formação mais integral. É preciso um olhar sob as práticas pedagógicas, que devem considerar como integrantes do processo educativo os aspectos individuais e complexos de cada sujeito (FLEURI, 1998).

A equipe da UBS salientou dificuldades em relação ao Projeto Acolhimento, pois a população local não entendia porque não era atendida pelos médicos e sim por uma equipe que ouvia sua queixa e a encaminhava. Tinham grande dificuldade em entender a lógica desse projeto, pois acreditavam que somente o médico poderia resolver o seu problema de saúde. Por sua vez, pareceu que a própria equipe local não tinha clareza suficiente sobre a proposta e,

em alguns momentos, reforçava a fala da população.

Para Merhy (2004, p. 38), o acolhimento é um atributo da prática clínica e deve ser desencadeado em todo o lugar em que ocorre um encontro entre um trabalhador em saúde e um usuário. Esse encontro deve estar permeado por “relações de escuta e responsabilizações, que se articulam com a constituição dos vínculos e dos compromissos em projetos de intervenção”. Nesse sentido, o Acolhimento é um projeto que deve estar articulado com um modelo de atenção comprometido com a defesa da vida. Como tal coloca o usuário como o centro do processo. Assim, quando a equipe de saúde não acolhe e não vincula, não há possibilidade de se desencadear uma responsabilização conjunta dos problemas de saúde.

Franco, Bueno e Merhy (2004) apresentam reflexões sobre o significado desse projeto. Afirmam que sempre que houver um usuário e um trabalhador será desencadeado um processo relacional, no qual a dimensão individual do trabalho em saúde não poderá ser ignorada. Nesses encontros, operam processos tecnológicos que visam à produção de relações de escuta e responsabilização. Embora seja um atributo da prática clínica, esse projeto contém outra possibilidade, que é a de acessibilidade, pois podem ficar evidenciadas as dinâmicas e critérios que facilitam ou dificultam o acesso dos usuários ao sistema de saúde.

Os autores propõem que o acolhimento seja utilizado como um dispositivo para construir relações clínicas responsáveis e resolutivas, pois sem acolher e responsabilizar-se pelo usuário, é impossível uma resposta positiva aos problemas e necessidades de saúde. Argumentam que esse projeto modifica radicalmente o processo de trabalho, pois coloca em outros profissionais a responsabilidade de reorganizar o trabalho dentro da UBS. No entanto, para que ele tenha êxito, é necessário que a equipe de saúde entenda a sua lógica e conquiste os usuários para esse novo tipo de proposta. Caso contrário, a própria equipe acaba sendo responsável pelo insucesso da proposta e talvez esse seja o motivo de tantas críticas à proposta. Parece-me que era o que estava acontecendo na UBS, pois a equipe não tinha se apropriado da essência do projeto e, portanto, tinham muita dificuldade em discuti-la com os usuários.

Conforme Merhy (1994), Merhy (2004) e Teixeira (2002a), as propostas de organizar o acolhimento e de estabelecer vínculo entre os usuários e os trabalhadores em saúde, colocam em pauta a questão da humanização do atendimento no SUS. Isso implica em uma mudança na organização dos serviços de saúde, pois eles devem atuar a partir da realização da escuta qualificada do cliente, do agendamento das consultas e da programação na prestação dos serviços, de forma a ser organizado a partir das necessidades sociais de saúde da população.

Merhhy (2004) relata a experiência de uma UBS do município de Betim com o Projeto Acolhimento. Esse serviço procurou inverter sua lógica de funcionamento garantindo acesso universal a todos os usuários. O objetivo da equipe era garantir a escuta dos problemas e sua resolutividade. Com isso, pretendiam criar possibilidades para o restabelecimento de uma relação de confiança com os usuários. Nessa perspectiva, pretendiam reorganizar o processo de trabalho, deslocando seu eixo central do médico para a equipe de saúde. Era essa equipe que deveria garantir a escuta do usuário e comprometer-se com a resolução de seu problema.

A equipe da UBS de Betim procurou apropriar-se da proposta de trabalho. Os profissionais não médicos passaram a utilizar todo o seu arsenal tecnológico e conhecimento da assistência para escutar e resolver os problemas apontados pelos usuários. Criaram-se protocolos de atendimento que indicavam o procedimento a ser adotado diante das queixas mais comuns. O resultado desse trabalho foi considerado por Merhy (2004) como extremamente positivo, pois envolveu toda a equipe de saúde em discussões permanentes para avaliar e reavaliar o processo que estava sendo desencadeado. Além disso, participavam constantemente de capacitações que discutiam e refletiam as experiências vivenciadas.

No entanto, esse projeto também vivenciou problemas como o medo de enfrentar o novo e de abrir as portas do serviço e da necessidade dos médicos trabalharem com uma agenda aberta para os casos que deles necessitassem. Assim, o acolhimento somente será um projeto possível quando as equipes de saúde se envolverem com um novo modelo de atenção à saúde, pautado pelo trabalho interdisciplinar e pela co-responsabilização. Nesse sentido, não há como pensar esse projeto sem a revisão do processo de trabalho em saúde e a afirmação da necessidade de uma atuação intersetorial e interdisciplinar.

Em relação à capacitação realizada na UBS, um de seus pontos altos foi a realização do trabalho de campo, pois a equipe precisou se organizar para sair para a rua, conversar com a população local, resgatar a história daquela comunidade e da implantação da UBS, identificar problemas e necessidades de saúde e os recursos disponíveis de seu território.

O Ministério da Saúde (BRASIL, 2003c) entende que os problemas de saúde podem ser identificados como sendo as necessidades não satisfeitas, as carências que determinam riscos à saúde, o sofrimento, o adoecimento ou a morte. Em relação às necessidades sociais de saúde, salientou que elas devem ser definidas a partir do conceito vigente acerca do processo saúde/doença, podem corresponder às carências reais e materiais ou simbólicas (desejos e fantasias) e, portanto, podem variar em função do caráter social e histórico de cada sociedade.

A partir desse entendimento, a equipe da UBS saiu a campo para a realização do trabalho. Para a sua apresentação, convidaram uma das moradoras mais antigas da

comunidade para participar do encontro, além de terem conversado com vários outros moradores para a coleta de dados e análises solicitadas. O encontro foi bem produtivo, pois muitos funcionários da unidade também moravam na região há algum tempo e relataram sua experiência na apresentação. Todos se mostraram muito felizes com a realização do trabalho e com o conhecimento que construíram sobre a história de seu território. A partir desse diagnóstico local, planejaram as ações de saúde a serem desencadeadas para o enfrentamento dos problemas identificados. Esse trabalho foi avaliado pelo grupo como de fundamental importância, além de extremamente prazeroso.

Segundo Valla e Stotz (1997), é crucial que os serviços de saúde privilegiem esses momentos e identifiquem as necessidades sociais das populações, levando em consideração o que as pessoas pensam sobre os seus próprios problemas. Além disso, lembram que a história da comunidade não começa com a chegada da equipe de saúde, ela é anterior, pois há um passado que foi responsável pela construção do presente. Essa experiência pode ser o ponto de partida para uma relação mais humana, eficiente e equitativa. Atuar a partir do que as pessoas pensam sobre os seus próprios problemas deve ser o eixo norteador do trabalho em saúde e deve orientar as práticas dos trabalhadores em saúde e sua relação com a população.

O processo de capacitação desenvolvido na UBS possibilitou a reflexão sobre as dificuldades e o cotidiano de trabalho e fez com que a equipe local discutisse sua relação interna, seus conflitos, os problemas e necessidades de saúde da população e construísse alternativas para melhorar o seu processo de trabalho e qualificar o atendimento prestado à população. Concordo com Freire (2001) quando refere que a prática educativa não é o único caminho da transformação social, mas sem ela jamais essa transformação se viabilizará. Os educadores enfrentam um desafio, o de gerar nas pessoas sonhos possíveis e o desejo de viabilizá-los.

Durante todo o processo, a equipe local questionou o seu processo de trabalho, e discutiu como ele poderia estar a serviço da promoção da saúde. Ao final dos encontros, listou todas as atividades executadas dentro da UBS e definiu um responsável para cada atividade. Com isso, se organizaram para atuar com os programas de vigilância da saúde da criança, em especial, com o Pra-nenê, que ainda não era realizado pela equipe.

5.6.3 Posicionamento em relação ao processo de capacitação

A equipe local estava mobilizada para a capacitação, pois já havia discutido em reunião o que estaríamos fazendo lá. Uma ou duas pessoas ainda procuraram esclarecer algumas dúvidas em relação ao processo que seria desencadeado, o que foi feito no momento da entrevista individual e no primeiro encontro do grupo.

Desde o primeiro encontro, a equipe local mostrou-se receptiva ao trabalho e à equipe da EEV/CGVS, a qual conseguiu, além de ser aceita pelo grupo, monitorar os encontros de forma a facilitar as discussões e reflexões sobre o processo de trabalho da UBS.

Segundo Smeke e Oliveira (2001), o êxito dos trabalhos em saúde está relacionado à capacidade de produzir processos de grupo, nos quais a reflexão das pessoas envolvidas possa ser realizada a partir do questionamento constante das visões de mundo de cada um dos envolvidos, dos objetivos do grupo e da sua própria ação. Assim, o papel do educador deve ser o de ajudar o grupo a pensar, contribuindo para o crescimento da solidariedade, autonomia e consciência.

Para Vasconcelos (1991), as capacitações para trabalhadores em saúde devem inserir-se na mesma perspectiva indicada para o trabalho com a população. Na medida em que vivenciarem espaços de discussão e reflexão sobre seu processo de trabalho, as equipes de saúde poderão repensar sua relação com a população e recriar os espaços de interação com os usuários. Assim, na medida em que fizer parte do cotidiano dos serviços de saúde, a educação em saúde pode ser uma prática capaz de auxiliar a população na busca da compreensão das raízes de seus problemas e de alternativas para suas soluções. Isso torna-se possível a partir do momento em que as soluções que forem buscadas para os problemas de saúde valorizem o saber popular, pois esse é elaborado a partir das estratégias de sobrevivência dos diferentes grupos populacionais e têm grande capacidade de explicar a realidade. Por isso, a educação em saúde deve estar pautada na busca do diálogo entre os diferentes saberes e sujeitos da realidade, de forma a possibilitar um verdadeiro intercâmbio entre eles, onde cada um tem muito a aprender e a ensinar.

Nessa mesma perspectiva, o Ministério da Saúde vem recomendando que as instituições invistam em educação em serviço, pois essa cria a possibilidade de mudanças de estratégias de organização e do exercício da atenção, uma vez que a prática concreta dos trabalhadores em saúde passa a ser problematizada. Pontua a necessidade de que esses

momentos partam da problematização do processo e da qualidade do trabalho, garantindo, assim, a aplicabilidade dos conteúdos ministrados (BRASIL, 2003b). Durante o processo de capacitação da UBS foi observado que o fato dos encontros terem sido realizados dentro do serviço possibilitou a participação de um número maior de pessoas e a problematização de seu cotidiano de trabalho, o que foi considerado positivo pelo grupo.

