

**ISABEL BERNS
PAMELA CAMILA FERNANDES RUMOR**

**AS AÇÕES DE PROMOÇÃO DA SAÚDE NOS GRUPOS
DESENVOLVIDOS PELAS EQUIPES DA ESTRATÉGIA SAÚDE DA
FAMÍLIA DE UM CENTRO DE SAÚDE DO MUNICÍPIO DE
FLORIANÓPOLIS**

Florianópolis

2008

UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA CATARINA
CENTRO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE
DEPARTAMENTO DE ENFERMAGEM

ISABEL BERNS
PAMELA CAMILA FERNANDES RUMOR

AS AÇÕES DE PROMOÇÃO DA SAÚDE NOS GRUPOS
DESENVOLVIDOS PELAS EQUIPES DA ESTRATÉGIA SAÚDE DA
FAMÍLIA DE UM CENTRO DE SAÚDE DO MUNICÍPIO DE
FLORIANÓPOLIS

Trabalho de Conclusão de Curso apresentado ao curso de Graduação em Enfermagem da Universidade Federal de Santa Catarina – UFSC, como requisito parcial à obtenção do título de Graduado em Enfermagem.

Orientadora: Dr^a Ivonete Teresinha Schülter Buss Heidemann

Supervisora: Larissa Helena Lamego Mattos

Florianópolis

2008

UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA CATARINA
CENTRO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE
CURSO DE GRADUAÇÃO EM ENFERMAGEM
DISCIPLINA: INT 5162 - ESTÁGIO SUPERVISIONADO II
8ª UNIDADE CURRICULAR
SEMESTRE: 2008.2

ATA DA BANCA DE AVALIAÇÃO DO TRABALHO DE CONCLUSÃO DE CURSO
(TCC)

A avaliação do TCC consta de duas etapas. A primeira avalia o texto escrito do TCC e a segunda a apresentação pública.

Aluno(a) (s):

Isabel Berns

PAMELA CAMILA FERNANDES RUMOR

TÍTULO DO TCC: AS AÇÕES DA PROMOÇÃO DA SAÚDE NOS
GRUPOS DESENVOLVIDOS PELAS EQUIPES DA
ESTRATÉGIA DE SAÚDE DA FAMÍLIA DE UM CENTRO
DE SAÚDE DO MUNICÍPIO DE FLORIANÓPOLIS

I. AVALIAÇÃO DO TEXTO DO TCC
SESSÃO COORDENADA

POR: (Nome do professor orientador):
JURNGTE TERESINHA SCHÜLTER BUSS HEIDEMANN

Para início dos trabalhos o professor orientador procedeu a abertura formal da sessão de avaliação do texto escrito do TCC, às 10:00 horas no (local) SALA DE INFORMÁTICA dia 23/11/2008. A seguir passou a palavra aos membros da banca para que procedem análise do TCC e à arguição do(s) aluno(s) com resposta dos mesmos a cada um dos examinadores. Concluída esta fase, registrou-se em Ata, a síntese das avaliações e as sugestões de alterações necessárias ao texto.

SÍNTESE DA AVALIAÇÃO DOS MEMBROS DA BANCA

Destaca-se a importância da escolha do TEMA DA
Promoção para a área DA SAÚDE, apropriando-se
de forma consistente do referencial teórico-metodológico.
Os resultados do trabalho apresentam
importantes contribuições para o repensar das
ações de promoção de saúde e o desenvolvimento
das ações educativas na Estratégia de Saúde
da Família.


.....
.....
.....
.....

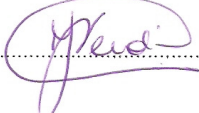
TEXTO DO TCC: (X) aprovado () aprovado mas necessita reformulações () reprovado

MODIFICAÇÕES NO TEXTO DO TCC SUGERIDOS PELA BANCA EXAMINADORA

Considerar ~~os~~ finais retomem de forma mais explícita os objetivos específicos.
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....

NOME e ASSINATURA DOS MEMBROS DA BANCA EXAMINADORA DO TCC:

Luciano S. Ben. Mendonça 
(Presidente/Orientador)

MARTA VERD 
(Membro/Supervisor)

M. Boels
(Membro/Supervisor)

Luziane Helena Lemos Mendes 
(Membro/Supervisor)

.....
(3ª MEMBRO)
.....



UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA CATARINA
CENTRO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE
CAMPUS UNIVERSITÁRIO - TRINDADE
DEPARTAMENTO DE ENFERMAGEM
CEP.: 88040-970 - FLORIANÓPOLIS - SANTA CATARINA
Tel. (048) 231.9480 - 231.9399 Fax (048) 231.9787

DISCIPLINA: INT 5162 - ESTÁGIO SUPERVISIONADO II

PARECER FINAL DO ORIENTADOR SOBRE O TRABALHO DE CONCLUSÃO DE CURSO

O trabalho intitulado "As ações de promoção da saúde nos grupos desenvolvidos pelas Equipes de Estratégia de Saúde de Família de um Centro de Saúde do município de Florianópolis", das alunas Pamela Camila Fernandes Rumor e Isabel Berns foi aprovado pela Banca Examinadora, recebendo a nota 10. Foi ressaltado a importância e relevância do tema para a área de saúde e sugerido a publicação de 02 artigos. Como sugestão de modificação do trabalho de TCC a banca sugeriu modificações nos objetivos. As alunas realizaram as reformulações solicitadas e encaminharam a versão atualizada para os membros da Banca e Bancos de dados de UPSC.

Parabenizo as alunas pelo esforço e desempenho no desenvolvimento do trabalho.

Luizete T. S. Buss (coordenadora)

AGRADECIMENTOS

Inicialmente agradecemos a Deus, por ter iluminado nossos passos ao longo dessa caminhada, ter nos dado força para não desanimar e saúde para continuar lutando por um futuro melhor.

Ao Centro de Saúde, pela forma como nos acolheu, dando credibilidade ao nosso trabalho. Muito obrigada. Especialmente às Agentes Comunitárias de Saúde, pela receptividade, atenção, carinho e colaboração no desenvolvimento deste trabalho, nossos sinceros agradecimentos. Vocês enriqueceram este estudo e nossas futuras vidas profissionais. E, não menos importante, aos usuários, que também contribuíram para a efetivação do mesmo.

À nossa supervisora Larissa H. L. Mattos, pela atenção, receptividade e oportunidade de implementação do projeto assistencial, expressamos nossa gratidão.

À nossa orientadora Prof^a Dr^a Ivonete T. S. Buss Heidemann, pelo incentivo para que seguíssemos confiantes na proposta, pela força nas horas difíceis, por acreditar em nossa capacidade e por tornar este trabalho mais prazeroso.

À Prof^a Dr^a Astrid Eggert Boehs, por ter nos auxiliado em nossa caminhada, ter participado de nossa banca e contribuído tão intensamente, mesmo quando longe. Agradecemos imensamente.

Agradecemos também a Prof^a Dr^a Marta Verdi, pelas valiosas contribuições durante o transcorrer da banca.

Agradecemos ainda o Prof^o Dr^o Antônio de Miranda Wosny, que nos disponibilizou materiais importantes para a fundamentação teórica do trabalho e nos iluminou com sua sabedoria na hora que mais precisamos.

Aos membros do grupo de pesquisa NEPEPS, que por tantas vezes emprestaram seus ouvidos aos relatos do desenvolvimento de nossa pesquisa, contribuindo de maneira sem igual para nosso crescimento, tanto como pesquisadoras quanto como futuras Enfermeiras.

Por fim agradecemos à Universidade, demais professores, colegas de turma e a todos que de alguma maneira contribuíram para que este trabalho de conclusão de curso se concretizasse.

Isabel agradece,

Aos meus pais, Maria Inês Kremer e Afonso Carlos Weber (“*paidrasto*”), que mesmo sem acompanharem de perto minha trajetória, me presentearam com o dom da vida e me deram suporte para que tivesse coragem para lutar, perseverança nos momentos difíceis e esperança no futuro, obrigada.

Agradeço aos meus irmãos Isaac e Lucas, pelos momentos de descontração, apoio e compreensão.

Ao meu noivo Luciano, pela compreensão por minha ausência, pela paciência e companheirismo no dia a dia, sempre com um abraço carinhoso e palavras de incentivo me fortalecendo. Um grande beijo no coração! Obrigada por estar sempre ao meu lado.

Aos meus avôs e minhas avós, em especial para “Vó Maria e Vô Sebastião (*in memoriam*)”, que nunca mediram esforços para me ajudar a ser uma pessoa melhor; que sempre acreditaram e confiaram em mim; pelas orações, gestos, carinhos, amor, atenção, muito obrigada. Tenho certeza que sem vocês não teria chegado até aqui. AMO VOCÊS!

À minha madrinha Márcia e minha tia Maristela, que me ajudaram de forma muito especial durante toda a minha faculdade e mesmo antes. Pelas orações, amor e zelo que sempre me dedicaram, deixo o meu “Muito Obrigado”! ADORO VOCÊS!

Aos meus Tios e familiares, que de alguma forma contribuíram para que eu chegasse até aqui, desde antes de eu entrar na faculdade ou mesmo durante, meu Muito Obrigado!

À família do meu noivo Luciano, em especial para meu sogro Valcir e sogra Cecília, que sempre me deram forças, me apoiaram nos momentos difíceis, compartilharam momentos de alegria e acreditaram em mim, expresso minha profunda gratidão. Muito Obrigada.

Aos meus queridos amigos, os de infância, de juventude e de faculdade, que sempre me deram palavras de ânimo, momentos de alegria e distração, compreenderam minha ausência e torceram por mim. Muito Obrigada!

À minha companheira de faculdade e TCC Pamela, que incondicionalmente soube ficar ao meu lado, compreender meus erros e fraquezas, elogiar minhas virtudes, apoiar meus sonhos e dividir comigo um dos momentos mais especiais de nossas vidas. Muito Obrigada Pam!

Agradeço a todos que passaram pela minha vida nesses quatro anos de faculdade e que, mesmo sem saber, me ensinaram mais do que posso dizer em palavras. Deixo o meu profundo “Muito Obrigado”!

Pamela agradece,

À minha mãe Gilseia, por ser à base de tudo para mim, guiando-me, incentivando-me, confortando-me e ensinando-me a persistir em meus objetivos. Você é meu exemplo de força e determinação, obrigada pela confiança e amor em mim depositados.

À minha irmã Leandra, que sempre torceu por mim e teve paciência para ouvir minhas angústias. Obrigada “Lê” por todo o carinho e atenção.

Ao “Mori” da minha vida Ivandel, por me compreender, acalmar, escutar, apoiar nos momentos difíceis e compartilhar minhas alegrias. Amo você, obrigada por estar ao meu lado!

À Vó Wilma e ao Vô Fernandes (*in memoriam*), pelo amor e carinho para comigo, por contribuírem na minha educação e por acreditarem em meu potencial. Obrigada por tudo!

Aos meus padrinhos “Geórgia e Garcia”, por confiarem em mim, em meu sonho, ajudando-me antes e durante a graduação. Vocês foram essenciais para a obtenção dessa conquista. Obrigada de coração.

Aos demais familiares, pelo apoio, incentivo e atenção durante essa minha trajetória.

Aos meus amigos, pelos momentos de descontração proporcionados, pelas palavras de conforto e estímulo e pela compreensão por meu distanciamento nesse período.

À minha parceira de graduação Isabel, por estar presente em distintos e importantes momentos durante esses anos de curso. Obrigada por aliviar minhas ansiedades, compreender minhas falhas, apoiar minhas decisões e festejar minhas vitórias.

Enfim, a todos que contribuíram, ajudaram e compartilharam dessa ocasião tão especial em minha vida, não poderia deixar de expressar a imensa gratidão. Muito obrigada!

"É fundamental diminuir a distância entre o que se diz e o que se faz, de tal forma que, num dado momento, a tua fala seja a tua prática".

Paulo Freire

RESUMO

BERNS, I.; RUMOR, P.C.F. **As ações de promoção da saúde nos grupos desenvolvidos pelas equipes da Estratégia Saúde da Família de um Centro de Saúde do Município de Florianópolis.** 2008. 85f. Trabalho de Conclusão de Curso (Graduação em Enfermagem) – Departamento de Enfermagem da Universidade Federal de Santa Catarina, Florianópolis, 2008.

O estudo teve como objetivo identificar e analisar como as principais ações de Promoção da Saúde, estabelecidas pela Carta de *Ottawa*, estão sendo trabalhadas nos grupos desenvolvidos pelas equipes de saúde da família de um Centro de Saúde do Município de Florianópolis. Como fundamentação teórica adotou-se o conceito de Promoção da Saúde e suas principais estratégias de ações elaboração e implementação da política pública saudável; criação de ambientes favoráveis à saúde; desenvolvimento de habilidades pessoais, reforço da ação comunitária e reorientação do sistema de saúde. Trata-se de uma pesquisa qualitativa articulada com o referencial metodológico de Paulo Freire. Foi utilizado o Itinerário de Pesquisa Freireano através do desenvolvimento de Círculos de Cultura durante os encontros dos Grupos de Hipertensos e Diabéticos, em reuniões de planejamento e diálogos individuais, das 03 equipes de Saúde da Família. Os sujeitos da pesquisa foram os profissionais e trabalhadores de saúde e usuários participantes dos referidos grupos. Os dados empíricos foram coletados no período de agosto a novembro de 2008, através da realização de 02 das 03 etapas propostas pela metodologia: investigação dos temas geradores; codificação e descodificação. A etapa do desvelamento crítico não foi realizada devido às limitações como tempo e disposição dos profissionais. Foram identificadas 15 temáticas significativas, agrupadas e priorizadas em 10 temas mais relevantes: Lazer, atividade física; Horta Comunitária; Dúvidas e desconhecimento sobre a HAS e DM; Crenças sobre o processo saúde-doença; Vínculo; Dificuldades para a compreensão e desenvolvimento dos grupos em Saúde da Família; Necessidade de maior discussão/compreensão sobre Promoção da Saúde; Sobrecarga de trabalho; Falta de apoio intersetorial e interdisciplinar; Pouco incentivo e recursos por parte das instâncias governamentais. Os temas foram discutidos e analisados à luz do referencial teórico. A interpretação dos dados revelou que as ações de promoção da saúde trabalhadas pelos profissionais nos grupos, ainda são incipientes devido às inúmeras limitações. Percebeu-se que as ações de promoção da saúde ainda precisam ser incorporadas pelos profissionais, pois as práticas grupais ainda estão voltadas para a mudança dos estilos de vida e para a culpabilização do indivíduo pelo seu estado de saúde. Faz-se necessário estimular a participação do usuário, para que, em conjunto com os profissionais, possam construir uma prática de saúde mais emancipatória, autônoma e dialógica sobre os determinantes do processo saúde e doença, e que interferem no seu adoecer e ser saudável.

PALAVRAS CHAVE: Promoção da Saúde; Educação em Saúde; Saúde da Família.