A equipe local conseguiu rever processos e rotinas de trabalho, questioná-los e propor alternativas viáveis para sua realidade. Refletiram sobre o significado de trabalhar com o modelo de atenção da vigilância da saúde e como seria possível aproximar o atendimento da demanda espontânea com o trabalho de promoção e vigilância da saúde.



Portinari, *Pessoas*

6 A CONSTRUÇÃO DA CAPACITAÇÃO E A PARTICIPAÇÃO DA EQUIPE DE VIGILÂNCIA DE EVENTOS VITAIS E AGRAVOS NÃO TRANSMISSÍVEIS

A participação da Equipe de Vigilância de Eventos Vitais, Doenças e Agravos Não Transmissíveis (EEV) foi fundamental no desenvolvimento do processo, pois o trabalho foi desenvolvido por técnicos desse setor, do qual eu participava na época como coordenadora do Programa de Vigilância da Mortalidade, Pré-Viver. Desejava desenvolver essa proposta de trabalho não só para atender ao objetivo acadêmico de produção da tese, mas especialmente porque acreditava ser fundamental para o processo de trabalho em saúde a consolidação de novo modelo de atenção à saúde. Também tinha interesse em discutir com as equipes locais os programas de vigilância da saúde da criança, pois intencionava descentralizar as atividades de investigação dos óbitos de crianças com menos de cinco anos de idade.

A proposta de capacitação partiu dos referenciais teóricos da vigilância da saúde e da educação popular e do entendimento que tenho de que as pessoas somente conseguem agir de determinada maneira quando a vivenciam em seu dia a dia. Discuti os referenciais que nortearam esse trabalho com as pessoas da EEV/CGVS que estavam envolvidas nesse projeto de trabalho.

Quando imaginei essa capacitação, procurei minha coordenadora e discuti a idéia com ela. Desde então, durante todo o processo, que iniciou com o contato com a gerência distrital e terminou quando finalizou a capacitação na UBS, a tivemos como uma parceira fundamental no trabalho.

A coordenadora da EEV/CGVS destinou duas técnicas para elaborarem esse trabalho e acompanhou todo o seu andamento. Eu e uma enfermeira que, na época, era responsável pelo Programa Pra-Nenê, discutimos todo o processo de trabalho e realizamos a análise preliminar das entrevistas, uma vez que elas subsidiaram a pauta para as discussões iniciais da

capacitação. Além disso, analisamos o andamento do trabalho no momento em que ele estava sendo desenvolvido, pois cada passo era planejado em função das discussões que haviam sido travadas nos encontros anteriores.

Além de nós duas, ainda participaram quatro estagiários da enfermagem e da psicologia, responsáveis por anotar todas as discussões de cada um dos encontros e uma nutricionista, responsável pelo Programa de Vigilância Nutricional - Pré-Crescer, o qual somente se fez presente no processo desenvolvido na UBS. Todas as representantes da EEV/CGVS participaram ativamente das discussões em grupo, dando sua contribuição quando entendiam necessária.

A opção pelos referenciais da educação popular em saúde e da pesquisa ação foi realizada a partir do entendimento de que seus pressupostos auxiliariam as equipes locais uma vez que possibilitaria a vivência de uma outra prática educativa: participativa, dialógica e transformadora.

A educação popular em saúde tem apontado a necessidade de humanização do SUS e da vinculação do usuário ao serviço de saúde. Esse vínculo somente é possibilitado se as relações de trabalho estiverem fundamentadas na autonomia, no respeito, na reflexão crítica e no diálogo. A opção metodológica, portanto, foi orientada pela necessidade de se capacitar os trabalhadores em saúde a partir de uma prática educativa crítica, pois só será possível rever as relações com os usuários se a relação da instituição com os trabalhadores em saúde estiver sedimentada em outros referenciais que não reproduziam uma prática centrada na imposição de conteúdos e na verticalização das relações.

Pensando em como retratar a participação da equipe da EEV/CGVS, optei por expor os bastidores desse processo.

O trabalho iniciou bem antes dos contatos com as equipes locais. Fizemos várias reuniões internas para discutir como se desencadearia o processo e com a gerência distrital para a escolha dos serviços básicos de saúde que fariam parte da capacitação.

Ao iniciarmos o trabalho, acreditávamos que ele seria o primeiro momento de um processo que teria uma abrangência muito maior. No entanto, iniciamos na unidade do PSF e logo nos primeiros encontros começaram a aparecer todas as dificuldades relatadas no capítulo 4. Em vários momentos pensamos em desistir da capacitação. Eu, enquanto pesquisadora, tinha claro que para a elaboração da tese, o trabalho no PSF não precisaria ser concluído, pois já havia material suficiente para a análise. No entanto, enquanto trabalhadora da saúde, achava inadmissível encerrar o trabalho em função de uma dificuldade inicial, pois não acreditava que essa perdurasse durante todo o desenvolvimento do trabalho.

Passados alguns meses do final da capacitação realizada nos dois serviços, solicitei que as colegas da EEV/CGVS que participaram do processo, respondessem a duas perguntas sobre a participação no trabalho e a percepção sobre ele.

A enfermeira, que foi a pessoa que dividiu comigo toda a responsabilidade pela capacitação, considerou que responder às perguntas não era fácil.

Foi um processo muito rico que possibilitou a reflexão sobre a nossa própria prática enquanto trabalhadores de saúde e enquanto gerentes de programas de vigilância. Permitiu refletirmos sobre os recursos pessoais e teóricos necessários para capacitar e supervisionar um trabalho em saúde que é realizado e entendido de forma tão diversa pelos trabalhadores.

Mencionou momentos muito complicados durante o processo, pois não acreditava ser possível trabalhar “contra o desejo da equipe de saúde e da própria gerência distrital” e salientou a dificuldade em discutir com uma equipe que não queria refletir sobre os seus problemas nem avaliar sua prática.

Por outro lado, ressaltou a capacitação na UBS e a qualidade dos encontros, pois a equipe se propôs a reorganizar sua prática e a pensar na promoção da saúde a partir da própria situação vivenciada. Apontou as dificuldades em se trabalhar com novos referenciais teóricos, pautados no diálogo e na análise crítica da realidade, conforme evidencia a fala abaixo.

Essa proposta exige do trabalhador de saúde um novo posicionamento, uma articulação de saberes para a qual muitas vezes não nos sentimos preparados, gerando muita insegurança em relação ao novo. Falta aos trabalhadores sustentação teórica e política para esse trabalho. Contudo, pensar saúde dessa forma é um caminho sem volta, pois não é possível articular diferentes saberes e mudanças sem conflitos. Essa capacitação nos permitiu vivenciar isso de diferentes formas (enfermeira).

Apontou a necessidade de envolver os gestores locais e distritais e a assessoria de planejamento da SMS, “pois toda e qualquer discussão sobre modelo de atenção à saúde deve envolver o nível gerencial”. Por último, sugeriu que a capacitação deveria iniciar pelo nível central e gerências distritais, que discutiriam sistematicamente com as equipes. Propôs organizar momentos teóricos que envolvessem supervisores, gerentes e trabalhadores da saúde, que possibilitassem a troca de experiências entre as equipes.

A nutricionista esteve presente somente na capacitação da UBS e na sua fala lamentou não ter participado do processo desde o seu início. Disse que foi uma experiência nova de trabalho e que não conhecia suficientemente a proposta de trabalho. Mesmo assim, relatou ter se sentido uma pessoa privilegiada em participar dos encontros da UBS, “pois cada um deles era uma verdadeira aula”.

Afirmou ter observado que as pessoas a cada encontro pareciam estar mais empolgadas com o trabalho e algumas delas muito interessadas nas discussões teóricas. Isso possibilitou que refletissem sobre esse conteúdo e entender melhor como as equipes locais trabalham e quais as dificuldades que enfrentam.

Concluindo, para nós que trabalhamos em vigilância da saúde, é muito importante termos algo que nos dê subsídios para trabalhar com a população e o que considero mais importante, é quando o trabalho é desenvolvido em equipe, pois assim conseguimos melhor e de forma mais ampla alcançar nossos objetivos (nutricionista).

Apesar de ter achado o trabalho muito bom, com princípios teóricos muito bem definidos, acreditava ser muito difícil estender essa proposta a toda a rede básica de serviços de saúde devido à sua complexidade. Além disso, apontou como fundamental essa proposta ser politicamente aceita pela SMS.

Nesse momento de conclusão da tese, somente uma das estagiárias que acompanharam o processo ainda estava fazendo parte da EEV/CGVS. Não houve condições para contatar com as demais, pois já haviam se formado e algumas até mesmo residiam em outro estado. A reflexão desta participante foi importante, pois mostrou a relevância de sua participação no processo. Essa estagiária também participou somente da capacitação da UBS, pois havíamos dividido o grupo de estagiárias, ficando uma dupla em cada serviço.

A estagiária salientou que o processo do qual participou foi muito importante para sua formação profissional, pois pode conhecer melhor o funcionamento de uma unidade de saúde e escutar relatos sobre as relações de trabalho entre profissionais e seus pacientes. Via a capacitação como uma estratégia potencializadora do trabalho da equipe, na medida em que todos puderam manifestar seus medos e seus desconfortos, mas também exigiu do grupo maturidade para ouvirem críticas e discutirem divergências.

Para mim, um dos pontos fundamentais foi a oportunidade de conversar sobre um outro olhar em vigilância da saúde e esclarecer para os profissionais a importância da proximidade da equipe com a população, do quanto é imprescindível conhecer o território onde trabalham para criarem ações coerentes com a realidade (estagiária de psicologia).

Por último, considerava importante que um trabalho desta natureza tivesse continuidade, tornando-se rotina nas unidades de saúde. Também, não considerava possível que esse processo fosse desenvolvido por uma equipe, mas apontou a possibilidade de alguém da unidade responsabilizar-se pelas reuniões ou um setor da SMS assumir a proposta.

Uma das questões levantadas por essas participantes diz respeito ao fato de que essa proposta de capacitação não é possível de ser desencadeada por um grupo pequeno de pessoas, pois demanda tempo e muito estudo. É necessário investimento na qualificação de pessoas que possam reproduzir esse trabalho em cada serviço de saúde.

Encarei o processo da unidade do PSF como desafio e embora não tivesse vontade de retornar àquele local onde me achava mal tratada, defendi junto a minha equipe que não deveríamos encerrar o trabalho devido à dificuldade inicial. Insistimos durante todo o tempo que a gerência distrital deveria ouvir a equipe e se comprometer com o que estava acontecendo no local. Nos colocamos como parceiras de trabalho e nos propusemos a ajudá-los a encontrar uma solução aos problemas enfrentados pela equipe local. No entanto, estávamos vivendo em um período no qual o que mais importava para as pessoas que exerciam cargos gerenciais eram as eleições municipais. Todo o resto ficava em segundo plano, pois o futuro deles dependia das eleições. Assim, foram muito pouco receptivos à nossa demanda e acabaram por propor o encerramento das atividades da forma mais tradicional: a transmissão dos conteúdos de vigilância da saúde da criança.

Acreditava que tínhamos um papel importante naquela equipe do PSF, pois a nossa presença acabou por desencadear um olhar para os problemas que estavam sendo vivenciados há muito tempo. Foi muito difícil terminarmos a capacitação do PSF, pois a animosidade e o desrespeito com que éramos tratadas, não só pela equipe local, mas pela gerência distrital, desencadeava no nosso grupo somente um desejo: não voltar mais àquele local de trabalho. Vencemos esse obstáculo com muita discussão interna e apoio de nossa coordenadora e conseguimos chegar ao final da capacitação do PSF. No entanto, apesar de continuar acreditando que o trabalho foi importante para aquele grupo, não me senti satisfeita com a forma como ele se desenvolveu e terminou. Nossa opção foi a de respeitar o desejo da GD e da equipe local e de expor os conteúdos solicitados de forma tradicional, pois sequer era

possível realizarmos sua articulação com a prática cotidiana do serviço. Tenho dúvidas de que esse conteúdo tenha sido apreendido e, muito menos, de que tenha possibilitado uma transformação no processo de trabalho da equipe.

Se fosse recomeçar esse trabalho hoje, modificaria alguns aspectos. Evitaria começar pela identificação das dificuldades, pois para algumas equipes isso pode parecer ameaçador. Talvez fosse mais adequado discutir conhecimentos e atitudes necessárias ao trabalhador em saúde e a partir daí abordar as dificuldades de trabalho. Mesmo assim, o modo de começar uma capacitação é sempre relativo, pois o que parece ser adequado para um grupo, pode não sê-lo para o outro. O que aconteceu nos dois serviços escolhidos evidencia isso: enquanto a equipe da unidade do PSF sentiu-se ameaçada por nós, a equipe da UBS se sentiu acolhida e nos viu como aliadas e facilitadoras do seu trabalho cotidiano.

O período em que esse processo foi desenvolvido não foi o mais apropriado, pois estávamos em plena campanha eleitoral, o que gerava muita insegurança e incerteza para as equipes e, em especial, para as coordenações. Embora não houvesse alternativa cronológica (o trabalho ocorria naquele momento ou não teria acontecido), penso que o período pré-eleitoral dificultou bastante o processo, pois a continuidade do trabalho e o planejamento das atividades para o ano seguinte dependiam do novo governo.

Refleti sobre essas considerações e sobre a minha perspectiva inicial, que era de desenvolver processos como esse em todos os serviços básicos de saúde de Porto Alegre. Hoje, entendo que um trabalho dessa natureza demanda tempo e disponibilidade. É inviável ser realizada em grande escala, a menos que tenham pessoas qualificadas para reproduzirem a proposta em âmbito local e responsabilizar-se pelo processo.

Um ano após o término das atividades, discuti a capacitação com uma colega de trabalho. Propus que, a partir do estudo sobre a análise elaborada nesta tese, organizássemos um material educativo para ser utilizado em capacitações em serviço.

Em abril do corrente ano, construímos um material didático que podia ser manipulado pelas pessoas. Ele foi organizado da seguinte forma: tinha um tablado, onde ficavam identificados o serviço de saúde, o nível central, a cidade e a população e bonecos de papel (homens e mulheres), que representariam os vários membros da equipe. Esse material seria utilizado para desencadear a discussão sobre o processo de trabalho de um serviço de saúde e poderia atender a diversos objetivos. Recebi uma contribuição extremamente significativa dessa colega, responsável pela construção de todo o material gráfico. Ela me ajudou a pensar sobre o trabalho e criou comigo o material que foi utilizado no seminário.

Decidimos realizar uma experiência piloto na Equipe de Eventos Vitais (EEV/CGVS) e organizamos as perguntas descritas abaixo para nortear o processo de discussão:

- a) Qual a história dessa equipe?
- b) Como funciona a equipe?
- c) O que existe em comum entre os trabalhos realizados por essa equipe?
- d) Qual a interface do meu trabalho com o trabalho do outro?
- e) O que eu esperava que acontecesse no meu cotidiano de trabalho e não acontece?
- f) O que a rotina nos impede de fazer?
- g) O que desejo que seja diferente?

O grupo, composto por aproximadamente 20 funcionários, era incentivado a responder cada uma das questões. Na medida da manifestação das respostas, os participantes colocavam os personagens no tabuleiro. Essa técnica tinha como objetivo que as pessoas pudessem experimentar um certo distanciamento das situações, o que poderia facilitar a expressão.

Considero que a utilização dessa técnica permitiu que toda a equipe da EEV/CGVS pudesse participar de algo que foi planejado a partir da análise da capacitação, investigada nesta tese.

Realizamos, também, um seminário interno da EEV/CGVS, do qual participaram esses funcionários da equipe, além de alguns estagiários. Ao final, foi solicitado que cada participante o avaliasse, colocando sua apreciação por escrito numa caixa e sugerindo os passos seguintes. Embora apenas cinco funcionários tenham se manifestado, no geral, os comentários foram bastante positivos, as falas apontaram para a necessidade de realizar mais encontros, prazerosos e divertidos, para discutir o trabalho.

Realizar essa capacitação foi para mim fundamental, pois criou condições para que eu pudesse rever princípios e colocá-los em prática. Durante o processo, tive muitas dúvidas em relação ao seu desenvolvimento e sua continuidade. Para decidir os rumos do trabalho, recorri a vários autores que me ajudaram a encontrar caminhos coerentes com o referencial teórico e metodológico. Dentre eles, destaco Vicent Valla, Eymard Vasconcelos, Paulo Freire e Carlos Rodrigues Brandão.

Além de todo o aprendizado que o desenvolvimento desta tese possibilitou-me, ainda tive o prazer de utilizar seus resultados no seminário interno para a equipe que coordeno atualmente. Com a mudança de governo, nas eleições de 2004, minha antiga coordenadora assumiu a gerência da CGVS e fui designada para coordenar a EEV.



Portinari, *Pessoas*

7 REFLEXÕES FINAIS

A pesquisa que constitui esta tese problematiza uma proposta de capacitação de trabalhadores da saúde, em serviço, a qual se configura como ação educativa baseada em princípios da educação popular que privilegiam o respeito, a autonomia, a escuta e a reflexão crítica.

A educação popular no trabalho em saúde torna imperiosa a necessidade de olhar o outro a partir de sua perspectiva, uma vez que a lógica que rege a maneira de viver a vida das classes populares pode ser diferente daquela que os trabalhadores da saúde estão acostumados a vivenciar. A vigilância e a promoção da saúde possibilitaram repensar o processo de trabalho em saúde e o próprio SUS, pois enquanto as equipes de saúde estiverem atuando a partir da ótica da doença, os princípios do SUS não serão viabilizados.

A opção pelo método de pesquisa-ação foi crucial para o desenvolvimento da capacitação, pois penso que somente quando as práticas educativas privilegiarem espaços participativos e reflexivos serão criadas possibilidades de transformar o cotidiano de trabalho.

Para pensar a capacitação desses trabalhadores, apoiei-me, teoricamente, em autores como Arroio (2002), Freire (2001), Brandão (1995), de modo especial no que concerne ao diálogo entre sujeitos; a humanização; o trabalho com a totalidade das dimensões do sujeito e a busca de matrizes pedagógicas apropriadas à formação desses sujeitos. Eles afirmam a idéia de que toda a educação deve estar voltada para tornar os seres humanos mais humanos. Tarefa que não é fácil, mas um desafio constante, pois se depara com entraves que vão da aceitação dos sujeitos envolvidos até o apoio institucional para o desenvolvimento do trabalho.

Em geral, os trabalhadores da saúde são tratados pelas instituições como simples mão de obra, como seres alienados e autômatos. Contudo, se aceitarmos o pressuposto que o Ministério da Saúde propõe de que esses trabalhadores relacionem-se com o povo a partir dos

princípios da educação popular (FREIRE, 1980; FREIRE, 1987; FREIRE, 1999a; FREIRE, 2000; FREIRE, FAUNDEZ, 2002) e da educação popular em saúde (VASCONCELOS, 2001; VASCONCELOS, 2001a) é imprescindível que esses princípios sejam orientadores das propostas de qualificação dos trabalhadores em saúde.

Atuar nessa perspectiva requer um esforço muito grande, pois exige do educador uma postura de amor para com os outros, o que significa, no mínimo, um grande aprendizado. Ao refletir sobre o amor, Hunter (2004) explica que é algo que fazemos para os outros, mais do que sentirmos, envolve o modo como nos comportamos em relação às pessoas. Suponho que resgatar a humanidade perdida, como foi proposto por Arroio (2002), seja um exercício e uma expressão desse amor, que deve procurar transformar nossa relação com o mundo e com as pessoas, concentrando esforços para a construção de uma vida mais fraterna, solidária e amorosa.

O trabalho em saúde requer habilidades, atitudes e conhecimentos que devem ser construídos ao longo da trajetória profissional de cada trabalhador e incentivados pelo gestor como forma de qualificar o processo de trabalho. No entanto, muito pouco tem sido investido em valorização profissional e na ressignificação do trabalho. Ainda hoje, predomina o trabalho alienado, planejado de cima para baixo, sem levar em consideração as realidades locais e sem envolver quem o executa.

Os gestores da saúde, em geral, priorizam o enfoque da doença em detrimento de seus determinantes e da organização de ações que visem a promoção da saúde da população e a proteção da vida. Isso não pode ser feito sem a participação ativa dos trabalhadores da saúde e da população.

Em decorrência, o objetivo desta tese foi o de investigar como se constrói e se processa uma capacitação quando essa se configura como uma ação educativa baseada nos princípios da educação popular, que privilegiam o respeito, a autonomia, a escuta e a reflexão crítica. Foi pensado como forma de criar condições para que os trabalhadores em saúde vivenciassem uma relação educativa no seu cotidiano que pudesse ser utilizada em sua relação com os usuários dos serviços de saúde.

Considero que ao longo do processo da pesquisa, esse objetivo foi sendo alcançado, desde os contatos com a gerência distrital, a compreensão das percepções e sentimentos dos membros das equipes em relação ao trabalho em cada unidade até o desenvolvimento da capacitação e a realização do seminário interno da EEV/CGVS.

O desenvolvimento de uma capacitação em serviço baseada em princípios da educação popular que privilegiavam o respeito, a autonomia, a escuta e a reflexão crítica, gerou dificuldades durante o processo, pois respeitar o desejo de cada um e o do grupo, escutar as falas das pessoas e respeitar sua autonomia é um aprendizado que necessita de tempo. Em muitas situações, em função da preocupação em respeitar os momentos de cada equipe e o desejo que expressavam em relação ao desenvolvimento da capacitação, foi necessário rever o que havia sido planejado inicialmente e encaminhar o trabalho conforme o desejo de cada equipe.