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

ACD – Auxiliar de Consultório Dentário
ACS - Agente Comunitário de Saúde
CC – Centro Comunitário
CLS – Conselho Local de Saúde
CS – Centro de Saúde
DM – Diabetes Mellitus
ESF - Estratégia Saúde da Família
EUA – Estados Unidos da América
HAS – Hipertensão Arterial Sistêmica
HGT – Hemogluco teste
NASF – Núcleo de Apoio à Saúde da Família
NFR – Enfermagem (UFSC)
NOBs – Normas Operacionais Básicas
OMS – Organização Mundial da Saúde
PA – Pressão Arterial
PACS - Programa de Agentes Comunitários de Saúde
PMF – Prefeitura Municipal de Florianópolis
PNAB – Política Nacional de Atenção Básica
PNPS – Política Nacional de Promoção da Saúde
PSF – Programa Saúde da Família
RDA – Rede Docente Assistencial
SC – Santa Catarina
SF - Saúde da Família
SIAB - Sistema de Informação da Atenção Básica
SMS – Secretaria Municipal de Saúde
SUS - Sistema Único de Saúde
TCC – Trabalho de Conclusão de Curso
THD – Técnico de Higiene Dental
UFSC – Universidade Federal de Santa Catarina
WHO - World Health Organization

SUMÁRIO

1. INTRODUÇÃO	14
2. OBJETIVOS	17
2.1 Objetivo Geral	17
2.2 Objetivos Específicos	17
3. JUSTIFICATIVA	18
4. REVISÃO DE LITERATURA	19
4.1 SUS, Atenção Básica em Saúde e ESF.....	19
4.2 Educação em Saúde	22
4.2.1 Grupos desenvolvidos pelas Equipes da ESF.....	23
5. REFERENCIAL TEÓRICO	26
5.1 Promoção da Saúde	26
5.1.1 Breve contexto histórico da Promoção da Saúde – algumas das concepções até a Carta de <i>Ottawa</i> - 1986	27
5.1.2 As cinco principais ações de Promoção da Saúde	29
5.1.3 Política Nacional de Promoção da Saúde	32
6. METODOLOGIA	34
6.1 Delineamento da pesquisa	34
6.1.1 Círculos de Cultura.....	34
6.1.2 Itinerário Freireano	35
6.2 Cenário	39
6.2.1 Contextualização do bairro e do Centro de Saúde.....	39
6.2.2 Sujeitos	41
6.2.3 Inserção na realidade	42
6.3 Registro dos dados	44
6.4 Análise dos dados	44
6.5 Procedimentos éticos	45
7. RESULTADOS E DISCUSSÃO	46
7.1 Descrição dos Círculos de Cultura	47
7.1.1 Equipe Azul	47
7.1.2 Equipe Verde	51
7.1.3 Equipe Vermelha	55
7.1.4 Temas Geradores	58

7.2 Discussão dos Temas Geradores	60
8. CONSIDERAÇÕES FINAIS.....	71
REFERÊNCIAS	73
APÊNDICES	78
Apêndice 1.....	79
Apêndice 2.....	80
ANEXOS	81
Anexo 1	82
Anexo 2	84

1. INTRODUÇÃO

O conceito moderno de promoção da saúde vem sendo discutido e abordado mais intensamente nos últimos 30 anos como uma proposta internacional para lutar pelos múltiplos problemas de saúde que afetam a população. Os inúmeros desafios sociais, políticos e culturais, o esgotamento do modelo biomédico e a mudança do perfil epidemiológico da população requerem transformações do setor saúde, envolvendo um conjunto de ações voltadas para o enfrentamento de problemas sociais e a melhoria da qualidade de vida e saúde dos cidadãos e comunidade (BUSS, 2003; HEIDEMANN, 2008; SOUZA, GRUNDY, 2004).

A partir da Carta de Ottawa, 1986, começou a ser trabalhada a compreensão da nova promoção da saúde, a qual tem sido definida como o

“processo que busca possibilitar que indivíduos e comunidades ampliem o controle sobre os determinantes da saúde e, por conseguinte, obtenham melhoria de sua saúde, considerando que este processo passa a representar um conceito unificador para quem reconhece a necessidade básica de mudança, tanto nos modos quanto nas condições de vida, visando à promoção da saúde” (WHO, 1986).

“No Brasil, como em vários países da América Latina onde as desigualdades sócio-econômicas prevalecem, a promoção da saúde ainda tem pequena participação no desenvolvimento social e econômico do país” (SOUZA, GRUNDY, 2004). No entanto, as propostas e oportunidades que vêm sendo colocadas no campo da saúde, principalmente as que visam à reorganização da atenção à saúde, constituem-se numa possibilidade para o desenvolvimento das ações de promoção em defesa do Sistema Único de Saúde - SUS, ao enfatizar a indissociabilidade entre as ações clínicas e as de promoção da saúde.

A aprovação do SUS pela Constituição Federal de 1988 forneceu os princípios para essa reorganização, mas, tem sido a Saúde da Família - SF, a estratégia estruturante que viabiliza a construção de um novo modelo de atenção à saúde (SUCUPIRA, 2003).

Ao ter como objetivo principal de trabalho a saúde do indivíduo, da família e da coletividade, a proposta da Estratégia Saúde da Família vai ao encontro com a promoção da saúde, uma vez que faz parte do SUS e está fundamentada nos princípios da integralidade da atenção à saúde e da participação popular (SUCUPIRA, 2003; MENDES *apud* LEFEVRE, LEFEVRE, 2004). Contudo, ainda existem alguns pontos que necessitam ser revistos para execução eficiente e eficaz da SF, como por exemplo, a formação profissional adequada para esta estratégia de reorientação da atenção básica e avaliação de suas ações.

Na realidade, o modelo de saúde vigente apresenta inúmeras limitações e necessita incorporar reformas nos serviços de saúde e expandir as ações sanitárias para prevenir, curar, reabilitar e promover a saúde individual e coletiva. Atualmente, as políticas de humanização, educação permanente, cursos de capacitações e acolhimento tendem a incorporar a promoção da saúde, e podem ajudar a reorganizar o processo de trabalho na atenção básica (HEIDEMANN, 2008).

A concepção de promoção da saúde pode contribuir com a transformação das práticas de saúde, mas apresenta, ainda, ambigüidades e contradições internas importantes que precisam ser revistas e analisadas. É necessário mudar as ações dos sujeitos que se colocam como protagonistas do novo modelo de assistência, com a construção de novos valores, de uma nova cultura baseada na solidariedade, cidadania e humanização na assistência (MERHY, 2002).

A promoção da saúde, entendida de uma forma ampliada e não somente como um momento anterior à doença,

“[...] deve ser vista como um modo de fazer saúde, em que as pessoas são vistas em sua autonomia, no seu contexto político e cultural, como sujeitos capazes de progredir da ação individual para a coletiva, ocorrendo transformações nas suas condições de vida” (HEIDEMANN, 2008).

Um dos aspectos importantes para a consolidação deste conceito ampliado de Promoção da Saúde é a existência de ações educativas incorporadas pela Estratégia Saúde da Família, as quais atuam como ferramentas essenciais para incentivar a auto-estima e o autocuidado dos membros das famílias.

Dessa forma, o conceito de educação em saúde está ancorado no conceito de Promoção da Saúde, que trata de processos que abrangem a participação de toda a população no contexto da sua vida cotidiana e não apenas as pessoas sob risco de adoecer. Essa noção está baseada em um conceito de saúde, considerado como um estado positivo e dinâmico de busca de bem-estar, que integra os aspectos físicos e mentais (ausência de doença), ambiental, pessoal e social (MACHADO *et al.*, 2007).

Entretanto, apesar da aceitação da idéia de que saúde é mais do que apenas ausência de doenças, a educação em saúde ainda está com maior ênfase à prevenção de doenças e continua sendo vista, no terreno da “nova” saúde pública e da promoção da saúde, de uma forma individualista. Representa nessa nova abordagem, predominantemente como uma questão de responsabilidade pessoal e uma indicação do “bom” uso da autonomia individual. Ela é conceituada como resultado de uma racional tomada de decisão quanto ao

comportamento pessoal o que pressupõe que o conhecimento esteja diretamente relacionado à mudança de comportamento. Essa lógica tem sido aplicada a muitos dos problemas de saúde pública na atualidade, vistos como solucionáveis através do ensino sobre que comportamentos são adequados para a manutenção do “natural e original” estado de saúde de todos (OLIVEIRA, 2005).

É neste sentido que este trabalho fundamenta-se quando busca trabalhar os grupos desenvolvidos pelas equipes de saúde da família, como por exemplo, os de hipertensos e diabéticos, gestantes, crianças baixo peso, entendendo de que forma a educação em saúde vem sendo abordada nestes espaços, e se estas ações estão direcionadas sob a ótica da promoção da saúde, pois esta enfatiza a educação em saúde, mas a partir das suas cinco estratégias de ação: *elaboração e implementação da política pública saudável; criação de ambientes favoráveis à saúde; desenvolvimento de habilidades pessoais, reforço da ação comunitária e reorientação do sistema de saúde* (WHO, 1986).

Uma das ações prioritárias de promoção da saúde é o desenvolvimento de habilidades e atitudes pessoais, a qual visa capacitar pessoas para “aprender através da vida” e “preparar elas mesmas para todos os estágios” (LABONTE, 1993).

É imprescindível a divulgação de informações sobre a educação em saúde, o que deve ocorrer no lar, na escola, no trabalho, e em qualquer espaço coletivo, sendo que diversas organizações devem se responsabilizar por estas ações (BUSS, 2003). Dessa forma, os indivíduos aumentam as opções disponíveis para que possam exercer maior controle sobre sua própria saúde e sobre o meio-ambiente, bem como fazer opções que conduzam a uma saúde melhor (WHO, 1986).

Diante destas considerações levantamos o seguinte questionamento: ***Como as principais ações de promoção da saúde, estabelecidas pela Carta de Ottawa, estão sendo trabalhadas nos grupos desenvolvidos pelas equipes de saúde da família de um Centro de Saúde do Município de Florianópolis?***

2. OBJETIVOS

2.1 Objetivo geral

- Identificar e analisar como as principais ações de Promoção da Saúde, estabelecidas pela Carta de Ottawa, estão sendo trabalhadas nos grupos desenvolvidos pelas equipes de saúde da família de um Centro de Saúde do Município de Florianópolis.

As ações referidas são: *elaboração e implementação da política pública saudável; criação de ambientes favoráveis à saúde; desenvolvimento de habilidades pessoais, reforço da ação comunitária e reorientação do sistema de saúde* (WHO, 1986).

2.2 Objetivos específicos

- Identificar e discutir as ações de Promoção da Saúde utilizadas nos grupos desenvolvidos pelas equipes de saúde da família;

- Refletir como a Promoção da Saúde está sendo trabalhada pelas equipes de SF com usuários nos grupos desenvolvidos pelas equipes de saúde da família.

3. JUSTIFICATIVA

A implantação da Saúde da Família nos municípios brasileiros surge como uma das possibilidades para implantar os princípios da promoção da saúde. Assim, a Saúde da Família procura transformar as ações de saúde vigentes, fundamentadas no recorte do corpo biológico, na doença e na cura (BRASIL, 1997), para um enfoque de ampliação do entendimento do processo saúde/doença a partir da operacionalização *de políticas públicas saudáveis, da criação de ambientes sustentáveis, da reorientação dos serviços de saúde, do desenvolvimento da capacidade (habilidade) dos sujeitos individuais e do fortalecimento de ações comunitárias.* (HEIDEMANN, 2008).

Acreditamos que esses princípios da promoção da saúde podem proporcionar uma melhor qualidade de vida para as pessoas que participam dos grupos desenvolvidos pelas equipes de saúde da família (hipertensos e diabéticos, gestantes, tabagistas, crianças baixo peso), tornando-os mais efetivos, através da valorização da saúde e não da doença, sendo necessário o seu fortalecimento, por ser um espaço ainda pouco aproveitado para essas atividades e que possui grande possibilidade de interação entre a equipe multiprofissional e usuários.

Neste sentido, a Saúde da Família priorizando a promoção da saúde no seu processo de trabalho, irá melhorar a vinculação do profissional com a população, além de propiciar conhecimento para planejar e transformar as práticas de saúde. Esta é uma dimensão de fundamental importância na produção de cuidados de saúde, no processo de construção do Sistema Único de Saúde - SUS.

Apesar do empenho de diversos atores neste processo, a revisão de literatura mostrou que há poucas análises de como a promoção da saúde vem sendo compreendida na sua amplitude pelos profissionais da saúde e usuários. Também se observou, durante as vivências na prática-assistencial, a priorização de atividades educativas voltadas à prevenção, à cura e à patologia, dando-se pouco, ou nenhum enfoque à promoção da saúde.

Portanto, os resultados deste estudo poderão contribuir para subsidiar uma reavaliação e um replanejamento das ações da promoção da saúde desenvolvidas pelos profissionais da Equipe de Saúde da Família e ampliar a efetividade das mesmas visando à saúde dos usuários.

4. REVISÃO DE LITERATURA

4.1 SUS, Atenção Básica em Saúde e ESF

A Constituição Federal Brasileira de 1988 (BRASIL, 1988a), no capítulo VIII, *da Ordem social*, e na seção II referente à Saúde define no artigo 196 que: “A saúde é direito de todos e dever do estado, garantido mediante políticas sociais e econômicas que visem à redução do risco de doença e de outros agravos e ao acesso universal e igualitário às ações e serviços para sua promoção, proteção e recuperação”.

O SUS é definido pelo artigo 198 do seguinte modo:

“As ações e serviços públicos de saúde integram uma rede regionalizada e hierarquizada, e constituem um sistema único, organizado de acordo com as seguintes diretrizes:

- I. Descentralização, com direção única em cada esfera de governo;
- II. Atendimento integral, com prioridade para as atividades preventivas, sem prejuízo dos serviços assistenciais;
- III. Participação da comunidade;

“Parágrafo único - o sistema único de saúde será financiado, com recursos do orçamento da seguridade social, da União, dos Estados, do Distrito Federal e dos Municípios, além de outras fontes”.

A partir de então, um novo ideário reformador de construção do Sistema Único de Saúde foi proposto: garantia de acesso universal ao sistema e um novo conceito de saúde definido como direito, além de contemplar os níveis de atenção em saúde, o que permitiu que os serviços de saúde fossem reestruturados de modo a priorizar ações de caráter coletivo e preventivo em detrimento das ações de cunho individual e curativo, até então predominantes (SANTOS *et al.*, 2008).

Apesar da nova constituição ter iniciado seu exercício em 1988, a regulamentação do SUS foi realizada através das Leis Orgânicas da Saúde Nº 8.080, de 19 de setembro de 1990 (BRASIL, 1990b), que dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes, e Nº 8.142, de 28 de dezembro de 1990 (BRASIL, 1990c), que dispõe sobre a participação da comunidade na gestão do SUS e sobre as transferências intergovernamentais de recursos financeiros na área de saúde (SANTOS *et al.*, 2008), estabelecendo princípios e direcionando a implantação de um modelo de atenção à saúde que priorize a descentralização, universalidade, integralidade

da atenção e o controle social, ao tempo em que incorpora em sua organização o princípio da territorialidade para facilitar o acesso das demandas populacionais aos serviços de saúde (BRASIL, 1990c).

Apesar da regulamentação do SUS pelas leis orgânicas, ainda observavam-se dificuldades operacionais no sistema, uma vez que a realidade do trabalho na área de saúde variava conforme a situação de cada governo na esfera estadual e municipal. A fim de contornar essas dificuldades, formularam-se as Normas Operacionais Básicas – NOBs (BRASIL, 1996) do SUS, com objetivo de normalizar as formas de trabalho entre as três esferas do governo, buscando efetivação dos princípios legais estabelecidos, de acordo com cada realidade.