Desencadear a reflexão sobre os problemas e necessidades da equipe de saúde é uma tarefa complexa, pois além das dificuldades inerentes a esse processo, necessita de vontade política do gestor municipal de modificar a prática em saúde. Além disso, é importante realizar uma análise crítica sobre a relação da equipe entre si e com a população, a conjuntura política e local e as condições em que vivem os usuários dos serviços de saúde.

Apesar de todas as dificuldades vivenciadas durante o processo de capacitação, que demonstraram o quanto é desafiador desenvolver uma ação educativa que supere as formas tradicionais, que propõe a participação ativa das pessoas e a reflexão do cotidiano para o desencadeamento de transformações, considero que realizamos um trabalho significativo que pode afetar a relação dos trabalhadores da saúde com os usuários dos serviços.

Concordo com Vasconcelos (2002) sobre a potencialidade da pesquisa-ação, pois ela pode ser utilizada como um importante instrumento de reorientação da prática em saúde, uma vez que opera a partir da produção de conhecimentos sobre a inter-relação entre os diversos atores envolvidos em uma prática social. A pesquisa-ação possibilita novos instrumentos de intervenção, nos quais a abordagem coletiva e a participação ativa são priorizadas. Ao reorientar as estratégias de formação profissional, o educador popular discute as dificuldades do grupo, buscando estudar, traduzir e explicitar os interesses, razões e significados que estão explícitos nas manifestações dos participantes, incentiva o processo participativo, a escuta do outro e a melhoria das práticas vivenciadas pelo grupo (SERRANO, 1990). No entanto, essa não é uma tarefa fácil de ser realizada, pois necessita de uma leitura crítica sobre a presença dos seres humanos no mundo (FREIRE, 1999; FREIRE, 2001).

O processo desencadeado na unidade do PSF provocou muita angústia em todos os que vivenciaram o desenvolvimento do trabalho. Trouxe à tona as dificuldades de relacionamento da equipe, em especial com a população, o que a fez responder a todos os convites da capacitação de forma bastante agressiva.

Em certos momentos, experimentamos o desejo de não retornar e continuar o trabalho da unidade do PSF, tendo em vista que nos sentíamos maltratados pela equipe local. Além disso, não havia incentivos para continuar uma vez que nos parecia que nada mobilizava aquela equipe a refletir sobre aspectos apontados nas discussões em grupo. No entanto, apesar de extremamente difícil, acreditamos que o trabalho possibilitou à equipe local olhar para suas dificuldades e à gerência distrital comprometer-se com os problemas que a equipe estava enfrentando.

A articulação do conteúdo teórico com a prática não pode ser construída como havia sido previsto, pois a equipe recusou a discussão sobre seu processo de trabalho e suas dificuldades, e não entendeu que essas discussões poderiam qualificar a reflexão teórica. Contudo, compreendo que a prática dos trabalhadores dessa unidade estava associada ao contexto de sua atuação: mudança de coordenação no início da capacitação, o que dificultou o entendimento da atividade, e campanha eleitoral para o governo municipal, que provocou muita instabilidade para as gerências local e distrital. Contudo, penso que o trabalho desenvolvido tenha desestabilizado a equipe, o que possibilitou que as pessoas olhassem para seus problemas, mesmo sem reconhecê-los explicitamente.

O processo desencadeado na UBS ocorreu em um contexto diferente, pois a coordenadora local havia solicitado o desenvolvimento da capacitação desde o momento em que a proposta foi apresentada em reunião da gerência distrital. Ela foi a principal incentivadora do trabalho em nível local, o que possibilitou que a equipe tivesse clareza e se sentisse motivada para participar da experiência, priorizando os encontros para discussão e conseguindo rever o processo de trabalho e qualificá-lo.

No trabalho em saúde, relacionam-se dois mundos bastante distintos: o dos trabalhadores da saúde e o dos usuários dos serviços. Os primeiros situam-se no campo da linguagem e do pensamento científicos, os segundos, no campo da linguagem e da cultura populares. A capacitação dos trabalhadores da saúde impõe o desafio de operar com a reflexão crítica sobre problemas que advém de mundos tão diferentes, cujas relações, em geral são truncadas, pois o movimento em direção à compreensão mútua depara-se com barreiras culturais.

Martins (1997) argumenta que há uma fronteira que separa os homens e os cenários. Essa é vista como o ponto limite de territórios que se redefinem constantemente e que são disputados de diferentes modos por diferentes grupos. Para ele, a fronteira é o lugar onde os homens e as mulheres se desencontram: na civilização, nas culturas e nas visões de mundo,

nas etnias e nas histórias de cada povo e de cada época. É nessa fronteira que o homem se defronta com as dificuldades do que é fazer história.

É possível que no trabalho em saúde, essa fronteira seja a que separa trabalhadores da saúde e usuários, pois essa separação é cultural, histórica e de classe social. Essa linha invisível que divide os dois mundos, na maioria das vezes impossibilita o diálogo e cria dificuldades práticas inestimáveis. Tivemos exemplos disso durante todo o processo de capacitação, em especial, da equipe da unidade do PSF, pois, em muitos momentos, algumas falas retrataram dificuldades de entender o outro, quer por ele ser diferente quer por ele não entender as orientações realizadas pela equipe.

Compartilho do entendimento de Valla (1998a) segundo o qual a dificuldade que os trabalhadores da saúde têm em compreender o que os membros das classes populares pensam e dizem está em acreditar que as pessoas pobres e humildes, moradoras da periferia, podem produzir conhecimentos e são capazes de organizar e sistematizar o pensamento sobre o mundo. Ao subestimar esses grupos, os trabalhadores da saúde não conseguem ouvir o que eles têm a dizer e muito menos entendem que os saberes da população são elaborados a partir de sua experiência de vida e, portanto, são extremamente úteis e necessários.

Como um modo de superar essa relação, Freire (2001) propõe que o diálogo crítico seja entendido como a chave que abre a possibilidade de ouvir e conversar com o outro. Ouvir o outro é um aprendizado fundamental. É fácil ouvirmos quem fala o que se quer ouvir, o grande desafio é permitir “que a voz daqueles que devem ser ouvidos emergja (p. 59)”. Pensar a qualificação do trabalhador da saúde, portanto, requer necessariamente, a coragem de rever relações e processos de trabalho, do envolvimento e participação ativa de todos os sujeitos.

Em suma, penso que o processo desencadeado a partir da proposta de capacitação apresenta várias facetas e produziu contribuições importantes para as equipes envolvidas com o trabalho: a unidade do PSF; a UBS e a EEV/CGVS. Em cada uma dessas equipes, a experiência e o significado do processo vivido foi distinto. Na unidade do PSF, possibilitou que os problemas vivenciados no cotidiano de trabalho pudessem ser visualizados pelas gerências local, distrital e pela própria equipe local. Na UBS, propiciou a reflexão sobre o trabalho, suas dificuldades e sua organização; sobre o modelo de atenção da vigilância da saúde e a viabilização da implantação do Programa Pra-Nenê. Subsidiou a equipe local a reorganização do processo de trabalho e o planejamento das atividades a serem executadas no ano seguinte. Quanto à EEV/CGVS, criou condições para que a equipe pudesse repensar a capacitação em serviço, uma vez que, em virtude do tempo dispendido para o processo, torna-se inviável seu desenvolvimento da forma como foi proposto em todos os serviços básicos de

Porto Alegre, que são aproximadamente 150. Além disso, a partir da reflexão sobre as análises elaboradas nesta tese, permitiu construir uma técnica capaz de ser utilizada por outras equipes de saúde, a qual estimula a discussão do grupo sobre seu trabalho de forma lúdica e prazerosa.

As reflexões sobre as análises construídas na sistematização desta pesquisa corroboraram a tese de que uma capacitação em serviço para trabalhadores em saúde, no âmbito de uma Secretaria Municipal de Saúde, baseada em princípios da Educação Popular, somente atingirá seus objetivos sob determinadas condições:

- a) a pesquisa-ação, quando realizada dentro de uma instituição pública, requer da vontade política do gestor e dos coordenadores locais e o comprometimento de todos os participantes com os processos de mudança. Quando não há comprometimento do gestor local, as equipes têm maior dificuldade em entender a importância e o objetivo do trabalho, gerando dificuldades para o desenvolvimento de propostas participativas e transformadoras;
- b) o êxito de uma metodologia participativa, destinada a produzir ações transformadoras, requer o desejo de desencadear um processo reflexivo e crítico sobre a realidade vivida, a valorização da autonomia das equipes e o respeito pelo seu processo decisório.



REFERÊNCIAS

AERTS, D. et al. A História das Chances Perdidas. **ABRASCO**, 2000. (mimeo)

_____. As práticas de vigilância em Porto Alegre: a história da Coordenadoria geral de Vigilância da Saúde. **Revista Saúde em debate**. Rio de Janeiro, v 28, n 68, p 273-278, set/dez. 2004b.

_____. Promoção da Saúde: a convergência entre as propostas da vigilância da saúde e da escola cidadã. **Cadernos de Saúde Pública**. Rio de Janeiro, n. 20. v. 4, p. 1020-1028, jul./ago. 2004a.

_____. As práticas de vigilância em Porto Alegre: a história da Coordenadoria geral de Vigilância da Saúde. **Revista Saúde em Debate**. 2004b.

ALMEIDA, M.; FEUERWERKER, L. LLANOS, M. (org.) **A educação dos profissionais de saúde na América Latina: teoria e prática de um movimento de mudança**. São Paulo: Hucitec; Buenos Aires: Lugar Editorial; Londrina: UEL, 1999.

ALVES, G. O Cotidiano dos trabalhadores de saúde em uma unidade sanitária. **Dissertação de Mestrado**. Porto Alegre: Pontifícia Universidade Católica do Rio Grande do Sul, 1993. 183 p.

ALVES, R.; DIMENSTEIN, G. **Fomos maus alunos**. 2. ed. Campinas: Papirus, 2003.

ALVES, R. **Conversas sobre educação**. Campinas, SP: Verus, 2003.

AMÂNCIO, C. Educação Popular e Intervenção Comunitária: contribuições para a reflexão sobre empoderamento. Trabalho apresentado na **27ª ANPED**, 2004.

ANDER-EGG, E. **Repensando la Investigación-Acción-Participativa**: comentarios, críticas y sugerencias. México: El Ateneo, 1990.

ANDRADE, L. O. M.; CUNHA, I. C. H. B. Promoção da Saúde e Cidades/Municípios Saudáveis: propostas de articulação entre saúde e ambiente. In.: MINAYO, M. C. S; MIRANDA, A. C. **Saúde e ambiente sustentável**: estreitando nós. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2001.

ANDRÉ, M. E. D. A. **Etnografia da prática escolar**. Campinas: Papirus, 1995. 128 p.

ARROYO, M. As bases da educação popular em saúde. Educação Popular em Saúde. **Revista Radis**. n. 21. Rio de Janeiro: Fiocruz, nov/dez, 2001.

ARROYO, M. **Ofício de Mestre**: imagens e auto-imagens. Petrópolis: Vozes, 2001a. 251 p.

ASSMANN, H. **Reencantar a educação**: rumo à sociedade aprendente. Petrópolis, RJ: Vozes, 1998. 251 p.

BERBEL et al. **Metodologia da problematização**: experiências com questões de ensino superior. Londrina: UEL, 1998. 282 p.

BERTRAND, Y. Teorias Sociais. In: BERTRAND, Y. **Teorias Contemporâneas da Educação**. Lisboa: Instituto Piaget, 2001.

BLEJER, B.; ALMEIDA, M. Mudança organizacional e transformação social. In.: ALMEIDA, M. et al. **A educação dos profissionais de saúde na América Latina**. São Paulo: Hucitec; Buenos Aires: Lugar Editorial; Londrina: UEL, 1999.

BOFF et al. A mística do animador popular. **Cadernos de Religião e Cidadania**. São Paulo: Ática, 1996. 80 p.

BOTAZZO, C. **Unidade básica de saúde**: a porta do sistema revisitada. Bauru: EDUSC, 1999.

BRANDÃO, C. R. Refletir, discutir, propor: as dimensões de militância intelectual que há no educador. In.: BRANDÃO, C. R. **O educador**: vida e morte: escritos sobre uma espécie de perigo. 11. ed. Rio de Janeiro: Graal, 1982.

BRANDÃO, C. R. **Em campo aberto**: escritos sobre a educação e a cultura popular. São Paulo: Cortez, 1995. 229 p.

_____. A Educação Popular na Área da Saúde. In.: VASCONCELOS, E. M. **A saúde nas palavras e nos gestos**: reflexões da rede educação popular e saúde. São Paulo: Hucitec, 2001. p. 21-29.

_____. **A educação como cultura**. Campinas/SP: Mercado Aberto, 2002. 255 p.

_____. A educação da pessoa cidadã. In: BRANDÃO, C. R. **A educação popular na escola cidadã**. Petrópolis: Vozes, 2002a. cap. 1.

_____. **A canção das sete cores**: educando para a paz. São Paulo: Contexto, 2005. 220 p.

BRASIL. Presidência da República. Lei 6229/75. **Organização do Sistema Nacional de Saúde**, Brasília: Diário Oficial, 1975.

_____. **Conferência Nacional de Saúde. VIII**. Relatório Final. Brasília, março de 1986.

_____. **Constituição da República Federativa do Brasil**. Título VIII. Da Ordem Social. Cap. II. Seção II - Da Saúde. Brasil, 1988. p. 133 -134.

_____. Presidência da República. Lei 8080/90. **Lei Orgânica da Saúde**, Brasília: Diário Oficial, 1990.

_____. **Conferência Nacional de Saúde. X**. Relatório Final. Brasília, setembro de 1996.

_____. Saúde da Família: uma estratégia para a reorientação do modelo assistencial. **Secretaria de Assistência à Saúde**. Ministério da Saúde, 1997.

_____. **Conferência Nacional de Saúde. XI**. Relatório Final. Brasília, dezembro de 2000.

_____. A Promoção da Saúde no Contexto Escolar. **Informe Técnico-Administrativo. Projeto Promoção da Saúde**. Secretaria de Políticas de Saúde. Ministério da Saúde. Revista de Saúde Pública. Rio de Janeiro, p. 533 - 535. 2002.

_____. **Conferência Nacional de Saúde. XI**. Relatório Final. Brasília, dezembro de 2003.

BRASIL. Programa de Saúde da Família: ampliando a cobertura para consolidar a mudança no modelo de Atenção Básica. Informes Técnico-Institucionais. Ministério da Saúde. **Revista Brasileira de Saúde Materno Infantil**, v.3, n.1, jan./mar. 2003a.

_____. Políticas de Formação e Desenvolvimento para o SUS: caminhos para a educação permanente em saúde. **Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde**. Ministério da Saúde, 2003b.

_____. O Processo de Trabalho da Vigilância em Saúde. Programa de Formação de Agentes Locais de Vigilância em Saúde. **Ministério da Saúde**. Rio de Janeiro: Fundação Oswaldo Cruz, 2003c.

_____. **Conferência Nacional de Saúde. XII**. Relatório Final. Brasília, 2004.

BROMBERGER, S. M. A estratégia de saúde da família numa perspectiva ambiental para a promoção da saúde. **Boletim da Saúde**. Porto Alegre: Escola de Saúde Pública/RS. n. 2, p. 15-24, v. 17, jul./dez. 2003.

BUSS, P. Uma Introdução ao Conceito de promoção da Saúde. In.: CZERESNIA, D; FREITAS, C. M. (Org.). **Promoção da saúde: conceitos, reflexões, tendências**. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2003. cap. 1.

CAMPINAS. Projeto Paidéia de Saúde da Família. Colegiado de Gestão da SMS/Campinas. **Diretrizes para Atenção Básica à Saúde**. Campinas: SMS, 2001.

CAMPOS, G. W. S. **A saúde pública e a defesa da vida**. 2. ed. São Paulo: Hucitec, 1994.

_____. Vigilância Sanitária: Responsabilidade Pública na Proteção e Promoção da Saúde. **Conferência Nacional de Vigilância da Saúde**. Caderno de Textos, 2001.

_____. **Saúde Paidéia**. São Paulo: Hucitec, 2003. 185 p.

CAMPOS, G. W. S.; MERHY, E. E; NUNES, E. D. **Planejamento sem normas**. São Paulo: Hucitec, 1989. 134 p.

CARR, W; KEMMIS, S. **Teoría crítica de la enseñanza: la investigación-acción en la formación del profesorado**. Barcelona: Martínez Roca, 1988. 245 p.

CARVALHO, B. G; MARTIN, G. B; CORDONI JR, L. A Organização do Sistema de Saúde no Brasil. In.: ANDRADE, S. M; SOARES, D. A; CORDONI JR, L. **Bases da saúde coletiva**. Londrina: UEL e NESCO, 2001.

CHAVES, M; KISIL, M. Origens, concepção e desenvolvimento. In.: ALMEIDA, M. et al. **A educação dos profissionais de saúde na América Latina**. São Paulo: Hucitec, 1999.

CHAUI, M. O que é ser educador hoje? Da arte à ciência: a morte do educador. In.: BRANDÃO, C. R. **O educador: vida e morte: escritos sobre uma espécie de perigo**. Rio de Janeiro: Graal, 1982.

CHIESA, A. M; WESTPHAL, M. F. A sistematização de oficinas educativas problematizadoras no contexto dos serviços públicos de saúde. **Revista Saúde em Debate**, n. 46, mar. 1995.

_____; VERÍSSIMO, M. A Educação em Saúde na Prática do PSF. **Manual de Enfermagem. Ministério da Saúde/Universidade de São Paulo/IDS**. Disponível em: <http://ids-saude.uol.com.br/psf/enfermagem/tema1/texto7_1.asp>. Acesso em: 25 maio 2003.

COSTA, V. V. A. **Participação e interdisciplinaridade: movimentos de ruptura/ construção**. Porto Alegre: EDIPUCRS, 1996.140 p.

COSTA, S; TAGLIARI, M; MORETTO, E. Compassos e descompassos na trajetória do programa de Saúde da Família em município de médio porte do Rio Grande do Sul. **Boletim da Saúde**. Escola de Saúde Pública. Secretaria da Saúde do estado do Rio Grande do Sul. n. 2, v. 17, p.41-3, jul./dez 2003.

COSTA, M. F. **A Cor-Agem doPSF**. 2. ed. São Paulo: Hucitec, 2003a.

DALMASO, A. M. W; NEMES FILHO, A. **Promoção à saúde**. Disponível na Internet. 2002.

DATASUS. **População Residente no Rio Grande do Sul**. Disponível em: <<http://tabnet.datasus.gov.br/cgi/tabcgi.exe?ibge/cnv/popRS.def>>. Acesso em: 25 mar. 2006.

DIAS, C. A. Grupo Focal: técnica de coleta de dados em pesquisas qualitativas. **Revista Informação e Sociedade: estudos**, n. 2, v. 10, p. 141-158, jul./dez. 2000.

DUSSALT, G. Avaliação Preliminar das dimensões estratégicas do Programa UNI. In.: ALMEIDA, M et al. **A Educação dos profissionais de Saúde na América Latina**. São Paulo: Hucitec, 1999.

FEUERWERKER, L. C. M; DE SENA, R. A construção de novos modelos acadêmicos de atenção à saúde e de participação social. In.: ALMEIDA, M. et al. **A educação dos profissionais de Saúde na América Latina**. São Paulo: Hucitec; Buenos Aires: Lugar Editorial; Londrina: UEL, 1999.

FLEXNER, A. **Medical education in the united states and Canadá**. New York: The Carnegie Foundation for the Advancement of Teaching, 1910.

FLEURI, R. M. Educação e complexidade. In.: COSTA et al. **Educação popular hoje**. São Paulo: Loyola, 1998.

FLICK, U. Entrevistas e discussões tipo grupos de foco. In: FLICK, U. **Uma Introdução à pesquisa qualitativa**. 2. ed. Porto Alegre: Bookmean, 2004. cap. 10.

FLORES, O. A prática de saúde enquanto uma prática educativa. **Divisão Nacional de Saúde Pública**. Ministério da Saúde: Brasília, s/d (mimeo).

FOUCAULT, M. **A microfísica do poder**. 8. ed. Rio de Janeiro: Graal, 1989. 295 p.

FRACOLLI, L. A; BERTOLOZZI, M. R. **A abordagem do processo saúde-doença das famílias e do coletivo**. Ministério da Saúde/Universidade de São Paulo/IDS. Disponível em: <<http://www.ids-saude.org.br/enfermagem>>. Acesso em: 22 maio 2003.

FRANCO, T. B; BUENO, W. S; MARHY, E. E. O acolhimento e os procesos de trabalho em saúde. In. MERHY et al. **O trabalho em saúde: olhando e experienciando o SUS no cotidiano**. São Paulo: Hucitec, 2004.

FREIRE, P. **Educação como prática de liberdade**. 11. ed. Rio de Janeiro: Paz e Terra, 1980. 150 p.

_____. **Como trabalhar com o povo**. Mimeo, 1983.

_____. **Pedagogia do Oprimido**. 17. ed. Rio de Janeiro: Paz e terra, 1987. 184 p.

FREIRE, P. **A importância do ato de ler: em três artigos que se completam**. 38. ed. São Paulo: Cortez, 1999. 87 p.

FREIRE, A. M. (Org.) **A pedagogia dos sonhos possíveis**. São Paulo: UNESP, 2001.