Os maiores desafios atuais para o Sistema Único de Saúde estão ligados com a estruturação de um novo modelo de atenção à saúde que, a partir das grandes funções da Saúde Pública, subordine os conceitos e programas da assistência médica individual aos conceitos e programas dos interesses coletivos e direitos da cidadania e realize, de fato, as atividades de promoção e proteção à saúde, às vistas dos Princípios Éticos da Universalidade, Equidade e Integralidade (VERDI, COELHO, 2005).

Sendo assim, a Portaria nº 648/GM de 28 de março de 2006 aprova a Política Nacional de Atenção Básica – PNAB (BRASIL, 2006a). Em seu Capítulo I dispõem sobre os princípios gerais desta política, os quais são lembrados para facilitar e guiar o desenvolvimento das atividades na Atenção Primária à Saúde.

A Atenção Básica é a forma de organizar o primeiro nível de atenção à saúde no SUS estipulada pelo Ministério da Saúde. Insere-se no movimento mundial de valorização da atenção primária à saúde e na construção dos sistemas públicos de saúde (BRASIL, 2008a).

De acordo com a PNAB (BRASIL, 2006a), a atenção básica caracteriza-se por um conjunto de ações de saúde, no âmbito individual e coletivo, que abrangem a promoção e a proteção da saúde, a prevenção de agravos, o diagnóstico, o tratamento, a reabilitação e a manutenção da saúde.

É desenvolvida por meio do exercício de práticas gerenciais e sanitárias, democráticas e participativas, sob a forma de trabalho multiprofissional e interdisciplinar, dirigidas a populações de territórios bem delimitados, pelas quais assume a responsabilidade sanitária, considerando a dinamicidade existente nesse território. Deve resolver os problemas de saúde de maior frequência e relevância dessa população, utilizando como instrumentos, tecnologias de elevada complexidade e baixa densidade.

A Atenção considera o sujeito em sua singularidade, na complexidade e na inserção sócio-cultural, e tem a Saúde da Família como estratégia prioritária para sua organização de acordo com os preceitos do SUS (BRASIL, 2006a).

O SUS, então, com objetivo de reestruturar os serviços de saúde pública brasileira implantou em 1991 o Programa dos Agentes Comunitários de Saúde - PACS, o qual visava reduzir os indicadores de morbimortalidade materna e infantil no nordeste do Brasil. O PACS era considerado como uma estratégia transitória para o estabelecimento de vínculos entre os serviços de saúde e a população, estratégia esta que seria estimulada até que fosse possível a plena expansão do Programa Saúde da Família - PSF (SANTOS *et al.*, 2008; VERDI, 2005).

A partir de 1994, começaram a ser formadas as primeiras equipes do Programa Saúde da Família, incorporando e ampliando a atuação dos Agentes Comunitários de Saúde (BRASIL, 2001).

O objetivo do PSF é a reorganização da prática assistencial em novas bases e critérios, em substituição ao modelo tradicional de assistência, curativista e hospitalocêntrico. O novo modelo de atenção encontra-se centrado na família, entendido e percebido a partir do ambiente físico e social, o que vem possibilitando às equipes de Saúde da Família uma compreensão ampliada do processo saúde/doença e da necessidade de intervenções que vão além das práticas curativas (BRASIL, 2001).

O Programa Saúde da Família é uma estratégia que possibilita a integração e promove a organização das atividades dos serviços de saúde em um território definido. Essa estratégia Saúde da Família reafirma e incorpora os princípios básicos do SUS: universalização, descentralização, integralidade e participação social (BRASIL, 2001).

Está estruturada a partir da Unidade Básica de Saúde, uma unidade pública de saúde, com equipe de caráter multiprofissional, composta por médico, enfermeiro, técnico de enfermagem, dentista, auxiliar de consultório dentário ou técnico em higiene dental e de 04 a 06 ACS, sendo que o número destes profissionais varia conforme a população sob a qual é responsável (BRASIL, 2001; VERDI, 2005). Porém, outros profissionais podem ser incorporados a esta equipe, como psicólogos, farmacêuticos, nutricionistas, assistentes sociais, entre outros, segundo a possibilidade e a demanda local.

Estas equipes são responsáveis pelo acompanhamento de um número definido de famílias, cerca de 3 mil a 4 mil e 500 pessoas ou de mil famílias, localizadas em uma área geográfica delimitada, atuando com ações de promoção da saúde, prevenção, recuperação, reabilitação de doenças, agravos mais frequentes, e na manutenção da saúde desta comunidade. A responsabilidade pelo acompanhamento destas famílias coloca para estas

equipes a necessidade de ultrapassar os limites classicamente definidos para a atenção básica no Brasil, especialmente no contexto do SUS (BRASIL, 2008b).

Além das ações citadas anteriormente, a equipe de Saúde da Família estabelece vínculos de compromisso e de co-responsabilidade com a população; estimula a organização das comunidades para exercer o controle social das ações e serviços de saúde; utiliza sistemas de informação para o monitoramento e a tomada de decisões; atua de forma intersetorial, por meio de parcerias estabelecidas com diferentes segmentos sociais e institucionais, de forma a intervir em situações que transcendem a especificidade do setor saúde e que têm efeitos determinantes sobre as condições de vida e saúde dos indivíduos-famílias-comunidade (BRASIL, 2008b).

Como modelo inovador, a ESF em seus mais de dez anos de existência, está fundamentado em uma nova ética social e cultural, concretizando o ideário de promoção da saúde, na perspectiva da qualidade de vida do povo brasileiro. Entretanto, sua sustentabilidade requer o estabelecimento contínuo de parcerias intersetoriais, articulando ações interdisciplinares de assistência, prevenção e promoção da saúde (MACHADO *et al*, 2007).

4.2 Educação em Saúde

Para a reorganização da atenção básica, pretendida pela estratégia do PSF, reconhece-se à necessidade de reorientação das práticas de saúde, bem como de renovação dos vínculos de compromisso e de co-responsabilidade entre os serviços e a população, considerando a atenção básica como um contexto privilegiado para desenvolvimento de práticas educativas em saúde (VASCONCELOS *apud* TOLEDO, RODRIGUES, CHIESA, 2007).

Sendo assim, a educação não é um mero componente da Atenção Primária à Saúde, mas sim, um processo eminentemente educativo, pois se baseia no encorajamento e apoio para que as pessoas e grupos sociais assumam maior controle sobre sua saúde e suas vidas. Não deve ser exclusivamente informativa, deve levar os usuários a refletirem sobre as bases sociais de sua vida, passando a perceber a saúde não mais como uma concessão, e sim, como um direito social. (MACDONALD *apud* VASCONCELOS, 2001; TOLEDO, RODRIGUES, CHIESA, 2007).

Desta maneira, podemos falar no uso de práticas educativas como forma de fortalecer o conhecimento do usuário, fazendo que este tome consciência crítica de si e do mundo percebendo a saúde não só como resultado de práticas individuais, mas também como reflexo das condições de vida em geral, desenvolvendo então competências e habilidades para romper

com a visão tradicional ou mágica do processo saúde-doença, podendo modificá-lo (TRAESEL *et al.*, 2004).

Devemos considerar que os usuários de saúde não são consumidores apenas, por exemplo, das orientações, dos grupos educativos, são, além disso, agentes/co-produtores de um processo educativo. Possuem uma dupla dimensão no processo: são ao mesmo tempo objetos de trabalho dos agentes educativos e sujeitos de sua própria educação. A construção de um cuidado aderente às necessidades dos grupos sociais incorpora essa dimensão educativa emancipatória (TOLEDO, RODRIGUES, CHIESA, 2007).

Mas para que tal prática realmente aconteça, é preciso haver comunicação, ou seja, o profissional de saúde, usando linguagem clara, precisa relativizar seus conhecimentos, conhecer a realidade com a qual trabalha e perceber o indivíduo como ser relacional, com toda a sua subjetividade, permitindo que ele se aproprie do conhecimento técnico, sem descaracterizar o conhecimento popular. E, mediante essa apropriação de conhecimentos, o indivíduo será capaz de intervir na realidade de forma consciente e eficaz (TRAESEL *et al.*, 2004).

Com essa proposta atual de assistência, os profissionais da rede de atenção à saúde estão precisando ser capacitados e instrumentalizados para a realização e incorporação dessas atividades educativas, individuais ou em grupos, possibilitando a troca de conhecimento entre profissional e usuário.

A enfermagem, enquanto uma prática social inserida na dinâmica das relações sociais pode atuar ampliando a consciência crítica dos grupos sociais quanto aos seus potenciais de fortalecimento/desgastes a que se expõem em suas formas de trabalhar e viver. Para tal, é imprescindível que sua prática esteja vinculada e pautada a uma proposta educacional de transformação social (TOLEDO, RODRIGUES, CHIESA, 2007).

4.2.1 Grupos desenvolvidos pelas Equipes da ESF

Para Lepassade *apud* Basso (2007), todo grupo é constituído por um conjunto de pessoas que em relação umas com as outras, se uniram por interesses comuns e, por isso, podem problematizar a realidade e contribuir para mudanças significativas dentro da esfera que as une. Também pode ser entendido por um conjunto de pessoas movidas por necessidades semelhantes e reunidas em torno de uma tarefa específica (FREIRE, 1992b).

No contexto da Atenção Básica de Saúde, de acordo com o preconizado pela PNAB (BRASIL, 2006a), o processo de trabalho das equipes de Saúde da Família deve incluir o

desenvolvimento de ações focalizadas sobre os grupos de risco e fatores de riscos comportamentais, alimentares e/ou ambientais (hipertensos e diabéticos, gestantes, crianças, tabagistas, dentre outros) com a finalidade de prevenir o aparecimento ou a manutenção de doenças e danos evitáveis.

A Promoção da Saúde, na prática das ações de educação, pressupõe que os indivíduos aumentem o controle sobre suas vidas através da participação em grupos, visando transformar a realidade social e política. Assim, há uma profunda distinção da abordagem tradicional centrada na mudança de comportamento individual. (VALLA; STOTZ *apud* BESEN *et al.*, 2007)

Dessa forma, com a Estratégia de Saúde da Família, o trabalho em “grupos” pode representar a quebra da relação vertical que tradicionalmente existe entre o profissional da saúde e o sujeito de sua ação, abrindo espaço para a expressão das reais necessidades desses indivíduos, bem como e conseqüentemente, para a mudança de perspectiva frente a uma realidade plausível de transformação (SOUZA *et al.*, 2005).

A dinâmica de grupos favorece a ação integrada da equipe multiprofissional em processos de educação em saúde, pois permite o aprofundamento de discussões e estimula a ampliação de conhecimentos, por meio de uma perspectiva dialógica e interativa. Dessa maneira, os problemas e soluções são compartilhados, caracterizando-se como uma estratégia efetiva de promoção da saúde, possibilitando que as pessoas superem suas dificuldades e obtenham maior autonomia, melhores condições de saúde e qualidade de vida (TORRES; HORTALE; SCHALL, 2003).

A atividade em grupo também implica em constante atualização da competência técnica do profissional/facilitador e, especialmente, de sua habilidade de interação com o outro. Requer abertura ao novo conhecimento que vai sendo construído com os integrantes e que vai orientar uma nova forma de perceber a si mesmo e ao outro. Nesse espaço, o membro da equipe tem o mesmo nível de importância dos participantes, é integrante do grupo, e a relação que se propõe é de diálogo, evitando o monólogo de palestras onde se busca transferir conhecimentos (SILVA *et al.*, 2003, TRAESEL *et al.*, 2004).

O contexto grupal pode desenvolver naturalmente ou através de estímulos metodológicos específicos, sendo um espaço para o movimento de promoção da saúde através de um processo contínuo, horizontal e libertador de ensinar-aprender (DELFINO *apud* BASSO, 2007). Exige organização e esforço coletivo. Para Freire (1992a), a premissa básica dos educadores ou facilitadores deste processo deve ser o fortalecimento dos seres humanos

com quem interagem, facilitando suas transformações em pessoas críticas, reflexivas, livres e ativas politicamente (BASSO, 2007).

A partir dessa visão dinâmica, o trabalho de educação em saúde em grupos se constitui então em importante ferramenta para a conscientização crítica dos sujeitos sobre seus meios, de humanização, pois é através dele que os seres humanos envolvidos percebem, além de novas possibilidades, o potencial real de transformação que o grupo apresenta (SOUZA *et al.*, 2005). Assim, a educação em saúde em grupos aparece como alternativa viável para a promoção da saúde nos diversos ciclos da vida, bem como, nas mais variadas necessidades associadas a eles.

5. REFERENCIAL TEÓRICO

5.1 Promoção da Saúde

Para Sutherland e Fulton *apud* Buss (2003), as diversas conceituações para a promoção da saúde podem ser reunidas em dois grupos. Um deles entende a promoção da saúde como as atividades dirigidas à transformação dos comportamentos a partir do estilo de vida, focando apenas no indivíduo. Sendo neste caso, desenvolvidas atividades e políticas de promoção da saúde voltadas apenas para componentes educativos relacionados à mudança de riscos comportamentais, sob controle e responsabilização do próprio sujeito. Nessa concepção, todos os fatores que estão fora do controle das pessoas fugiriam do âmbito da promoção da saúde. O que pelo contrário vem caracterizar a concepção moderna de promoção, na qual os determinantes gerais sobre as condições de saúde, como o padrão adequado de alimentação e nutrição, de habitação e saneamento, boas condições de trabalho, oportunidades de educação, ambiente físico limpo, apoio social, estilo de vida responsável e um espectro adequado de cuidados de saúde são os fatores protagonizantes para se ter qualidade de vida. As atividades nesta abordagem estão voltadas à coletividade e ao ambiente dos indivíduos, compreendidas numa concepção mais ampla de saúde (BUSS, 2003).

De acordo com a Carta de *Ottawa*, a promoção da saúde é definida como

processo que busca possibilitar que indivíduos e comunidades ampliem o controle sobre os determinantes da saúde e, por conseguinte, obtenham melhoria de sua saúde considerando que este processo passa a representar um conceito unificador para quem reconhece a necessidade básica de mudança, tanto nos modos quanto nas condições de vida, visando a promoção da saúde (WHO, 1986).

Esta carta preconiza também cinco campos de ação para a promoção da saúde, que serão discutidas mais adiante neste capítulo, as quais visam à capacitação individual e social para a saúde e a intersectorialidade como meios de defesa da causa da saúde (BUSS, 2003).

Para Gutierrez *apud* Buss (2000),

Promoção da saúde é o conjunto de atividades, processos e recursos, de ordem institucional, governamental ou da cidadania, orientados a propiciar a melhoria das condições de bem-estar e acesso a bens e serviços sociais, que favoreçam o desenvolvimento de conhecimentos, atitudes e comportamentos favoráveis ao cuidado da saúde e o desenvolvimento de estratégias que permitam à população maior controle sobre sua saúde e suas condições de vida, a níveis individual e coletivo (p. 167).

Este conceito agrega-se ao papel da comunidade a responsabilidade indelegável do Estado na promoção da saúde de indivíduos e populações, sendo mais apropriado à realidade latino-americana (BUSS, 2000).

Na realidade, nos últimos 30, o conceito de promoção da saúde vem sendo elaborado por diferentes autores técnicos e sociais, em diferentes conjunturas e formações sociais. As várias conferências internacionais e publicações de caráter conceitual, e resultados de pesquisa têm contribuído para aproximações a conceitos e práticas mais precisas para esta área (BUSS, 2003).