FREITAS, C. M. A Vigilância da Saúde para a Promoção da Saúde. In: CZERESNIA, D; FREITAS, C. M. (Org.). **Promoção da saúde: conceitos, reflexões, tendências**. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2003. cap. 7.

GENTILE, M. **Promoção da Saúde**. Disponível em:
<<http://www.saude.gov.br/programas/promoc.htm>>. Acesso em: 25 abr. 2001.

_____. **Promoção da saúde e município saudável**. São Paulo: Vivere, 2001a.

GIRARDI, S. N. Flexibilização dos mercados de trabalho e escolha moral. **Divulgação em Saúde para Debate**. v. 14, p. 23-32, 1996.

GONSALVES, E. P. A difícil arte de olhar para si e para o outro: desafios contemporâneos da pesquisa em educação. Trabalho apresentado na **24ª ANPED**, 2001.

GONZÁLEZ, M. I. S. **Educación para la salud y participación comunitaria: una perspectiva metodológica**. Madrid: Diaz de Santos com Juan Bravo, 1990.

HABERMAS, J. **Comentários á ética do discurso**. Lisboa: Instituto Piaget, 1991. 218 p.

_____. **O discurso filosófico da modernidade**. Lisboa: D. Quixote, 1998.

HUNTER, J. C. **O monge e o executivo: uma história sobre a essência da liderança**. Rio de Janeiro: Sextante, 2004.

JUNQUEIRA, L. P. A gestão intersetorial das políticas sociais e o terceiro setor. **Saúde e Sociedade**. Faculdade de Saúde Pública e Associação Paulista de Saúde Pública: São Paulo. n.1, v. 13, p. 25-36, jan./abr. 2004.

KITZINGER, J. Grupos focais com usuários e profissionais da atenção à saúde. In: POPE, C; MAYS, N. **Pesquisa qualitativa na atenção à saúde**. 2. ed. Porto Alegre: Artmed, 2005. 118 p.

KUHN, T. **A estrutura das revoluções científicas**. 5. ed. São Paulo: Perspectiva, 1998. 257 p.

L'ABATTE, S. Educação e serviços de saúde: avaliando a capacitação dos profissionais. **Cadernos de Saúde Pública**. v. 15, supl. 2. Rio de Janeiro, 1999.

LEFÈVRE, F; LEFÈVRE, A. M. C; TEIXEIRA, J. J. V. **O Discurso do sujeito coletivo: um novo enfoque em pesquisa qualitativa (desdobramentos)**. Caxias do Sul: EDUCS, 2003.

_____. **O discurso do sujeito coletivo: uma nova abordagem metodológica em pesquisa qualitativa**. Caxias do Sul: EDUCS, 2000.

LEWIN, K. La investigación-acción y los problemas de las minorías. In.: SALAZAR, M. C. (Ed.). **La investigación-acción participativa: inicios y desarrollos**. Buenos Aires: Humanitas, 1991.

LEVY, F. M; MATOS, P. E. S; TOMITA, N. E. Programa de agentes comunitários de saúde: a percepção de usuários e trabalhadores da saúde. **Cadernos de Saúde Pública**. Rio de Janeiro, n. 1, v. 20, p. 197-203, jan./fev. 2004.

LIBÂNEO, J. C. **Didática**. 16. reimpressão. São Paulo: Cortez, 1994. 261 p.

MARTINEZ, A. G; CARRERAS, J. S; HARO, A. E. **Educación para la salud: la apuesta por la calidad de vida**. Madrid: Arán, 2000.

MARTINS, J. S. **Fronteira: a degradação do outro nos confins do humano**. São Paulo: Hicitec. Co-edição: Programa de Pós-Graduação. Departamento de Sociologia da Faculdade de Filosofia, Letras e Ciências Humanas da Universidade de São Paulo, 1997. 213 p.

MEDEIROS, M. Reconstrução prático-instrumental da análise de discurso à luz das idéias de Jürgen Habermas. **Plano de Ensino**. Porto Alegre: PUCRS, 2004.

MELO, J. A. C. Educação para a saúde. **Boletim Saúde**. Porto Alegre, 1981.v. 8 (mimeo).

MENDES, E. **Uma Agenda para a saúde**. São Paulo: Hucitec, 1996.

MENDONÇA, G. F. Educação em Saúde, um processo educativo. **Encontro Estadual de experiências de educação e saúde**. Porto Alegre, 1982 (mimeo).

MENEGOTO, V. L; POLLETO, D; KRAHL, M. O agente comunitário de saúde no desenvolvimento de seu trabalho. **Boletim de Saúde**. Porto Alegre: Escola de Saúde Pública/RS, n. 2, v. 17, p. 82-93, jul./dez, 2003.

MERCADANTE, O. A. Evolução das políticas e do Sistema de Saúde no Brasil. In. FINKELMAN, J. **Caminhos da Saúde Pública no Brasil**. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2002.

MENEGOLLA, V. L; POLLETO, D. S; KRAHL, M. O agente comunitário de saúde no desenvolvimento de seu trabalho. **Boletim de Saúde**. Escola de Saúde Pública. Secretaria da Saúde do Rio Grande do Sul, Porto Alegre, n. 2, v. 17, 2003.

MERHY, E. E. Em busca da qualidade dos serviços de saúde: os serviços de porta aberta para a saúde e o modelo tecno-assistencial em defesa da vida. In.: CECÍLIO, L. **Inventando a mudança na saúde**. São Paulo: Hucitec, 1994.

_____. Um dos grandes desafios para os gestores do SUS: apostar em novos modos de fabricar modelos de atenção. In.: MERHY et al. **O trabalho em saúde: olhando e experienciando o SUS no cotidiano**. 2. ed. São Paulo: Hucitec, 2004.

MINAYO, M. C. **Pesquisa Social: teoria, método e criatividade**. 19. ed. Petrópolis: Vozes, 2001. 80 p.

MORIN, E. **Os sete saberes necessários á educação do futuro**. São Paulo: Cortez, Brasília: UNESCO, 2000. 118 p.

MOSQUERA, J. A educação no Terceiro Milênio. **Educação**. Edição Especial: 60 anos do Curso de Pedagogia PUCRS. Ano XXVI, p. 43-58, Porto Alegre: EDIPUC, 2003.

OLIVEIRA, J. A; TEIXEIRA, S. F. **(Im) Previdência Social: 60 anos de história da Previdência no Brasil**. Petrópolis: Vozes em Co-edição com Associação Brasileira de Saúde Coletiva (ABRASCO), 1986. 360 p.

OMS. **Relatório Internacional sobre cuidados primários de saúde**. URSS:Alma-Ata, 6-12 set. 1978.

PAGÉS, M. et al. **O poder das organizações**. São Paulo: Atlas, 1990. 234 p.

PAIM, J. A Modelos de Atenção e Vigilância da Saúde. In.: ROUQUAYROL, M. Z; ALMEIDA FILHO, N. . **Epidemiologia & Saúde**. 4. ed. Rio de Janeiro: MEDSI, 1994.

PORTO ALEGRE. Secretaria Municipal de Saúde. **Versão Preliminar do Relatório Final da I Conferência Municipal de Vigilância da Saúde**. Porto Alegre: PMPA, 2001. 11 p.

_____. Secretaria Municipal de Saúde. **Acolhimento em Porto Alegre - um SUS de todos para todos**. Porto Alegre: PMPA, 2004. 82 p.

RADIS. Equipes e unidades de saúde mais perto do cidadão. Atenção Básica: o SUS que queremos começa bem aqui. **Revista RADIS: comunicação em saúde**. n. 34, p. 8-11, jun. 2005.

ROSA, M. S. Educação em Saúde nos serviços de saúde: falácia, realidade ou utopia? **Dissertação de Mestrado**. Faculdade de Educação. UFRGS: Porto Alegre, 1989.

SANTOS, B. R; SILVA, J; KETZER, S. Pesquisa-ação: do positivismo à ciência crítica. In.: ENGERS, M. E. A.(Org.) **Paradigmas e Metodologias de pesquisa em Educação**: notas para reflexão. Porto Alegre: EDIPUCRS, 1994.

SANTOS, B. **Introdução a uma Ciência Pós-Moderna**. Rio de Janeiro: Graal, 1989. 174 p.

_____. **Um Discurso sobre as Ciências**. 12. ed. Porto: Afrontamento, 2001. 59 p.

_____. **Semear outras soluções**: os caminhos da biodiversidade e dos conhecimentos rivais. Rio de Janeiro: Civilização Brasileira, 2005. 501 p.

SERRANO, M. G. P. **Investigacion-accion**: aplicaciones al campo social y educativo. Dykinson, 1990. 284 p.

SIEDLER et al. Humanização em ação: sensibilizando os profissionais para o processo de humanização. **Boletim de Saúde**. Escola de Saúde Pública. Secretaria da Saúde do Estado do Rio Grande do Sul. n. 2, v. 18, jul./dez.. 2004.

SILVA JUNIOR. A Modelos. **Tecnoassistenciais em Saúde**: o debate no campo da saúde coletiva. São Paulo: Hucitec, 1998. 144 p.

SILVA, T. T. **Teoria cultural e educação**: um vocabulário crítico. Belo Horizonte: Autêntica, 2000. 128 p.

SMEKE; OLIVEIRA. Educação em saúde e concepções de sujeito. In.: VASCONCELOS et al. **A saúde nas palavras e nos gestos: reflexões da rede de educação popular e saúde**. São Paulo: Hucitec, 2001.

SOBRAL. **Acolhimento**. Programa de Saúde da Família. Disponível em: <<http://www.saudedafamilia.hpg.ig.com.br/Acolhe%20r.htm>>. Acesso em: 15 abr. 2002.

SOUZA, M. F. **A Cor-Agem do PSF**. 2. ed. São Paulo: Hucitec, 2003.

SUBUTZKI, J.; CANETE, J. Cuidando do cuidador. **Boletim da Saúde**. Escola de Saúde Pública. Secretaria da Saúde do Estado do Rio Grande do Sul. n. 2, v. 18, jul./dez. 2004.

TEIXEIRA, C; PAIM, J; VILLAS BOAS, A. **SUS, modelos assistenciais e vigilância da saúde**. IESUS, VII (2), abr/jun, 1998.

_____. SUS, Modelos Assistenciais e Vigilância da Saúde. **Promoção e Vigilância da Saúde**. Salvador: Instituto de Saúde Coletiva, 2002.

_____. Promoção e vigilância da saúde no contexto da regionalização da assistência à saúde no SUS. **Caderno de Saúde Pública**. v. 18 supl. Rio de Janeiro, 2002a.

_____. (2002a) Promoção e Vigilância da Saúde no SUS: desafios e perspectivas. In: TEIXEIRA, CF; PAIM, JS; VILASBÔAS, A. SUS, Modelos Assistenciais e Vigilância da Saúde. **Promoção e Vigilância da Saúde**. Salvador: Instituto de Saúde Coletiva, 2002.