Abaixo se descreve um breve contexto histórico da promoção da saúde no mundo, as principais estratégias de ações de promoção da saúde propostas pela Carta de *Ottawa*, e a Política Nacional de Promoção da Saúde, os quais guiarão como referencial teórico o desenvolvimento desta pesquisa.

5.1.1 Breve contexto histórico da promoção da saúde – algumas das concepções até a Carta de Ottawa - 1986

De acordo com Heidemann *et al.* (2006), *a revalorização da promoção da saúde foi considerada, na tradição sanitária do pensamento médico social do século XIX, focada na existência da relação da saúde com as condições de vida e, no início do século XX, em resposta a acentuada medicalização da saúde.*

Na década de 60, a partir do modelo de Leavell & Clark, o conceito de promoção da saúde tradicional foi definido, no esquema da História Natural da Doença, como um dos elementos do nível primário de atenção em medicina preventiva. Este conceito foi se modificando nos últimos 25 anos, surgindo novas correntes de promoção, sobretudo no Canadá, nos EUA e nos países da Europa Ocidental. Em meados dos anos 70, a promoção da à saúde surge como “nova concepção de saúde” internacional, resultado do debate na década anterior sobre a determinação social e econômica da saúde e a construção de uma concepção não centrada na doença (HEIDEMANN *et al.*, 2006).

No ano de 1974, o moderno movimento da promoção da saúde nasce no Canadá. A concepção e a prática começaram a ser impulsionadas, quando Marc Lalonde, ministro da saúde canadense, publicou o documento *Uma Nova Perspectiva Para a Saúde dos Canadianes – Informe Lalonde (A New Perspective on the Health of Canadians)*, sendo a

primeira vez que a expressão “promoção da saúde” foi utilizada em um documento oficial. Os fundamentos deste informe encontravam-se no conceito de “campo da saúde” e introduzem os chamados “determinantes de saúde”. Este destacava a influência de fatores ambientais, comportamentos individuais, modos de vida e organização da assistência na ocorrência de doenças e na morte. A estratégia de trabalho proposto enfatizava que a promoção da saúde deveria combinar melhorias ambientais (abordagem estruturalista) com mudanças de comportamento (estilos de vida). Dessa maneira, reduziria a morbidade e as mortes prematuras. Apesar de uma evolução, houve inúmeras críticas em relação a este documento, pois a abordagem tinha o enfoque voltado para a mudança dos estilos de vida, com ênfase na ação individual, adotando-se uma perspectiva comportamental, preventivista (OLIVEIRA, 2005; HEIDEMANN *et al.*, 2006; SOUZA, GRUNDY, 2004).

A Organização Mundial da Saúde - OMS, em 1978, convocou a *I Conferência Internacional sobre Cuidados Primários de Saúde*, que se realizou em *Alma Ata* com um novo enfoque para o campo da saúde, colocando a meta “Saúde para Todos no ano 2000” e a proposta da “Estratégia de Atenção Primária de Saúde” (BUSS, 2000).

As oito metas essenciais para alcançar saúde para todos são:

- educação dos problemas de saúde prevalentes; prevenção e controle;
- promoção do suprimento de alimentos e nutrição adequada;
- abastecimento de água e saneamento básico apropriados;
- atenção materno-infantil, incluindo o planejamento familiar;
- imunizações contra as principais doenças infecciosas;
- prevenção e controle de doenças endêmicas;
- tratamento apropriado das doenças comuns e dos acidentes;
- distribuição de medicamentos básicos.

Em 1984, é realizada na cidade de Toronto, no Canadá, a Conferência *Beyond Health Care*, que divulga as bases do movimento das cidades saudáveis. No ano seguinte, em 1985, a OMS/Europa divulga as 38 metas para a saúde na região européia e, em 1986, torna público o documento *Health City Movement*, sendo que este discurso encontrará expressão no Canadá (HEIDEMANN *et al.*, 2006).

Ainda em 1986, ocorreu a *I Conferência Internacional sobre Promoção da Saúde* que teve como principal produto, a *Carta de Ottawa*. Esta define a promoção da saúde articulada com o conceito de saúde da OMS, introduzindo nova corrente, agora numa perspectiva mais ampla, contemplando o socioambiental. Com novas idéias, linguagens e conceitos sobre o que é saúde e os novos caminhos para a produção em saúde, denominou-se esta nova abordagem

de “nova” promoção da saúde. Em continuidade com a linha de Alma Ata, esta corrente considera que a justiça social, a equidade, a educação, o saneamento, a paz, a habitação, o salário digno, a estabilidade do ecossistema e a sustentabilidade dos recursos naturais, entre outros, são pré-requisitos essenciais à população, como resultado de diversas estratégias nas quais a melhoria da qualidade de vida e saúde se insere. Como eixo de suas estratégias de ações recomenda: a criação de ambientes sustentáveis, a reorientação dos serviços de saúde, o desenvolvimento da capacidade dos sujeitos individuais e o fortalecimento de ações comunitárias (CARVALHO, 2004; HEIDEMANN *et al.*, 2006).

Desde sua divulgação, a Carta de Ottawa tem sido o principal marco de referência da promoção da saúde em todo o mundo (BUSS, 2003). As conferências internacionais de promoção: 1988, 1991, 1997, 2000 e 2005; as conferências regionais: 1992, 1993, incluindo-se também nesta relação a corrente de “saúde populacional” de 1996 e a Rede de Megapaíses de 1998 também trouxeram contribuições importantes para a corrente moderna da promoção à saúde.

5.1.2 As cinco principais ações de Promoção da Saúde

A Carta de Ottawa propõe cinco ações principais para a Promoção da Saúde:

Elaboração e Implementação de “Políticas Públicas Saudáveis”

As políticas públicas saudáveis se expressam por diversas abordagens complementares, que incluem legislação, medidas fiscais, taxações e mudanças organizacionais, entre outras, e por ações coordenadas que apontam para a equidade da renda e políticas sociais (BUSS, 2003)

Conforme a Declaração de Adelaide de 1988 (BRASIL, 2002), as políticas públicas saudáveis caracterizam-se pelo interesse e preocupação explícitos das políticas públicas em relação à saúde e a equidade e pelos compromissos com o impacto de tais políticas sobre a saúde da população. Ambientes favoráveis são criados para que as pessoas possam viver vidas saudáveis, facilitando acesso a opções saudáveis de vida para os cidadãos, criando ambientes sociais e físicos comprometidos com a saúde.

A saúde deve estar na agenda de prioridades dos políticos e dirigentes em todos os níveis e setores, que devem tomar consciência de suas decisões e responsabilidades (WHO, 1986; LABONTE *apud* HEIDEMANN, 2006). Para formular políticas públicas saudáveis, os

setores governamentais de agricultura, comércio, educação, indústria e comunicação devem levar em consideração a saúde como um fator essencial (ZONTA, 2007).

Além disso, a Carta de Ottawa sugere a adoção de uma postura de natureza intersetorial como um dos objetivos da nova promoção da saúde para a formulação de políticas públicas e sua ação sobre o setor saúde. A intersetorialidade surge como proposta de uma nova forma de trabalhar, de governar e de construir políticas públicas voltadas para a promoção da saúde e melhoria da qualidade de vida.

A política de promoção da saúde requer a identificação e a remoção de obstáculos para a adoção de políticas públicas saudáveis nos setores que não estão diretamente ligados à saúde. O objetivo maior deve ser indicar aos dirigentes e políticos que as escolhas saudáveis são as mais fáceis (WHO *apud* HEIDEMANN, 2006).

Criação de “Ambientes Favoráveis à Saúde”

A promoção da saúde propõe a criação de ambientes favoráveis à saúde, com estabelecimento de laços entre os seres humanos e o ambiente (CARVALHO, 1998). Implica no reconhecimento da complexidade das nossas sociedades e das relações de interdependência entre diversos setores (BUSS, 2003).

A criação de ambientes favoráveis à saúde propõe ainda, a necessidade de encorajar o desenvolvimento sustentável de modo a beneficiar o meio ambiente e a conservação dos recursos naturais como parte da estratégia de promoção da saúde. Mas, para que isto ocorra, sugere a adoção de ações que visem o monitoramento de mudanças tecnológicas, do trabalho, da produção de energia e do processo de urbanização que afeta o meio ambiente e a saúde da população (WHO *apud* HEIDEMANN, 2006).

Sendo as sociedades complexas e inter-relacionadas, a saúde não pode estar separada de outras metas e objetivos. As ligações entre a população e seu meio-ambiente constituem a base para uma abordagem socioecológica da saúde. A conservação dos recursos naturais do mundo deve ser enfatizada como uma responsabilidade global e deve fazer parte de qualquer estratégia de promoção da saúde. Mudar os modos de vida, de trabalho e de lazer tem um significativo impacto sobre a saúde, pois esta mudança contribui para a constituição de uma sociedade mais saudável, gerando condições de vida e trabalho seguras, estimulantes, satisfatórias e agradáveis (WHO, 1986).

Reforço da “Ação Comunitária”

A Carta de Ottawa enfatiza que as ações comunitárias serão efetivas se for garantida a participação popular na direção dos assuntos de saúde, bem como o acesso total e contínuo à informação e às oportunidades de aprendizagem nesta área – *empowerment* comunitário (BUSS, 2003)

A promoção da saúde trabalha através de ações comunitárias concretas e efetivas no desenvolvimento das prioridades, na tomada de decisão, na definição de estratégias e na sua implementação, visando a melhoria das condições de saúde e o reforço da ação comunitária (WHO, 1986).

Desenvolvimento de “Habilidades Pessoais”

Uma das estratégias prioritárias de promoção da saúde é capacitar pessoas para “aprender através da vida” e “preparar elas mesmas para todos os estágios” (LABONTE, 1993). A Promoção da Saúde estimula a criação de ambientes favoráveis para que indivíduos e coletivos possam aprender e estarem preparados para as diversas fases da vida (WHO, 1986).

Para o desenvolvimento de habilidades e atitudes pessoais é imprescindível a divulgação de informações sobre a educação em saúde, o que deve ocorrer no lar, na escola, no trabalho, e em qualquer espaço coletivo, sendo que diversas organizações devem se responsabilizar por estas ações (BUSS, 2003).

Com o desenvolvimento de habilidades vitais as populações aumentam as opções disponíveis para que possam exercer maior controle sobre sua própria saúde (*empowerment*, agora no plano individual) e sobre o meio-ambiente, bem como fazer opções que conduzam a uma saúde melhor (WHO, 1986).

“Reorientação do Sistema de Saúde”

A responsabilidade pela promoção da saúde nos serviços de saúde, conforme a Carta de Ottawa deve ser compartilhada entre indivíduos, comunidade, grupos, profissionais da saúde, instituições de saúde e governos. Todos devem trabalhar juntos, no sentido de criarem um sistema de saúde que contribua para a Promoção da Saúde (WHO, 1986).

Para a reorientação dos serviços de saúde, é necessário que estes adotem uma visão ampliada e intersetorial, respeitando as peculiaridades culturais individuais e coletivas, objetivando dessa forma, uma vida mais saudável à população.

Essa reorientação exige também, que se dedique uma atenção especial à investigação em saúde e as alterações a introduzir na educação e formação dos profissionais desta área. Tal perspectiva deve levar a uma mudança de atitude e de organização dos serviços de saúde para que focalizem as necessidades globais do indivíduo, como pessoa integral que é (ZONTA, 2007; WHO, 1986).

5.1.3 Política Nacional de Promoção da Saúde

O Ministério da Saúde, no intuito de reforçar a construção de um modelo de atenção à saúde que priorize ações de melhoria da qualidade de vida dos sujeitos e coletivos, definiu em 2005 a Agenda de Compromissos pela Saúde, a qual agrega três eixos: *O Pacto em Defesa do Sistema Único de Saúde, O Pacto em Defesa da Vida e o Pacto de Gestão*.

Dentre as macro-prioridades encontradas no *Pacto em Defesa da Vida*, uma delas diz respeito à necessidade de elaborar, implementar e pactuar a Política Nacional de Promoção da Saúde (BRASIL, 2006b).

A Política Nacional de Promoção da Saúde, instituída mediante Portaria nº 687, de 30 de Março de 2006, tem como proposta trabalhar de forma integral, intersetorial, com a corresponsabilidade de todos os segmentos da sociedade (BRASIL, 2006b). Além disso, visa

“promover a qualidade de vida e reduzir vulnerabilidade e riscos à saúde relacionados aos seus determinantes e condicionantes – modos de viver, condições de trabalho, habitação, ambiente educação, lazer, cultura, acesso a bens e serviços essenciais” (Brasil, 2006b, p.19).

Esta política lançou como sugestões para os anos de 2006 e 2007 as ações de (BRASIL, 2006b, p. 24-25):

- Divulgação e implementação da Política Nacional de Promoção da Saúde;
- Alimentação Saudável;
- Prática Corporal/Atividade Física;
- Prevenção e controle do Tabagismo;
- Redução da morbi-mortalidade em decorrência do uso abusivo de álcool e outras drogas;
- Redução da morbi-mortalidade por acidentes de trânsito;

- Prevenção da violência e estímulo à cultura de paz;
- Promoção do desenvolvimento sustentável;

Alguns autores, Travesso-Yépes (2007), Moreira e Barreiros (2006) e Campos *et al.* (2004), analisam de forma crítica a PNPS. O artigo “A Promoção da Saúde prescrita: ações e contradições na Política Nacional de Promoção da Saúde” escrito pelas autoras Moreira e Barreiros (2006), refere que esta política evidencia:

[...] uma visão reducionista da promoção da saúde, por atuar na linha preventivista e no modelo comportamental, [...] com uma visão biologicista quando utiliza comportamentos de risco e hábitos saudáveis, além de reforçar uma hegemonia de cunho neoliberal, por não permitir mudanças nas relações de poder (p. 34-35).

Dessa forma, a PNPS e as avaliações realizadas da mesma, demonstram que existe uma dicotomia entre os objetivos e as ações preconizadas por essa política, ou seja, enquanto seus objetivos estão voltados para uma concepção ampliada de saúde, suas ações encontram-se focadas principalmente no modelo preventivista e comportamental (SCHNEIDER, MATTOS, 2007).

6. METODOLOGIA

6.1 Delineamento da pesquisa

Pesquisa de abordagem qualitativa articulada com o referencial metodológico de Paulo Freire.

A pesquisa qualitativa articula-se com o pensamento Freireano, quando ambos se preocupam com o desvelamento da realidade social, revelando o que está oculto, permitindo que as reflexões dos participantes os levem a desvendar novas propostas de ação sobre as realidades vividas (HEIDEMANN, 2006).

Para o desenvolvimento deste estudo foi utilizado o Itinerário Freireano, tendo como Investigação Temática as cinco estratégias de ações da Promoção da Saúde, através dos “Círculos de Cultura”. Essa metodologia foi executada nos grupos de Hipertensos e Diabéticos desenvolvidos pelas 03 equipes de saúde da família de um Centro de Saúde do Município de Florianópolis.

Esses grupos foram selecionados a partir da entrada no campo de estágio, a qual ocorreu no início de agosto de 2008. Para isso, os grupos deveriam ser previamente estruturados, e possuir reuniões, no mínimo mensais e com atuação de equipe multidisciplinar: médicos, enfermeiros, técnicos de enfermagem, odontólogos, agentes comunitários de saúde.