_____. Modelos de atenção voltados para a qualidade, efetividade, equidade e necessidades prioritárias de saúde. In.: TEIXEIRA, CF; PAIM, JS; VILASBÔAS, A. SUS, Modelos Assistenciais e Vigilância da Saúde. **Promoção e Vigilância da Saúde**. Salvador: Instituto de Saúde Coletiva, 2002. p. 79-99.

_____; PINTO, L. L; VILASBÔAS, A . L. **O Processo de Trabalho em Saúde**. Rio de Janeiro: Fundação Oswaldo Cruz, Escola politécnica de Saúde Joaquim Venâncio, 2003. 60 p.

THIOLLENT, M. Notas para o debate sobre pesquisa-ação. In.: BRANDÃO, C. R. et al. **Repensando a pesquisa participante**. São Paulo: Brasiliense, 1984.

UFRGS. Projeto Sexualidade e Reprodução. **Metodologia do Projeto**. Disponível em: <<http://www.ufrgs.br/nupacs/metodologia.htm>>. Acesso em: maio 2005.

VALLA, V. V; STOTZ, E. N. Participação popular e saúde. **Coleção Saúde & Educação**. Petrópolis: CDDDH/CEPEL, 1989.

_____. Apresentação. In:_____. **Participação, Educação e Saúde**. Teoria e Prática. Rio de Janeiro: Relume-Dumará, 1997.

_____. Sobre participação popular: uma questão de perspectiva. **Cadernos de Saúde Pública**. v. 14, sup. 2, Rio de Janeiro, 1998.

_____. Apoio Social e saúde: buscando compreender a fala das classes populares. In.: COSTA, M. V. et al. **Educação popular hoje**. São Paulo: Loyola, 1998a.

_____. (Org.) et al. **Saúde e Educação**. Rio de Janeiro: DP&A, 2000. 115 p.

VASCONCELOS, E. M. **Educação popular nos serviços de saúde**. 2. ed. São Paulo: Hucitec, 1991. 139 p.

_____. Educação Popular em Tempos de democracia e pós-modernidade: uma visão a partir do setor saúde. In. Costa et al. (org.) **Educação popular hoje**. São Paulo: Loyola, 1998.

_____. Educação Popular e pesquisa-ação como instrumentos de reorientação da prática médica. **Trabalho apresentado na 23ª ANPED**. Caxambu/Minas Gerais, 24 a 28 de set. 2000.

_____. **Educação popular e a atenção à saúde da família**. 2. ed. São Paulo: Sobral, 2001a. 336 p.

_____. (Org.). **A saúde nas palavras e nos gestos**: reflexões da rede educação popular e saúde. São Paulo: Hucitec, 2001. 281 p.

_____. Educação Popular e pesquisa-Ação como instrumentos de reorientação da prática médica. In.: GONSALVES (Org.). **Educação e grupos populares**: temas (re) correntes. Campinas, SP: Alínea, 2002.

_____. A Espiritualidade na Educação Popular em Saúde. Trabalho apresentado na **27ª ANPED**, 2004.

WEIL, P. **A arte de viver em paz**. São Paulo: Gente, 1993. 93 p.

WESTPHAL, M. F.; BÓGUS, C. M.; FARIA, M. M. Grupos Focais: experiências precursoras em programas educativos em saúde no Brasil. **Boletín de la Oficina Sanitaria Panamericana**. v. 120, p. 472-482, 1996.

WHO. Conferência Internacional sobre Promoção da Saúde. **Carta de Ottawa para a Promoção da Saúde**. Canadá, 1986.

WHO. Declaração de Adelaide. In.: Ministério da Saúde/FIOCRUZ. **Promoção da Saúde: Cartas de Ottawa, Adelaide, Sudsvall e Santa Fé de Bogotá**. Ministério da Saúde/IEC: Brasília, 1988. p. 19-30.

WHO. Declaração de Sundsvall. In.: Ministério da Saúde/FIOCRUZ. **Promoção da Saúde: Cartas de Ottawa, Adelaide, Sudsvall e Santa Fé de Bogotá**. Ministério da Saúde/IEC: Brasília, 1991. p. 31-40.

WHO. Declaração de Jacarta. In.: BUSS, P. M. **Promoção da Saúde Pública**. ENSP: Rio de Janeiro, 1997. 178 p. (mimeo).



Portinari, *Pessoas*

APÊNDICES

APÊNCIDE A - Mapa Individual - UBS

Entrevista: coordenadora
2004

TEMAS GERADORES	RUBRICAS	RUBRICAS	RUBRICAS
	O que eu gosto no trabalho	Dificuldades do trabalho	Vigilância da saúde
Relação com a comunidade	Gosto de estar com a comunidade, ver os problemas in loco	Problemas de relacionamento com a comunidade. Poucas pessoas da equipe gostam de trabalhar.	Botar o pé na lama. Entender como as pessoas vivem e porque elas adoecem. Ver como andam as coisas e manter o controle sobre as pessoas.
Relação com a equipe	Gosto de trabalhar com essa equipe, construímos o trabalho juntos desde a inauguração há mais ou menos um ano.	Problemas de relacionamento, mas a gente conversa e resolve. Os problemas com a comunidade serviram para unir a equipe.	
Infraestrutura		Central de marcação de consultas é muito ruim. Faltam medicamentos.	
Organização do trabalho	Dificuldade em mudar o modelo de atenção à saúde. A organização interna do serviço é sempre voltada para a consulta. Falta organização do trabalho. Os médicos são muito resistentes ao trabalho com a comunidade. Não se trabalha em cima de indicadores de saúde. Modelo de saúde hospitalocêntrico, assistencialista e centrado no médico.		

APÊNDICE B - Mapas coletivos

PSF
2004

Tema gerador	Rubrica
Relação da equipe com a comunidade	<p data-bbox="624 479 895 510">Dificuldades de trabalho</p> <p data-bbox="624 510 1407 757">A população tem baixo auto-estima, eles não conseguem enxergar que é possível viver bem sem muitas coisas, eles só querem tomar remédio e consultar o médico. Muitas mães tratam os filhos muito mal e esses um dia vão ser adultos agressivos. A gente já teve ameaça porque não quis dar remédio. Eu tenho medo de bala perdida e de alguém achar que eu não atendi direito e vir me agredir. A dona da garagem aqui do lado me avisou que estão planejando apedrejar o meu carro. Tem exceções, tem pessoas maravilhosas (médica).</p> <p data-bbox="624 757 1407 846">As pessoas que trabalham aqui não saíram por causa da população. Não tem nada a ver o que a doutora disse. A gente tenta passar tranquilidade para as pessoas da equipe (agente comunitário).</p> <p data-bbox="624 846 1123 878">Eu tenho medo de trabalhar aqui (enfermeira).</p> <p data-bbox="624 878 1362 909">Eu acho que a doutora tem medo porque ela é um peixe fora d'água.</p> <p data-bbox="624 909 1407 999">Essa semana atendemos um cara fugitivo. Passamos ele na frente para fazer o curativo. Achamos ele bem legal, ele estava armada, mas estava tranqüilo (agente comunitário).</p> <p data-bbox="624 999 1407 1066">Eles são acomodados, a nossa população foi muito judiada e explorada. Prometeram coisas e não cumpriram (agente comunitária).</p> <p data-bbox="624 1066 1407 1133">Não precisa acontecer alguma coisa para ter sofrimento, a agressividade da população já chega (auxiliar de enfermagem).</p> <p data-bbox="624 1133 1407 1245">A relação com a comunidade piorou muito desde que o outro médico saiu, pois a equipe não consegue atender toda a demanda da população, nem dar receita azul. Até isso leva em torno de dois dias para a doutora fazer (agente comunitário).</p> <p data-bbox="624 1245 1407 1312">Alguns usuários disseram que matariam a médica e botariam fogo no posto (auxiliar de enfermagem).</p> <p data-bbox="624 1312 1407 1469">A população sabe quais são os trabalhadores que se sentem intimidados por ela, diante de sua agressividade, por isso as agressões continuam a serem feitas. A equipe se deixou intimidar pela população. Ela tem que deixar claro para a população como se dá uma relação de respeito (agente comunitário).</p> <p data-bbox="624 1469 1407 1536">O presidente da associação não empresta mais o salão para a equipe fazer grupo (enfermeira),</p> <p data-bbox="624 1536 1407 1637">É preciso adequar a linguagem para falar com a população. Muitos técnicos falam uma linguagem que a população não entendem. Eles acabam pedindo para a gente explicar o que aquilo significa (agente comunitário).</p>

APÊNDICE C - Instrumento de Análise de Discurso I

Instrumento de Análise de Discurso 1 – IAD 1

PSF

Questão analisada: Tu gostas do que tu fazes no teu trabalho?

Importante: a diferença entre a idéia central e a ancoragem, é que a ancoragem remete tanto ao sentido mais direto quanto à teoria ou ideologia.

EXPRESSÕES-CHAVES	IDÉIAS CENTRAIS	ANCORAGEM
1) Aline - enfermeira/coord. Gosto de ser enfermeira Não gosto da coordenação, a gente não ganha um tostão a mais. Pedi afastamento, to pedindo remanejo, apesar de eu me dar bem com o pessoal e eles me respeitarem. Gosto muito da equipe, mas é muito desgastante.	1) Gosta de ser enfermeira - A 2) Gosta da equipe, se sente respeitada por ela - B	Apesar de gostar do trabalho na equipe, não quer ser coordenação, pois acha o trabalho muito desgastante. Está pedindo para sair daquele PSF. B
2) Graciele – enfermeira Gosto da consulta de enfermagem, dos programas de vigilância e de trabalhar com grupos	1) Gosta de trabalhar como enfermeira - A 2) Gosta de trabalhar com atividades de grupo e com os programas de vigilância. - C	Apesar de gostar de trabalhar com grupos, acha muito difícil, pois a população não é interessada. C
3) Joseane – estagiária Gosta de trabalhar com papéis Gosta da equipe, é importante a experiência de trabalhar com pessoas	1) Gosta do trabalho A	Gosta do trabalho e da equipe. Mas diz que é importante pensar antes de falar para não arranjar confusão A
4) Claudia – médica Gosta de atender, é interessante e cansativo, mas é o que gosta de fazer, pois tem a oportunidade de ajudar as pessoas Gosta da equipe	1) Gosta do trabalho de atender o público - A 2) Gosta da equipe B	Gosta do trabalho, apesar de achar estressante, pois tem a oportunidade de ajudar as pessoas - A
5) Alessandra – auxiliar de enfermagem Gosta da equipe, tem alguns problemas profissionais, mas são resolvidos Gosta da hora de ir embora e sair viva, pois tem medo de ser agredida pela população	1) Gosta da equipe B	Gosta da equipe B
6) Claudia – auxiliar de enfermagem Gosta do convívio com as pessoas, com a população. Gosta de ajudar os outros O que mais gosta é de trabalhar no acolhimento	1) Gosta do trabalho com a população A	Gosta do trabalho com a população, assim lhe agrada trabalhar no acolhimento A