6.1.1 Círculos de Cultura

Paulo Freire, segundo Barreto (1998), na experiência de Angicos e em outros locais onde foi adotado o Método, transformava as salas de aula em fóruns de debate, conhecidos como “Círculos de Cultura”. Neles, os alfabetizandos aprendiam a ler as letras e o mundo, escreviam a palavra e sua própria história. Ao educador cabia conhecer o universo vocabular dos educandos, respeitar seu saber traduzido através da oralidade, por meio do diálogo constante com sua bagagem cultural.

Nesse contexto era apresentada uma palavra ligada a este cotidiano, previamente escolhida, através do estudo das famílias silábicas. Os educandos iam apropriando-se do

código escrito simultaneamente ao ato refletir sobre suas histórias de vida. (BARRETO, 1998)

Através da realização de **Círculo de Cultura**, proposto no Método Paulo Freire é possível levantar, problematizar e desvelar os temas que tanto podem ser situações conflitantes ou positivas para a consolidação da promoção da saúde pelas equipes de Saúde da Família. (HEIDEMANN, 2006)

Segundo Freire *apud* Heidemann (2006),

No Círculo de Cultura é necessário que o (a) educador (a) saiba que o seu “aqui” e seu “agora” são quase sempre o “lá” do educando. O sonho do (a) educador (a) pode não somente tornar o seu “aqui - agora”, o seu saber, acessível ao educando, mas ir além de seu “aqui – agora”. Para que o educando ultrapasse o seu “aqui”, o educador tem que partir do “aqui” do educando e não do seu. O educador (a) não pode desconhecer, subestimar ou negar os “saberes de experiência feitos” com que os educandos falam, nos Círculos de Cultura.

A ação e reflexão entre educandos e educadores em torno de situações existenciais, abordando temas importantes como saúde, educação, cidadania, qualidade de vida e outros, têm levado ao desenvolvimento de inúmeros trabalhos com Círculo de Cultura, na área da saúde, principalmente na Enfermagem. (HEIDEMANN, 2006)

Como coordenadoras dos debates no Círculo de Cultura teremos a responsabilidade de ordenar os conhecimentos para que os participantes compreendam o sentido e a utilização do conhecimento, possibilitando a formação de uma consciência crítica. Para isto, devemos conhecer o que os usuários já sabem sobre o assunto a ser estudado, e o que mais querem saber.

6.1.2 Itinerário Freireano

O Itinerário Freireano é constituído de: Investigação Temática ou levantamento dos temas geradores, Tematização (codificação e decodificação) e Desvelamento Crítico (fase de transformação). É importante destacar que o Itinerário de pesquisa proposto por Freire, segue uma seqüência de passos não linear, visto que os mesmos vão se interrelacionando em constante processo de construção.

Paulo Freire iniciou suas experiências com o itinerário em Santiago do Chile, em meados de 1968. Em conjunto com uma equipe de educadores desenvolveu a proposta com a denominação de “Investigação Temática”. Na sua constituição este método fundamentou-se na metodologia das ciências sociais e sua teoria da codificação e decodificação das palavras

e temas geradores (interdisciplinaridade) caminhou passo a passo com a “pesquisa participante” (HEIDEMANN, 1994; GADOTTI, 2001; HEIDEMANN, 2006)

A Investigação Temática caracteriza-se pela investigação do universo vocabular e o estudo dos modos de vida dos educandos. A expressão Tema Gerador liga-se à idéia de interdisciplinaridade, pois tem como princípio metodológico à promoção de uma aprendizagem global, não fragmentada. Paulo Freire sempre insistiu que as palavras geradoras deveriam sair da pesquisa que deve ser feita pelo professor junto aos alunos que pretende alfabetizar. (BARRETO, 1998)

Na investigação temática são trazidos os temas relevantes, colhidos do universo vivenciado pelos indivíduos. O tema gerador é investigado a partir de assuntos de significado social para a comunidade. A determinação do tema gerador é de fundamental importância, pois é a partir dele que se desencadeará o processo educativo e transformador da realidade. (AQUINO, 2008)

A investigação dos temas geradores, contidos no “universo temático mínimo”, ocorre através de uma metodologia conscientizadora, que nos possibilita apreensão, inserção a partir dos homens numa forma crítica de pensamento sobre seu mundo. (HEIDEMANN, 2006)

É preciso entender os homens na sua realidade, e a investigação temática se faz, assim, num esforço comum de consciência da realidade e de autoconsciência, que a inscreve como ponto de partida do processo educativo, ou da ação cultural de caráter libertador (FREIRE, 1987).

Os **temas geradores** são amplos e constituem a realidade do universo dos educandos/usuários, problematizada pelo diálogo entre educador/coordenador e educando/usuário. Esta problematização vai ocorrendo na medida em que os problemas são levantados através do diálogo, no qual os educandos participantes começam a falar sobre as contradições, as situações concretas e reais em que estão vivendo o seu aqui e agora. (HEIDEMANN, 2006)

A investigação das situações limite é de fundamental importância e deve ser priorizada pelo grupo no Círculo de Cultura. A partir da identificação dos temas geradores irá se constituir a problematização que determinará a ação. (HEIDEMANN, 2006)

Segundo Heidemann (2006),

“O que se pretende investigar, não são os homens, mas o seu pensamento-linguagem referido à realidade, a sua visão do mundo, em que se encontram envolvidos seus “temas geradores”. A constatação do tema gerador é algo a que chegamos através, não só da própria experiência existencial, mas também de uma reflexão crítica sobre as relações homens-mundo e homens-homens.”

Os temas não são percebidos como deveriam, envolvidos e envolvendo as “situações limites”, as tarefas referidas a eles. Estas “situações limites” muitas vezes se apresentam aos homens e mulheres como se fossem determinantes históricas, esmagadoras, e não cabe alternativa senão adaptar-se. Os homens e mulheres não chegam a transcender as “situações limite” e a descobrir ou a divisar, ir além delas e em relação como elas, o “inédito viável” (FREIRE, 1987).

A partir do momento que descobre, vislumbra o “inédito viável”, ainda como uma “situação limite” ameaçadora, mas que precisa ser superada, é que os homens se percebem como quase coisificados. É necessário superar as “situações limite” e captar o que está aparentemente oculto, o fato de captá-lo de forma distorcida pode significar uma opressão em que os homens se encontram mais imersos que emersos (FREIRE, 1987).

Devemos buscar apreender o que os participantes já sabem, o que querem saber e o que precisam saber sobre o tema a ser discutido e assim, paulatinamente estabelecendo os **temas geradores**, decodificados a partir de palavras ou frases mais usadas pelos participantes ao discorrerem sobre o assunto que está sendo estudado. Esta procura chamada de levantamento dos temas geradores é o ponto de partida do processo de educação.

A segunda etapa do Itinerário Freireano é a “**Tematização**”, onde os temas identificados são codificados e decodificados. Nesta fase, os sujeitos problematizam o tema conhecido, na medida em que são colocados os problemas e todos o compreendem através do diálogo, em torno das situações reais dos sujeitos conhecedores (HEIDEMANN, 1994).

Na **codificação**, como afirma Heidemann (2006), procura-se re-totalizar o tema cindido, na representação de situações existenciais. As mediações entre o “contexto concreto ou real” em que ocorrem os fatos, e o “contexto teórico”, em que são analisadas, são as codificações. É uma fase de tomada de consciência, onde se descobre novos temas geradores, relacionados aos iniciais.

Na medida em que representam situações existenciais, as codificações devem ser simples na sua complexidade e oferecer possibilidades plurais de análises na sua decodificação. As codificações não são slogans, são objetos cognoscíveis, desafios sobre os quais deve incidir a reflexão crítica dos sujeitos decodificadores (FREIRE *apud* HEIDMANN, 2006).

Para Freire (1992), o processo de criação das codificações são situações que:

“funcionam como desafios aos grupos. São situações-problema codificadas, guardando em si elementos que serão decodificados pelos grupos com a colaboração do coordenador. O debate em torno delas irá, como o que se faz com as que nos dão o conceito antropológico de cultura, levando os grupos a se conscientizarem para que concomitantemente se alfabetizem (p. 88)”.

Como refere Aquino (2008), “nesta etapa os participantes terão a oportunidade de realizar a “tematização”, isto é, os temas geradores serão codificados e decodificados, na tentativa de tomar consciência da realidade onde estão contextualizados.”

Os sujeitos participantes poderão, pelo diálogo, buscar a compreensão significativa dos temas, de modo a observá-los com outros olhos. O coordenador terá o papel de levar o grupo a este desafio (WOSNY *apud* AQUINO, 2008).

A “**descodificação**” é a análise da situação vivida, um momento dialético em que os participantes passam a admirar e refletir sobre sua ação. É neste momento que refazem seu poder reflexivo e se reconhecem como seres capazes de transformar o mundo. A necessidade de uma ação concreta para a superação das situações-limites é evidenciada. (HEIDEMANN, 2006). Assim, a descodificação promove uma nova percepção e o surgimento de um novo conhecimento. Esta fase compreende quatro momentos subseqüentes: Na primeira, os indivíduos têm a oportunidade de “admirar” a apreensão do objeto codificado, enquanto vão exteriorizando a sua temática. Em seguida, passam a perceber sua percepção anterior, constituindo-se a etapa da “percepção da situação”. A análise crítica se dá através da representação da codificação, constituindo a terceira etapa. A última, quarta etapa, se inicia quando o investigador dá início ao estudo sistemático dos achados. (AQUINO, 2008)

Dessa forma, os códigos são gerados e pelo diálogo, novos podem surgir e expressar a análise crítica do que a codificação apresenta, ou seja, realidade (HEIDEMANN, 1994; FREIRE, 1996; WALLERSTEIN; BERNSTEIN *apud* HEIDEMANN, 2006).

O **Desvelamento Crítico ou Problematização** (redução temática), última etapa do Itinerário Freireano, representa a tomada de consciência da situação existencial compartilhada, descobrem-se os limites e as possibilidades da primeira etapa. Há o processo de ação-reflexão-ação que capacita às pessoas aprender e evidencia-se a necessidade de uma ação concreta, cultural, política e social visando “situações limites” e superação das contradições (HEIDEMANN, 2006). O objetivo segundo Freire (1997), é promover a transformação dos reais problemas que estavam interferindo na vida das pessoas.

É a ação exercida para tirar ‘o véu’ (o que oculta), que não permite ver e analisar a verdade das coisas, chegar ao fundo, conhecê-las, descobrir o que há em seu interior, atuar sobre o que conhece para transformá-la (GADOTTI *apud* AQUINO, 2008).

Nesta etapa, busca-se então a cisão dos temas, com a finalidade de voltar à totalidade para melhor conhecê-la. Consiste da tomada de consciência da realidade vívida, que a partir de uma nova reflexão da realidade passa a ser transformada.

6.2 Cenário

A escolha do campo de estudo considerou o objetivo e interesses da pesquisa, bem como, a disponibilidade de acesso ao local a ser trabalhado. Dessa forma, este estudo foi realizado em nível de Atenção Primária em um Centro de Saúde do Município de Florianópolis – SC.

Este CS também é o local de desenvolvimento das atividades referentes à Disciplina NFR 5162 Estágio Supervisionado II do curso de Graduação em Enfermagem da UFSC, além de possuir pleno funcionamento da ESF e integrar a Rede Docente Assistencial. A Professora Orientadora dessa pesquisa mantém um estreito vínculo com o Centro de Saúde por supervisionar alunos do Curso de Graduação em Enfermagem da UFSC durante atividades teórico-práticas.

6.2.1 Contextualização do bairro e do Centro de Saúde

Localizado na Baía Sul da Ilha de Santa Catarina, pertencendo, portanto ao município de Florianópolis, o bairro onde este estudo foi desenvolvido possui nome indígena, o qual designa pequena casa de índios, local de vivência dos índios Carijó. Popularmente, seu nome quer dizer “lugar abandonado”.

Por situar-se em uma área delimitada por muitas barreiras geográficas e por uma área militar, o acesso das pessoas a esse bairro é dificultado, sendo praticamente isolado das demais localidades da região. Além disso, este bairro é caracterizado pela migração de catarinenses, principalmente da região Oeste de SC, e também por apresentar um nível sócio-econômico baixo e com um alto índice de criminalidade, principalmente pelo tráfico de drogas (notas de observação).

Atualmente, segundo a Prefeitura de Florianópolis, a comunidade possui aproximadamente 9.888 habitantes (FLORIANÓPOLIS, 2007), os quais são atendidos através

de um Centro de Saúde pertencente à Regional Sul da Secretaria Municipal de Saúde – SMS e recentemente a comunidade também pode ser atendida em casos de emergência médica e odontológica, por uma Unidade de Pronto Atendimento que atende a toda a região.

As instalações físicas deste Centro de Saúde contam com: recepção, sala de marcação de consultas, 2 salas de espera, 9 consultórios médicos e de enfermagem, 1 consultório odontológico com 2 cadeiras odontológicas, sala de triagem, sala de curativos, sala de vacinação, salinha de brinquedos, farmácia, sala de lanche (cozinha), banheiros feminino/masculino para funcionários, banheiros feminino/masculino para usuários, depósito de materiais de limpeza, sala de pré-lavagem/esterilização de materiais, almoxarifado, administração, sala de reuniões e auditório com copa e banheiro.

Esta unidade de saúde oferece à comunidade os serviços de clínica geral, básico de enfermagem, odontologia, vacinação, teste do pezinho, preventivo do câncer de colo uterino, distribuição de medicamentos, entre outros.

Além disso, são desenvolvidos programas do Ministério da Saúde e das Secretarias Estadual e Municipal de Saúde: Saúde da Família, Hora de Comer, Bolsa Família, Controle de Diabéticos e Hipertensos, Capital Criança, Prevenção de Câncer de Colo Uterino e de Mama, Pré-Natal, Programa Nacional de Imunizações, “Floripa livre de Cigarro” visando à erradicação do Tabagismo.

Os grupos desenvolvidos pelas equipes de saúde da família atuantes neste Centro de Saúde são: o de Hipertensos e Diabéticos; o de Puericultura; e o de Gestantes. Além disso, há outros grupos realizados por outros profissionais do CS como: o de Reeducação Alimentar, desenvolvido pela Nutricionista; o de Mulheres, executado pela psicóloga; o de homens realizado por um médico e o de relaxamento, feito por outro médico do centro.

As reuniões realizadas pela unidade são: a geral, a qual é feita mensalmente, em um período de trabalho, que conta com a participação de todos os funcionários; a reunião de enfermagem, semanal, feita pela equipe de enfermagem do CS; a reunião de área, também feita semanalmente, sendo que cada equipe de SF realiza a sua em períodos e datas diferentes e a de planejamento das atividades de grupo, na qual a equipe que está responsável em desenvolver a atividade com um determinado grupo se reúne uma semana antes da execução do mesmo a fim de elaborar a dinâmica a ser realizada.

Em relação à Estratégia Saúde da Família, a comunidade está dividida em 03 (três) áreas, sendo que cada é atendida por uma equipe básica da Saúde da Família composta por um médico, uma enfermeira, um odontólogo, um técnico de enfermagem e um agente comunitário de saúde por microárea. Uma quarta área da ESF já está definida pela SMS, mas ainda está sem data prevista para sua implementação.

Esta comunidade também era atendida pela equipe do Programa de Residência Multiprofissional em Saúde da Família da UFSC, que contava com estagiários dos cursos de enfermagem, odontologia, medicina, serviço social, nutrição, psicologia e farmácia. Mas no ano de 2007, esse serviço foi transferido deste bairro para outra localidade pertencente a Regional Continente. Alguns profissionais da equipe complementar de Saúde da Família, como nutricionista, assistente social e psicóloga, foram contratados para amenizar e suprir de certa forma a retirada deste programa desta unidade de saúde.

Além disso, futuramente será implantado em todas as Regionais de Saúde, o Núcleo de Apoio à Saúde da Família - NASF, o qual tem por objetivo ampliar a abrangência e o escopo das ações da atenção básica, bem como sua resolubilidade, apoiando a inserção da estratégia de Saúde da Família na rede de serviços e o processo de territorialização e regionalização a partir da atenção básica. O NASF será constituído por equipes compostas por profissionais de diferentes áreas de conhecimento, para atuarem em parceria com os profissionais das Equipes Saúde da Família, compartilhando as práticas em saúde nos territórios sob responsabilidade das ESF, atuando diretamente no apoio às equipes e na unidade na qual o NASF está cadastrado (BRASIL, 2008c).

6.2.2 Sujeitos participantes

Os sujeitos abordados durante os Círculos de Cultura para o desenvolvimento do Itinerário Freireano foram:

- Profissionais e trabalhadores da saúde, efetivos ou não, integrantes da Estratégia de Saúde da Família das equipes básicas: enfermeiros, médicos, auxiliares/técnicos de enfermagem, odontólogos e agentes comunitários de saúde; e das equipes complementares: nutricionistas, psicólogos, assistentes sociais; que desenvolvem atividades em grupos no Centro de Saúde, e;
- Usuários do Centro de Saúde, participantes dos grupos desenvolvidos pelas equipes da ESF.

6.2.3 A inserção na realidade

Começamos nossa inserção no cotidiano do Centro de Saúde, participando de uma reunião mensal do CS, alguns dias antes do início das atividades da 8ª Unidade Curricular do curso de Graduação em Enfermagem.

Nesta, nos apresentamos como futuras estagiárias de enfermagem e colocamos nossa proposta de pesquisa para nosso Trabalho de Conclusão de Curso – TCC. Pedimos encarecidamente a aprovação e participação de todos e explicamos rapidamente como estaríamos nos inserindo nas atividades das Equipes. Ainda, participamos de um encontro prévio de um grupo desenvolvido por uma equipe de SF, a fim de irmos nos familiarizando-nos com a comunidade.

Para melhor compreensão do desenvolvimento das atividades realizadas no Centro de Saúde, sentimos necessidade de descrever a realidade que encontramos quando chegamos a esta Unidade.

Iniciamos nosso estágio supervisionado da 8ª fase curricular do curso de Graduação em Enfermagem, no mês de agosto de 2008, nesse período, estavam sendo chamados e remanejados, profissionais para assumir cargos abertos em concurso público da Prefeitura de Florianópolis.

Com o objetivo de responder nossa pergunta de pesquisa, *Como as principais ações de promoção da saúde, estabelecidas pela Carta de Ottawa, estão sendo trabalhadas nos grupos desenvolvidos pelas equipes de saúde da família de um Centro de Saúde do Município de Florianópolis?*, nos propomos a participar e desenvolver Círculos de Cultura nos Grupos de Hipertensos e Diabéticos na equipe onde atuávamos acompanhando nossa supervisora de estágio e também porque este grupo ser o único que era realizado cada equipe com seus usuários.

Os demais grupos, gestantes, crianças baixo peso, puericultura, tabagismo, são realizados também mensalmente, mas com rodízio entre as equipes para desenvolvê-lo, não tendo separação entre os usuários por área. Mas, há alguns meses, o grupo de hipertensos e diabéticos também era desenvolvido da mesma forma como grupos citados acima, mas por solicitação de um dos médicos do CS, houve a divisão por área da ESF, ficando num total de 03 grupos desta categoria. Sendo assim, os 03 grupos de hipertensos e diabéticos estavam passando por uma fase de reestruturação e identificação, eram incipientes, e ainda estavam na fase da conquista do “público”.

Participamos então inicialmente da Reunião de Enfermagem do CS, para relembrar nossa proposta de pesquisa e pedir a colaboração de todos. Neste momento, a temática “Promoção da Saúde x Grupos” trouxe várias discussões entre os profissionais de enfermagem.

Além disso, participamos da Reunião de Área da Equipe em que estávamos atuando e aproveitamos a oportunidade para expor nossa proposta novamente, pedir autorização e colaboração para a realização das atividades e explicamos como estas se efetivariam. Neste momento, percebemos que nossa primeira tarefa seria conquistar a confiança das ACS, que dispunham de muita força de decisão sobre as atividades do grupo daquela área da ESF.

Os Círculos de Cultura do grupo selecionado ocorreram durante as reuniões mensais do mesmo, onde se possuía de 10-20min para sua realização, com os profissionais e usuários participantes.

Mas, após o primeiro encontro com o grupo, realizado no mês de agosto, devido ao pouco envolvimento dos participantes nos Círculos, e a dificuldade em proceder a **Investigação dos temas geradores**, além da limitação de tempo durante a reunião para a realização de nossa abordagem e da ausência de alguns profissionais da equipe de SF, percebeu-se a necessidade de desenvolver Círculos de Cultura nos demais grupos de Hipertensos e Diabéticos existentes na Unidade de Saúde. Essa decisão foi tomada em conjunto entre as alunas-pesquisadoras e Professora Orientadora, a fim de possuir dados em maior número de grupos para investigar a real inserção das ações da promoção de saúde neste Centro de Saúde.

Então, para termos a permissão para a realização da pesquisa nos grupos das outras duas áreas da ESF, participamos, em uma das equipes da reunião semanal de área e na outra, conversamos com o médico e com o enfermeiro da equipe. Em apenas uma dessas áreas a inserção das alunas nas atividades do grupo para a realização dos Círculos de Cultura teve menos abertura de alguns trabalhadores o que dificultou a coleta de dados.

Para dar continuidade à pesquisa e proceder à realização das etapas do Itinerário de Pesquisa Freireano, era necessário de 3-4 Círculos entre o período de Agosto a Novembro de 2008, além de existir o interesse dos participantes. O cronograma dos grupos era pré-determinado, em função disto realizamos em duas das áreas 03 Círculos e na outra, após solicitação de realização de um encontro extra no mês de setembro, foram desenvolvidos 04 Círculos.

Nas etapas do Itinerário em cada grupo houve pouca participação dos profissionais nos Círculos de Cultura, dificultando a identificação das percepções dos temas investigados com

os mesmos e usuários. Decidimos então, realizar a **Investigação Temática** com os profissionais, através de Círculos de Cultura durante as reuniões de planejamento das atividades de cada grupo, as quais são sempre realizadas uma semana antes de cada encontro.

Alguns profissionais não estavam presentes durante esses Círculos de Cultura, devido ao comprometimento em outras atividades e/ou para solucionar outros problemas. Como o diálogo com eles era muito importante para a identificação dos temas geradores relacionados às ações da promoção da saúde nos grupos de Hipertensos e Diabéticos, realizamos ainda diálogos individuais com os mesmos (pesquisadoras e profissional).

Devido às limitações como o tempo, a disposição dos profissionais e a dificuldade das pesquisadoras de estarem desenvolvendo a metodologia nos Círculos de Cultura, trabalhamos a **Investigação Temática, Codificação e Descodificação**, faltando apenas o último passo do Itinerário Freireano, o Desvelamento Crítico.

6.3 Registro dos dados

Para o registro dos dados realizou-se o “diário de campo”, aonde em cada Círculo de Cultura uma de nós conduzia a fala e a outra descrevia a atividade em um bloco de notas. Posteriormente essas anotações eram redigidas para o computador, no programa do Windows®: Word.

A fim de melhorar a qualidade e a fidelidade dos dados coletados, optou-se em gravar alguns encontros, quando se tinha a possibilidade e também o consentimento prévio dos profissionais e usuários. Esses dados também foram posteriormente transcritos para o mesmo programa de computador acima citado.

6.4 Análise dos Dados

A análise de dados neste estudo realizou-se de forma concomitante com a coleta de dados através do Itinerário de Paulo Freire, por meio da realização de Círculos de Cultura entre as alunas/pesquisadoras e orientadora, pois este referencial prevê o processo analítico dos dados qualitativos durante todo o percurso da pesquisa.

6.5 Procedimentos éticos

O projeto tem como base a Resolução nº 196 do Conselho Nacional de Saúde (1996), relacionada à pesquisa com seres humanos, sendo que foi solicitado, através do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (Apêndices 1 e 2), o consentimento para pesquisa aos sujeitos que iriam participar do estudo e à instituição envolvida. O anonimato dos sujeitos foi garantido denominando-os como profissionais de nível superior (Médicos, Enfermeiros, Odontólogo, Nutricionista), profissionais de nível médio (Técnicos de Enfermagem, Técnicos de Higiene Bucal, Auxiliar de Consultório Dentário) e Agentes Comunitários (Agentes Comunitários de Saúde). As três áreas das Equipes de Saúde da Família foram identificadas através de cores: **azul, verde, vermelho** e o nome do Centro de Saúde não foi mencionado.

Este projeto foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa com Seres Humanos da Universidade Federal de Santa Catarina (Anexo 1), sob o parecer nº 158/08, e pela Comissão de Acompanhamento dos Projetos de Pesquisa em Saúde da Secretaria Municipal de Saúde de Florianópolis (Anexo 2), protocolo nº 018/2008.

7. RESULTADOS E DISCUSSÃO

O objetivo da pesquisa era levantar dados para identificar como as ações de promoção da saúde estavam sendo trabalhadas nas atividades dos grupos. Para tanto, realizamos alguns questionamentos nos Círculos de Cultura, relacionados à: conceitos de saúde, doença, qualidade de vida, promoção da saúde, prevenção de doenças e também, quanto ao objetivo do grupo, as dificuldades existentes, a metodologia realizada e as possibilidades a serem trabalhadas.

No total, no período compreendido entre agosto a novembro de 2008, realizamos 16 Círculos de Cultura nas equipes azul, verde e vermelha, sendo 10 durante as reuniões dos grupos de hipertensos e diabéticos, 03 com os profissionais e trabalhadores durante a reunião de planejamento de grupos, a fim de aprofundar os dados da Investigação Temática, e 03 diálogos com os profissionais não abordados durante os grupos e reuniões de planejamento. Os mesmos ocorreram em sua maioria nas instalações do Centro de Saúde, apenas em uma equipe foram realizados em um local pertencente à área de abrangência da mesma, e os demais, desenvolvidos durante os passeios previamente programados pela equipe e usuários.

Participaram em média de 8-12 usuários por Círculo de Cultura e profissionais de nível superior e médio como: Médicos, Enfermeiros, Técnicos de Enfermagem e Higiene Dental, Auxiliar de Consultório Dentário e Nutricionista, além das Agentes Comunitárias de Saúde. Em todos os Círculos, reforçávamos o objetivo de nossa pesquisa aos profissionais e usuários, e solicitávamos autorização para coleta de dados através do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido.

No início pensávamos que, como proposto em nossa metodologia, desenvolveríamos as etapas do Itinerário Freireano (Investigação Temática, Codificação/Descodificação e Desvelamento Crítico), cada uma em um Círculo de Cultura, separadamente. Mas, ao longo da pesquisa, observamos que os temas geradores foram surgindo no desenrolar dos Círculos, concomitantemente com a codificação e descodificação. Além disso, resultado do pouco tempo disponível para o desenvolvimento dos Círculos nos grupos, do cronograma dos mesmos ser pouco flexível, da resistência por parte de alguns profissionais das equipes em relação à aplicação de nossa pesquisa e também, pela dificuldade das pesquisadoras de se fazer compreender ao aplicar a metodologia aos profissionais e usuários, não houve possibilidade de realizar a última etapa do Itinerário, o Desvelamento Crítico.

A seguir, descreveremos de uma maneira geral os Círculos de Cultura realizados em cada Equipe de Saúde da Família e em seguida, discutiremos os temas geradores identificados durante os mesmos, analisando-os à luz do Referencial Teórico de Promoção da Saúde.

7.1 Descrição dos Círculos de Cultura

7.1.1 Equipe Azul

Nesta equipe realizamos Círculos de Cultura em 03 encontros do grupo. No primeiro, realizado no início de setembro, optamos por apenas observar as atividades, como uma tentativa de inserção, pois encontramos muitas dificuldades relacionadas à aceitação de alguns trabalhadores da equipe para a realização dos Círculos de Cultura neste grupo. Essa dificuldade pode ser justificada, porque alguns trabalhadores referiram receio de que interferíssemos na metodologia adotada pelo grupo e na dinâmica do mesmo, já que estavam numa fase de conquista da adesão dos usuários e de criação de vínculo, pois foi esta equipe que solicitou a separação dos grupos (ficando cada área da SF responsável em atender os seus hipertensos e diabéticos mensalmente).

Durante o período de setembro a novembro de 2008, acompanhamos as atividades desenvolvidas pela equipe juntamente com o grupo: manejo de horta e discussão das principais ações e indicações terapêuticas das mudas de plantas que os usuários trouxeram para o encontro (previamente solicitadas); conversa sobre o dia-a-dia do aposentado e sobre a comunidade; e a discussão sobre Diabetes após todos ter assistido um vídeo educativo sobre o tema. Além dessas, os profissionais de enfermagem sempre verificavam a PA dos usuários e o médico realizava a renovação de receitas e a visualização de resultado de exames.

Participavam dos encontros com o grupo nesta área: a enfermeira (que havia entrado há pouco tempo na unidade de saúde), o médico, uma das técnicas de enfermagem, uma técnica de higiene dental, pelo menos duas ACS e os usuários (homens e mulheres).

Para a utilização do Itinerário de Freire nesta equipe, devido às dificuldades enfrentadas em relação aos profissionais e também pela limitação do tempo, desenvolvemos as etapas de investigação temática e codificação dos temas nos Círculos de Cultura. Para proceder a problematização dos temas discutimos as questões, como: conceitos de saúde, doença, qualidade de vida, promoção da saúde, prevenção de doenças e também, quanto ao

objetivo do grupo, as dificuldades existentes, a metodologia realizada e as possibilidades a serem trabalhadas.

A partir desses questionamentos, os participantes dos Círculos de Cultura refletiram o objetivo do grupo de Hipertensos e Diabéticos. Os profissionais relataram:

“Serve como entretenimento, é um grupo de convivência”. (Profissional de Nível Superior)

“Eu acho que o grupo de hipertenso e diabético no caso, eu acho que é pra promover a saúde no caso né, fazer com que essas pessoas possam também procurar a Unidade de Saúde e saber mais também sobre esse problema, esse fator de risco, a hipertensão né, saber sobre a Diabetes, ta em contato com as pessoas da área da saúde, que então são as Agentes de Saúde, o médico, a enfermeira, conhecer melhor quem é o seu médico, [...] quem é a sua enfermeira, saí um pouco de casa também que a gente vê que essas muitas vezes essas pessoas elas ficam só em casa né”.(Agente Comunitária)

Mas, referiram também insatisfação pela pouca frequência e participação dos demais hipertensos e diabéticos existentes na comunidade e sugeriam estratégias para atrair os usuários ao grupo:

“Acho que falta divulgação, quem não está vindo (no grupo) deve ser porque não estão precisando do medicamento [...] devemos contar uma mentirinha, que eles devem vir no grupo para assinar e ganhar o remédio, se não vierem não recebem, não são atendidos”. (Usuário)

“Alguma coisa está falhando. O interesse é verdadeiro, eles (os profissionais de saúde) não têm que ir atrás da gente, nós temos que ir atrás deles (dos outros usuários). Avisar por telefone, um avisar para o outro”. (Usuário)

“[...] não sei se o grupo é uma atividade legal [...] de 300 hipertensos e diabéticos que temos em nossa área, apenas 12 pessoas participam dos encontros”. (Profissional de Nível Superior)

Além disso, em cada encontro do grupo, as ACS pediam ajuda dos usuários participantes, para estimularem os outros usuários a virem nas reuniões.