7)	1) O trabalho é organizado, é novo - D	O trabalho é bom pois o posto é novo e as coisas são bem organizadas D
3) Márcia – dentista Gosto muito da prevenção que é feita durante as consultas.	1) Gosta de trabalhar com prevenção individual - C	Gosta de trabalhar com prevenção individual C
4) Denise – auxiliar Gosto de trabalhar no acolhimento, ouvir a queixa, o problema. A gente costuma banalizar a queixa da mãe, mas é importante ouvi-la para entender o que ela está querendo. Quando tu senta, bota a mão, toca a pessoa, faz diferença. Não dói tocar as pessoas, sujeira não pega. Muitas vezes o toque vira um mar de lágrimas. Eu beijo e abraço o paciente, isso é tão bom! No outro dia, eles vêm mais bonitos. Quando eu ingressei no serviço público, tinha cultura de que o povo era relaxado. Eu mudei isso ao longo do tempo. Gosto do contato afetivo, de ver quando o paciente melhora, ouvir os paciente dizerem que foi bom estar contigo. Isso aqui é ótimo, é bom de trabalhar, a coordenação é ótima, a gente fica além do horário.	1) Gosta de trabalhar com a comunidade B 2) É importante ouvir as pessoas, tocar nelas. Isso faz a diferença. F 3) A cultura do serviço público é de que as pessoas são relaxadas, sujas. G 4) A coordenação é boa. H	1) Ouvir as pessoas faz diferença na forma como elas se relacionam contigo. F 2) A cultura do serviço público é de que as pessoas são relaxadas, sujas. G
5) Carolina – auxiliar Gosto de cuidar do paciente, da relação com ele. Gosto de conhecer com quem estou trabalhando, ajudar a solucionar os problemas que estão ao nosso alcance. Gosto do convívio com o público, gosto de aprender sobre a doença.	1) É bom trabalhar com as pessoas e resolver os problemas. - B 2) É bom aprender sobre as doenças. I	É bom trabalhar com as pessoas e resolver os problemas. - B
6) Rosane – auxiliar Gosto de atender bem as pessoas. Fazer bem feito o meu trabalho. Atender bem todo mundo. Algumas pessoas atendem bem o rico e mal o pobre. Não acho certo. Acho que oposto tem que estar sempre em atividade, não tem que ficar parado. Eu raramente falto o meu serviço. Eu tento fazer o melhor de prevenção, é para isso que o posto serve. Eu trato as pessoas com carinho, acho que elas tem que ser tratadas assim, é como eu gosto de ser tratada. Gosto de conversar com as pessoas. Elas se abrem comigo, eu me ponho no lugar delas.	1) É bom atender as pessoas, tratá-las com carinho, conversar com elas. B	É bom trabalhar com as pessoas e resolver os problemas. - B
7) Letícia – auxiliar Gosto do contato com o paciente, do trabalho que eu faço. Sinto falta de trabalhar no hospital, mas gosto daqui. Gosto de ir na casa das pessoas, do relacionamento com os colegas.	1) É bom trabalhar com as pessoas e resolver os problemas. - B	É bom trabalhar com as pessoas e resolver os problemas. - B
2) Rosalina – auxiliar	1) É bom trabalhar com as	É bom trabalhar com as pessoas

Gosto do contato direto com as pessoas, de trabalhar com crianças. Também sou pedagoga e gosto muito dessa área de relacionamento. Gosto do atendimento ao público e do relacionamento com a equipe.	pessoas e resolver os problemas. - B	e resolver os problemas. - B
2) Prates – administrativo Gosto do contato com o público, gosto de buscar a solução dos problemas junto com as pessoas.	1) É bom trabalhar com as pessoas e resolver os problemas. - B	É bom trabalhar com as pessoas e resolver os problemas. - B

APÊNDICE D - Instrumento de Análise de Discurso II

Instrumento de Análise de Discurso 1 – IAD 1

UBS

Questão analisada: Tu gostas do que tu fazes no teu trabalho?

Importante: para construir o DSC é importante discursar sobre as expressões-chaves. O DSC deve ser seqüencial. Deve-se utilizar todo o material das expressões-chaves.

EXPRESSÕES-CHAVES	DISCURSO DO SUJEITO COLETIVO - DSC
<p>2) Sibeles enfermeira/coord. Gosto da equipe, de estar na comunidade, de descascar pepinos. O trabalho daqui cansa, mas eu gosto de estar com as pessoas, de ver os problemas “in loco”.</p>	<p>É muito bom trabalhar aqui. A US é muito organizada, é tudo novinho aqui e a coordenação é ótima, a gente fica além do horário. Gosto bastante do trabalho que realizo e de trabalhar nessa equipe. A equipe daqui tem um bom relacionamento entre si e com a comunidade. Gosto do trabalho com a comunidade, pois é importante ver os problemas in loco. Nesse trabalho, o retorno do paciente é na hora. É muito bom quando temos um retorno positivo do paciente quando conseguimos ser úteis. Muitas vezes, a gente costuma banalizar a queixa da mãe, mas é importante ouvi-la para entender o que ela está querendo. Quando tu senta, bota a mão, toca a pessoa, faz diferença. Não dói tocar as pessoas, sujeira não pega. Muitas vezes o toque vira um mar de lágrimas. Eu beijo e abraço o paciente, isso é tão bom! No outro dia, eles vêm mais bonitos. Gosto de trabalhar no acolhimento, ouvir a queixa, o problema. Quando eu ingressei no serviço público, tinha cultura de que o povo era relaxado. Eu mudei isso ao longo do tempo. Gosto do contato afetivo, de ver quando o paciente melhora, ouvir os pacientes dizerem que foi bom estar contigo.</p>
<p>3) Neusa – enfermeira Gosto de trabalhar com prevenção. Aqui é um lugar ótimo de trabalhar, mas faltam atividades de grupo.</p>	<p>Ainda falta organizarmos atividades de grupo. Não deu tempo, pois a demanda é grande, nós passamos muito tempo atendendo a doença e não dá tempo para o trabalho de prevenção. Não é que ele não seja realizado. Fazemos prevenção no dia a dia com o paciente, nas consultas individuais. Nesse contato, o paciente pode se expressar mais livremente. Outra coisa legal é poder aprender mais sobre a doença. Isso se dá no contato com os médicos. Muitas vezes, procuramos eles para discutir determinado caso.</p>
<p>4) Graziela – nutricionista Gosto bastante do meu trabalho</p>	OK
<p>5) Guerra – clínico Gosto do atendimento ao público, do retorno dos pacientes. Gosto do relacionamento das pessoas aqui no Posto, as condições físicas também são boas.</p>	OK
<p>8) Edson – pediatra Gosto de ajudar as pessoas que chegam preocupadas com seus filhos. Só consigo atender os doentes, não dá tempo para fazer</p>	OK

<p>puericultura, trabalhar na prevenção. Gosto de ajudar. Tenho muita satisfação em ser útil;</p> <p>9) Valesca - gineco</p> <p>Passo o tempo inteiro atendendo. Gosto de trabalhar individualmente com cada paciente, o trabalho em grupo não dá liberdade.</p>	OK
<p>10) Régis – clínico</p> <p>Gosto daqui, pois o trabalho é bem organizado, o posto é novo, as coisas são novas. O trabalho está sendo bem elaborado, esquematizado.</p>	OK
<p>11) Márcia – dentista</p> <p>Gosto muito da prevenção que é feita durante as consultas.</p>	OK
<p>12) Denise – auxiliar</p> <p>Gosto de trabalhar no acolhimento, ouvir a queixa, o problema. A gente costuma banalizar a queixa da mãe, mas é importante ouvi-la para entender o que ela está querendo. Quando tu senta, bota a mão, toca a pessoa, faz diferença. Não dói tocar as pessoas, sujeira não pega. Muitas vezes o toque vira um mar de lágrimas. Eu beijo e abraço o paciente, isso é tão bom! No outro dia, eles vêm mais bonitos. Quando eu ingressei no serviço público, tinha cultura de que o povo era relaxado. Eu mudei isso ao longo do tempo. Gosto do contato afetivo, de ver quando o paciente melhora, ouvir os paciente dizerem que foi bom estar contigo. Isso aqui é ótimo, é bom de trabalhar, a coordenação é ótima, a gente fica além do horário.</p>	OK
<p>13) Carolina – auxiliar</p> <p>Gosto de cuidar do paciente, da relação com ele. Gosto de conhecer com quem estou trabalhando, ajudar a solucionar os problemas que estão ao nosso alcance. Gosto do convívio com o público, gosto de aprender sobre a doença.</p>	OK
<p>14) Rosane – auxiliar</p> <p>Gosto de atender bem as pessoas. Fazer bem feito o meu trabalho. Atender bem todo mundo. Algumas pessoas atendem bem o rico e mal o pobre. Não acho certo. Acho que oposto tem que estar sempre em atividade, não tem que ficar parado. Eu raramente falto o meu serviço. Eu tento fazer o melhor de prevenção, é para isso que o posto serve. Eu trato as pessoas com carinho, acho que elas</p>	OK

tem que ser tratadas assim,é como eu gosto de ser tratada. Gosto de conversar com as pessoas. Elas se abrem comigo, eu me ponho no lugar delas.	
15) Letícia – auxiliar Gosto do contato com o paciente, do trabalho que eu faço. Sinto falta de trabalhar no hospital, mas gosto daqui. Gosto de ir na casa das pessoas, do relacionamento com o s colegas.	OK
3) Rosalina – auxiliar Gosto do contato direto com as pessoas, de trabalhar com crianças. Também sou pedagoga e gosto muito dessa área de relacionamento. Gosto do atendimento ao público e do relacionamento com a equipe.	OK
3) Prates – administrativo Gosto do contato com o público, gosto de buscar a solução dos problemas junto com as pessoas.	OK



Portinari, *Pessoas*

ANEXOS

ANEXO A - O MUNDO

Um homem da aldeia de Négua, no litoral da Colômbia, conseguiu subir aos céus.

Quando voltou, contou. Disse que tinha contemplado, lá do alto, a vida humana. E disse que somos um mar de fogueirinhas.

- *O mundo é isso* - revelou -. *Um montão de gente , um mar de fogueirinhas.*

Cada pessoa brilha com luz própria entre todas as outras. Não existem duas fogueiras iguais. Existem fogueiras grandes e fogueiras pequenas e fogueiras de todas as cores. Existe gente de fogo sereno, que nem percebe o vento, e gente de fogo louco, que enche o ar de chispas. Alguns fogos, fogos bobos, não alumiam nem queimam; mas outros incendeiam a vida com tamanha vontade que é impossível olhar para eles sem pestanejar, e quem chegar perto pega fogo.