Sobre as dificuldades encontradas para a realização dos encontros, a falta de tempo para o planejamento das atividades e a pouca articulação com os demais setores para a execução dos mesmos, foram referidas:

“É em relação ao planejamento e organização dos grupos. Muitas vezes durante o período de trabalho não temos tempo e acabamos tendo que levar este serviço para casa, para decidir o que será trabalhado. Além disso, falta participação da Prefeitura e também mais recursos. A Prefeitura não tem uma política em relação a esses grupos [...] Acho que o que faltam são parcerias, o auxílio de outros profissionais. Falta mais apoio também das universidades”. (Profissional de Nível Superior)

Para contribuir com as dificuldades encontradas por estes profissionais para desenvolverem o grupo, a **sobrecarga de trabalho** também foi identificada como obstáculo, pois a maioria dos encontros foram iniciados após a hora marcada, principalmente devido ao serviço de Acolhimento porque devido à grande demanda que esta unidade atende, os profissionais frequentemente não conseguem terminar esse serviço no horário estipulado, (15h) para então dar início ao grupo.

A **falta de funcionários** no Centro de Saúde também contribuiu para que alguns profissionais ficassem sobrecarregados para suprir o atendimento. Com este cenário, **alguns profissionais ficam privados de participarem das atividades desenvolvidas pela sua área**, como por exemplo, o grupo:

“É que eu não tenho muita experiência de grupo, elas (ACS) têm mais vivência de grupo né, desde que eu entrei aqui, foram poucos os grupos que eu participei”.
(Profissional de Nível Médio)

Referiram que a forma como os encontros eram realizados anteriormente à separação dos grupos, há alguns meses, interferiu muito para a continuidade da participação dos usuários. Alegaram que realizar o grupo utilizando as discussões através de palestras acaba prejudicando o desenvolvimento do mesmo:

“No começo eu acredito que eles até se interessavam porque eles queriam saber, mas depois começou a ficar muito repetitivo, então só falava sobre alimentação, sobre medicamentos pra hipertensão, e pra diabetes, então ficou algo cansativo também...” (Agente Comunitária)

A nova abordagem dos profissionais para desenvolverem o grupo ainda está em processo de mudança e caracterização da metodologia:

“Não sei assim, é que, antes a gente tava fazendo mais palestras né, Eu acho que era isso que tava acontecendo...e agora não né, agora a gente tá tentando mudar...”(Profissional de Nível Médio)

“Então eu acho que com a horta agora também...e outras atividades que provavelmente vão vir né, com o tempo assim a gente vai identificando esse trabalho que está sendo feito...”(Agente Comunitária)

“A gente também pode trabalhar com vídeos educativos, a gente escolhe alguns temas né, [...] a gente faz uma sessão vídeo curta, o ideal que seja documentário [...] e depois no final a gente pode discutir sobre o tema.” (Profissional de Nível Superior)

Questionamos se gostavam do momento para a **verificação da pressão arterial e a renovação de medicamentos e visualização do resultado dos exames pelo médico**, se achavam importante essa atividade no grupo e responderam que:

“Aham...sim...gostam porque adianta né...eles não precisam ficar agendando consulta né, ah tem que agendar pra daqui dois meses só, assim eles vêm no grupo né, mensal, e tal, pra eles é melhor também.” (Profissional de Nível Médio)

Sobre a opinião ou sugestão de temas ou metodologia que gostariam que fossem adotadas durante as reuniões do grupo de hipertensos e diabéticos, referem:

“Pra mim seria a promoção né...Olha, é ótimo o grupo, mas eu acho que a gente precisaria da promoção! Porque isso não vai ficar só com ela, ela vai passar pros...sobrinhos, netos, filhos, pra que eles lá na frente não venham ter a hipertensão, a diabetes...o que eu observo é isso aí...Comer mais fruta, verdura, não comer comidas gordurosas”. (Agente Comunitária)

“Eu vou sugerir uma coisa, fazer uma convocação, [...] pra começar a dar preferência, não sei, é o meu modo de pensar né, porque aqui nós estamos conversando, batendo papo e tal, mas a finalidade é saúde [...] Por que no nosso próximo encontro não conseguir uma palestra sobre alimentação? É possível? E outra coisa, fala-se muito que o idoso tem que caminhar, tem que caminhar, primeiro que nós não temos lugar para caminhar e segundo, o quanto deve e o quanto não deve caminhar, nós temos como trazer alguém para nos dizer, mostrar slides sobre caminhada, exercício?” (Usuário)

Ainda perguntamos se percebem alguma contribuição na vida/saúde das pessoas que freqüentam o grupo, se estes, estão buscando cuidar melhor de sua saúde:

“As pessoas, pelo menos da minha área, que freqüentam mais o grupo, e que sempre vêm né, elas já têm uma vida regrada e o grupo é só um complemento, entendeu...Acho que, as que estão descompensadas, não vêm no grupo nunca!” (Agente Comunitária)

Para finalizar a descrição dos Círculos de Cultura realizados com a Equipe Azul, questionamos em relação à Promoção da Saúde, se esta, está sendo trabalhada durante os encontros com o grupo, um profissional respondeu:

“Após a mudança pelo qual o grupo passou (antes era apenas um grupo para toda a população e agora cada área coordena o seu), poucos encontros foram realizados. Estamos bem no início ainda, um trabalho de formiguinha, mas este (o grupo) é um espaço de socialização. No próximo encontro, por sugestão dos usuários será realizada uma caminhada até a praia do bairro, onde os profissionais poderão abordar a questão do exercício físico, da caminhada, e dessa forma irá aparecer a promoção, mas que ainda está em construção esse processo” (Profissional de Nível Superior)

7.1.2 Equipe Verde

Na Equipe Verde, percebemos tanto por parte dos profissionais, quanto por parte dos usuários, bastante apoio e abertura para realizarmos os Círculos de Cultura, no período de agosto a outubro. Mas, novamente pela restrição do tempo e periodicidade para desenvolvimento dos Círculos de Cultura nesses grupos, realizamos a investigação temática, a codificação e descodificação de alguns temas.

Nossa proposta, como nas demais equipes, era realizar o Círculo de Cultura com os profissionais durante a reunião de planejamento de grupo. Porém, no dia agendado para a realização desse Círculo, as ACS estavam em uma capacitação e o médico da área em outra reunião. Resolvemos então fazer o Círculo de Cultura durante a reunião semanal da Equipe de Saúde da Família, após consentimento dos profissionais.

Em relação ao grupo, participamos de 03 encontros e durante todas as atividades em que acompanhamos, além dos Círculos de Cultura, ocorreram: um relaxamento, uma conversa sobre a qualidade de vida e outra sobre alimentação, realizadas pelos profissionais da equipe e usuários. Os profissionais que participaram das reuniões foram o médico, o enfermeiro (recém admitido pelo Concurso da PMF), a técnica de enfermagem, pelo menos duas ACS e os usuários.

Nesta equipe, o encontro do Grupo de Hipertensos e Diabéticos é realizado em um salão anexo à casa da Pastoral da Criança da comunidade, localizado na área de abrangência a qual esta equipe de saúde da família é responsável.

Seguimos os questionamentos já descritos anteriormente para a abordagem da equipe e usuários durante os Círculos de Cultura. Dessa forma, descreveremos de uma maneira geral os mesmos.

Neste grupo também é verificada a pressão arterial de todos os usuários e a renovação de receitas e visualização do resultado de exames pelo médico. Todos os usuários enfaticamente disseram que acham que esse momento do grupo é necessário, principalmente para melhorar a dinâmica e participação dos usuários:

“Ah, com certeza...” (Usuários)

“O grupo melhorou bastante depois que começou a ser verificado a pressão, aumentou o interesse dos usuários depois que o médico começou a pedir exames, receitar medicamentos, renovar receitas. Isso animou o pessoal.” (Agente Comunitária)

Em relação para que serve o grupo, qual o objetivo dele, responderam: “*acho que é para entender a doença*”; “*para entender do remédio*”; “*para ter saúde*” e além dessas respostas, um profissional disse:

“O grupo é um espaço do CS, devemos trabalhar em outras lógicas. Retirar o medo das pessoas sobre a doença. Não tenho muitas pretensões. Acho que está tendo uma boa adesão ao grupo. As mulheres principalmente se identificam com o grupo como sendo um grupo de convivência.[...] Acho que o grupo em saúde deve melhorar a adesão ao medicamento e trabalhar outras coisas. Trazer outras possibilidades, porque um grupo voltado para a doença é ruim, as pessoas não gostam.”
(Profissional de Nível Superior)

Referem também que o grupo é um momento de **lazer, descontração, entretenimento** para eles: *é gostoso; é uma tarde alegre; estamos com amigos; conhecemos melhor um ao outro; é para aprender bastante:*

“Os usuários querem muito aprender e gostam de ir conversar, das amizades...”
(Profissional de Nível Superior)

Mas, sobre as dificuldades encontradas, alegam que a **sobrecarga de trabalho** em outros serviços/atendimentos realizados no Centro de Saúde atrapalha o andamento do grupo e também afeta a frequência e participação dos usuários ao mesmo. Para superar estes obstáculos reforçam a importância de se estabelecer um vínculo ente usuários e profissionais para se manter a assiduidade:

“O grupo tem que ter frequência e assiduidade. Deve-se criar um hábito e espaço para motivar as pessoas a participarem. O acolhimento (serviço da unidade) é um problema, porque atrapalha a realização de outras atividades como a visita domiciliar e os grupos, pois os profissionais acabam se atrasando”. (Profissional de Nível Superior)

“A questão do tempo é complicada. Pela quantidade de usuários que têm na área, acho que são poucos os que participam do grupo e desses que vão, só alguns são frequentes. Os que sempre vão já criaram hábito de participar, vínculo com os profissionais” (Profissional de Nível Superior)

Além disso, afirmam que possuem dificuldades em conscientizar os usuários sobre o processo saúde-doença durante as atividades desenvolvidas nos grupos, pois os mesmos:

“ [...] têm uma crença antiga de saúde-doença relacionada ao posto.” (Profissional de Nível Superior)

Na visão dos usuários sobre as dificuldades, disseram que **gostariam que no Centro de Saúde tivessem mais médicos, para ter mais consultas e que os exames demoram muito para serem marcados.**

Um profissional da equipe, devido à sobrecarga de trabalho pelo atual déficit de funcionários, pouco participa das atividades do grupo de hipertensos e diabéticos de sua área, pois este se desenvolve fora da estrutura física do Centro de Saúde, impossibilitando sua participação:

“Não participo do grupo, só fui 2 vezes, porque está tendo muita sobrecarga de trabalho no posto e eu não tenho muito contato com o grupo.” (Profissional de Nível Médio)

Quando questionados sobre o que é saúde, relataram:

“Eu me acho saudável, se a gente pensar que têm doenças piores... Eu, é muito difícil ir ao posto”. (Usuário)

“É se alimentar bem, dormir bem, se comunicar bem.” (Usuário – Equipe Verde)

“Uma comida saudável.” (Usuário)

Em relação à doença, uma usuária disse que:

“Não me acho doente, pois agora entendi o que é (a hipertensão) e to fazendo tudo direitinho. É só controlar”. (Usuário)

Sobre o que é qualidade de vida, mencionaram que: *“é a alimentação que se come; a realização de **exercício**; é não viver perto de médico; em primeiro lugar eu acho que é saúde”.*

Percebemos o efeito positivo de nossa intervenção nesta equipe, pois em um dia que o planejamento não havia sido realizado, o médico da área decidiu dialogar sobre o tema qualidade de vida, abordando também a diabetes, hipertensão devido as dúvidas que estavam surgindo em relação a esses assuntos:

“Então assim, qual era hoje a proposta nossa, era conversar sobre uma coisa que a gente quase não conversa – a gente já fez relaxamento, caminhada – vamos conversar um pouco sobre a hipertensão, a pressão alta, e a diabete. Por que? Porque algumas dúvidas tem surgido, de vez em quando um pergunta uma coisa no consultório...Então hoje a gente vai fazer mais uma roda pra conversar um pouco sobre isso. Só que claro, não quero falar só sobre pressão alta e diabete, porque uma coisa que é importante a gente conversar é sobre qualidade de vida. Se a gente tem uma qualidade de vida boa, a gente tem tudo, não é verdade”. (Profissional de Nível Superior)

Também nessa equipe os profissionais incentivavam os usuários a participarem na **plantação da horta** desenvolvida entre a comunidade, o CS e os acadêmicos de cursos de Agronomia de duas universidades da região.

Além disso, os usuários solicitaram aos profissionais que fosse mais discutido sobre o tema da **alimentação saudável**, pois possuíam **dúvidas sobre a dieta para hipertensos e diabéticos**.

Perguntamos nos Círculos de Cultura se acham importante o desenvolvimento da atividade em grupo, se acreditam que essa forma de abordagem trás resultados positivos para os usuários em relação à capacitação para o auto-cuidado:

“É importante sim, eu acho que outras instrução que a gente recebe...a gente já sabe de uma coisa e vem aqui e aprende outra....”(Usuário)

“Não acredito em tratamento de hipertensão, a adesão (ao tratamento) é baixa. Pretensão de mudança de hábito é balela, é difícil. Tem uma senhora que durante 30 anos trabalhou na roça, e alimentou-se de acordo com o seu gasto de energia e hoje não trabalha mais na roça, não tem mais esse gasto, mas como mudar esse hábito? Lidar contra essa corrente da mídia, alimentos industrializados - suco pronto em 30 segundos, hamburger que coloca no microondas -, falta de tempo das pessoas para preparar seu alimento, é muito difícil. E também as pessoas sabem disso, da importância do exercício, da alimentação.” (Profissional de Nível Superior)

“Se sentem bem. Há relatos dos usuários que melhoraram (a doença, tratamento), depois que começaram a participar do grupo.” (Profissional de Nível Superior)

Relatam que gostam da nova metodologia, adotada depois da separação do grupo:

“Estou gostando do modelo, pois todos têm espaço”. (Profissional de Nível Superior)

“Acho que o grupo está indo por um caminho bom, não fica só uma pessoa falando sempre a mesma coisa”. (Agente Comunitária)

Perguntamos também se acham, acreditam que a **Promoção da Saúde** está sendo trabalhada no grupo de Hipertensos e Diabéticos no qual atuam. Após um momento de silêncio, apenas um profissional respondeu:

“Acho que sim, dentro de uma visão ampla.” (Profissional de Nível Superior)

Percebemos que o grupo é bastante assíduo, participante, e que gostam da relação estabelecida com os profissionais e também com os demais usuários.

7.1.3 Equipe Vermelha

A Equipe Vermelha, atualmente é constituída por 1 médica (recém contratada), 1 enfermeira (recém contratada), 2 técnicas de enfermagem, 6 ACS, 1 odontóloga e 1 ACD. A participação dos profissionais é recente, e por um curto período de tempo, esta equipe ficou sem enfermeira, o médico não participava e o odontólogo era novo no CS, não participando dos Grupos inicialmente. Sendo assim, as atividades com os Hipertensos e Diabéticos eram desenvolvidas pelos ACS, que são participativos e comprometidos com o trabalho. Dessa forma, quando os novos profissionais chegaram, tiveram que primeiro conquistar a confiança das ACS e se inserir aos poucos, na organização do grupo.

As atividades de Grupo ocorrem mensalmente, geralmente no CS, com exceção dos passeios e caminhadas. Os profissionais da Equipe Vermelha se reúnem, uma semana antecipada, para planejar as atividades de grupo. Realizamos 05 de Círculos de Cultura sendo que 4 foram no Grupo e 1 na Reunião de Planejamento.

Desenvolvemos 3 das 4 etapas do Itinerário Freireano: a Investigação Temática, a Codificação e a Descodificação. Estas ocorreram concomitantemente e a partir delas, conseguimos levantar os dados necessários para a pesquisa. Como investigação temática identificamos durante os Círculos de cultura os seguintes temas: Alimentação Saudável para Diabéticos e Hipertensos, necessidade de Atividade Física. Os profissionais que geralmente participavam eram: Médica, Enfermeira, Técnica de Enfermagem, Dentista, ACD, as 6 ACS.

Fomos bem recebidas e tínhamos abertura para desenvolvermos os Círculos de Cultura, tanto por parte dos profissionais quanto dos usuários, desde que os Círculos não interferissem nas atividades programadas. As maiores dificuldades encontradas por nós pesquisadoras foram, o tempo para os Círculos; atividades que dificultavam o diálogo e que possibilitasse a investigação dos temas como: a visita ao Museu e Filme, e além disso, a rotatividade dos participantes era grande.

Durante os Círculos de Cultura, quando questionados sobre como vêem o grupo, como se sentem em relação ao mesmo e se sabem qual seu objetivo, os usuários referem aprender muito com os diálogos dirigidos pelos profissionais e experiências trazidas por seus colegas. Dizem que **se sentem bem, pois se distraem, saem da rotina, ficando animados**. Além disso, **esquecem os problemas, conversam, divertem-se e recebem atenção**. Achem ainda que o grupo **ajude a melhorar a sua saúde**.

Os profissionais, quando instigados a estar dizendo o que entendem por ser o objetivo do Grupo, refletem que:

*“Mostrar que dá para **curtir a vida** com diabetes e hipertensão, mas que deveria **olhar também para exames, receitas, PA, HGT...**” (Agente Comunitária)*

*“Eu acho que a gente tem como objetivo, contribuir para uma maior **autonomia das pessoas** que estão indo lá com a gente, para que eles consigam, de certa forma, que a gente possa proporcionar que eles consigam buscar essa forma, **cuidar de sua vida**, assim de uma maneira com mais qualidade, com mais eficiência e que _____, conseguindo conviver e superar, qualquer problema que seja relacionado tanto à hipertensão quanto à diabetes, como algum problema de vida de uma maneira mais autônoma. Proporcionar interação para que surja **apoio social**, uma melhor comunicação entre unidade de saúde e usuários, **para que eles tenham a gente como recurso também, quando precisarem**”. (Profissional de Nível Superior)*

*“Acho que **informação** é tudo. Quem sabe tem poder. Se você sabe sobre sua doença, pode atingir objetivos maiores. Nós temos que fazer com que o paciente tenha **adesão ao tratamento**. Temos que informar sobre o medicamento, tratamento. Temos que se reunir para fazer um grupo e fazer um planejamento estratégico para atender essa pessoa. Acho que (grupo terapêutico) não é fazer horta. Acho que pode se fazer comida (saudáveis). Tem que se construir saber com as pessoas. A questão é a informação. Acho que pode ver filme, mas comer comidas saudáveis.” (Profissional de Nível Superior)*

Em relação a esses objetivos, se estão sendo alcançados durante os encontros, se acreditam que a participação no grupo causa alguma mudança na vida dos participantes ou uma maior adesão ao tratamento foi relatado o seguinte:

“Sim. Não.....Tá se encaminhando pra isso...A gente tá trabalhando, é uma coisa que vai sempre ser construída, ele nunca vai ser completamente realizado, ele vai tá sempre construindo. “Não, vai estar sempre construindo, sempre quando existir novos problemas a gente vai ter que fazer novas estratégias para tá tentando ajudar, sempre vai tá tentando alcançar, porque outras coisas surgem”. (Profissional de Nível Superior)

Perguntados se está sendo trabalhada a Promoção da Saúde nestes grupos, obtivemos a seguinte resposta:

*“A **estratégia de Promoção da Saúde do Ministério da Saúde**? Olha é bem difícil achar um conceito de Promoção da Saúde, porque a Promoção da Saúde é uma coisa que está sendo construída né, cada ano que passa a gente vê uma nova visão. Hoje pensando no aqui agora, tem pontos que são importantes que a gente pode pensar a Promoção da Saúde assim bem mais voltada para o **desenvolvimento de habilidades pessoais**, de certa forma, mas mais sutil, no **apoio comunitário**, é e assim, é bem mais relacionado assim oh, **a hábitos de vida** né, é como que são e como deveriam ser esses **hábitos de vida mais saudáveis**, bem assim a questão de **comportamento** né, aquela visão um pouco mais antiga, mais ou menos relacionada à **culpabilização da vítima**, assim fazem errado, assim mais ou menos é o certo. Há hábitos de vida mesmo, eu vejo mais nesse sentido, é mais forte nesse sentido”. (Profissional de Nível Superior2)*

Quanto ao que gostariam que fosse trabalhado no grupo, os usuários relataram que **gostam de passeios, como ir ao teatro, cinema, shopping, de bingos**. Sugeriram que podem fazer visitas a lugares como asilos, por exemplo. Ainda referem que **querem se divertir, podendo contar piadas, brincar, dançar, mas que também gostam de receber informações como sobre alimentação e outros temas que envolvam Hipertensão e Diabetes**.

Já os profissionais referiram que:

“O grupo é bom, tem que ter lazer, só que esporadicamente deve se priorizar o problema (falar sobre as doenças)”. (Agente Comunitária)

“Para chamar mais gente também, que **não é só oba-oba**”. (Agente Comunitária)

“Mostrar que dá para curtir a vida, mas acho que deve ter um espaço (para **discussão de doenças, exames, medicamentos**)”. (Agente Comunitária)

Quando alguns profissionais colocaram que acham importante ter um momento para falar **sobre as patologias, medicamentos, para mostrar exames, renovar receitas, verificação da PA e Glicemia**, outros profissionais refletiram que:

“Discordo um pouco” (Agente Comunitária)

“**Acho que se começar (essas discussões) não vai mais ser grupo. Senão vai virar consulta**”. (Agente Comunitária)

“Precisa de explicação sobre a doença...” (Profissional Nível Superior).

Quanto ao que é saúde, alguns usuários refletiram que é importante ter saúde, que “*é a maior riqueza do mundo*”, mas muitos consideram que não a tem, pois têm muitas doenças e pra estes, “*saúde é não ter doença*”. Outros já discordam e enfatizam que não se deve ficar pensando nas doenças e que se pode ter saúde, mesmo tendo *Pressão Alta* e Diabetes.

Quanto à **qualidade de vida**, os usuários referem que esta significa “*ter sossego*”, “*ter amigos seja aonde for*”, respeitar as pessoas.

Quando instigamos os profissionais a refletirem sobre a adesão ao tratamento e participação dos usuários ao Grupo, estes nos falaram que **é preciso insistir muito para que os hipertensos e diabéticos venham ao grupo**. As ACS demonstram grande frustração quando vêm poucas pessoas ou ninguém de sua microárea. Além disso, referem que as pessoas que vêm ao Grupo são as que estão fazendo corretamente o tratamento e seguindo as orientações, como podemos evidenciar na seguinte fala:

*“acho que os que estão vindo (usuários) estão bons. Eles se cuidam, sabem sobre o tratamento, fazem controle de pressão, alimentação, caminhada. O problema é os que não vem”... ”por isso dar **atenção ao lazer...**” (Agente Comunitária)*

Os profissionais consideram a frequência do Grupo (uma vez por mês) suficiente, pois acreditam que se fosse realizado mais do que uma vez ao mês, os usuários não viriam.

E quanto às dificuldades encontradas, a maior delas, segundo os profissionais foi à **falta do médico**, isso quando a médica nova ainda não havia chego, já que o outro médico não participava.

“O médico ele não participava, começou a participar no último grupo, agora eu vou ver como vai ser essa participação e essa interação entre equipe, médico e usuário. Uma coisa bem legal que a gente percebeu é...eu percebi pelo menos, pelas idéias que _____ dessa questão numa visão maior do todo assim, um planejamento mais efetivo, é isso que a gente quer, então como se fosse um cronograma de atividades seguindo as necessidades deles sim, mas quais são os pontos que nós enquanto profissionais de saúde acha importante assim estar abordando para esquematizar mais isso ... Se tivesse mais tempo a gente ia poder planejar muito mais ... Minha maior dificuldade é isso que vocês estão tentando fazer na gente, despertar enquanto grupo, não cada indivíduo, no grupo como um todo, a visão de nós enquanto grupo, enquanto profissionais da área _____ (equipe vermelha) temos em relação ao o que é o grupo, pra que serve o grupo e o que vamos fazer com o grupo?” (Profissional de Nível Superior)

7.1.4 Temas Geradores

Então, verificando os dados coletados, durante a **Investigação Temática** levantamos no total 15 temáticas significativas em todos os Círculos de Cultura realizados:

- 1 - Caminhada e lazer;
- 2 - Dúvidas sobre DM/HAS;
- 3 - Convivência com o grupo (proximidade com os profissionais e unidade de saúde, amizade, entretenimento);
- 4 - Pouca adesão dos usuários ao grupo;
- 5 - Falhas no desenvolvimento do grupo;
- 6 - Pouca abordagem/compreensão sobre o tema promoção da saúde;
- 7 - Falta de parcerias e auxílio de outros profissionais;
- 8 - Sobrecarga de trabalho (falta de tempo para o planejamento das atividades, de funcionários, grande demanda de atendimento, fragmentação da equipe);

- 9 - Rejeição à palestras, a informação deve ser passada de outra maneira;
- 10 - Importância da verificação da PA, renovação de receitas e visualização de exames pelo médico durante os encontros;
- 11 - Grupo como complemento no tratamento X para melhorar a adesão ao mesmo;
- 12 - Crenças dos usuários em relação à saúde-doença (necessidade de mais médicos na unidade, consultas e demora para a realização de exames);
- 13 - Admissão de novos profissionais;
- 14 - Alimentação saudável e manejo da horta;
- 15 - Necessidade de maior informação e comunicação sobre saúde, doença, qualidade de vida.

A partir da **Codificação e Descodificação** desses temas realizados nos Círculos de Cultura, as temáticas mais relevantes para os profissionais e usuários a serem trabalhadas no momento e realidade em que se encontravam foram:

- 1 - Lazer, atividade física;
- 2 - Horta Comunitária;
- 3 - Dúvidas e desconhecimento sobre a HAS e DM;
- 4 - Crenças sobre o processo saúde-doença;
- 5 - Vínculo;
- 6 - Dificuldades para a compreensão e desenvolvimento dos grupos em Saúde da Família;
- 7 - Necessidade de maior discussão/compreensão sobre Promoção da Saúde;
- 8 - Sobrecarga de trabalho;
- 9 - Falta de apoio intersetorial e interdisciplinar;
- 10 - Pouco incentivo e recursos por parte das instâncias governamentais.

7.2 Discussão dos Temas Geradores

Como relatado anteriormente, os **Temas Geradores** foram surgindo à medida que íamos realizando os Círculos de Cultura, partindo da **Investigação Temática**, seguindo na **Codificação e Descodificação**. Todas essas etapas ocorreram concomitantemente e como já dito, não foi realizado o **Desvelamento Crítico**.

Desta forma, a análise dos **Temas Geradores Codificados** que faremos a seguir, partiu das vivências ocorridas durante os Círculos de Cultura, à medida que desenvolvíamos o Itinerário de Pesquisa de Paulo Freire, com a participação dos Usuários, Profissionais e Pesquisadoras.

Esses temas serão discutidos à luz das cinco estratégias de ação da Promoção da Saúde, referidas na Carta de *Ottawa* (1986), a fim de responder nossa pergunta de pesquisa, realizando assim o objetivo principal desta pesquisa: *Identificar e analisar como as principais ações de promoção da saúde, estabelecidas pela Carta de Ottawa, estão sendo trabalhadas nos grupos desenvolvidos pelas equipes de saúde da família de um Centro de Saúde do Município de Florianópolis.*

“Elaboração e Implementação de Políticas Públicas Saudáveis e o Fortalecimento da Ação Comunitária”

Conforme a Declaração de Adelaide em 1988 (BRASIL, 2002), as políticas públicas saudáveis caracterizam-se pelo interesse e preocupação explícitos das políticas públicas em relação à saúde e a equidade e pelos compromissos com o impacto de tais políticas sobre a saúde da população.

A Promoção da Saúde requer a identificação e a remoção de obstáculos para a adoção de políticas públicas saudáveis nos setores que não estão diretamente ligados à saúde, implicando numa abordagem mais complexa, devendo ser compreendida como uma (re) formulação inovadora tanto do conceito de saúde quanto do conceito de Estado (e, portanto, de política pública) e de seu papel perante a sociedade (WHO *apud* HEIDEMANN, 2006; BUSS, 2000).

Além disso, a promoção da saúde também trabalha através de ações comunitárias concretas e efetivas no desenvolvimento das prioridades, na tomada de decisão, na definição de estratégias e na sua implementação, visando à melhoria das condições de saúde. O centro

deste processo é o incremento do poder das comunidades – a posse e o controle dos seus próprios esforços e destino (BUSS, 2000).

O desenvolvimento das comunidades é feito sobre os recursos humanos e materiais nelas existentes para intensificar a auto-ajuda e o apoio social, e para desenvolver sistemas flexíveis de reforço da participação popular na direção dos assuntos de saúde. Isto requer um total e contínuo acesso à informação, às oportunidades de aprendizado para os assuntos de saúde, assim como apoio financeiro adequado (BUSS, 2000).

A **Investigação Temática e Codificação** dos temas identificados durante os Círculos de Cultura e que foram relacionados com os princípios da “*Elaboração e Implementação de Políticas Públicas Saudáveis*” e o “*Fortalecimento da Ação Comunitária*”, apareceram de maneira bastante sutil, apenas quando questionados sobre as dificuldades encontradas para o desenvolvimento dos grupos: **pouco incentivo e recursos por parte das instâncias governamentais, e falta de apoio Intersetorial e Interdisciplinar para o desenvolvimento das atividades nos grupos de SF.**

“ [...] falta participação da Prefeitura e também mais recursos. A Prefeitura não tem uma política em relação a esses grupos [...] Acho que o que faltam são parcerias, o auxílio de outros profissionais. Falta mais apoio também das universidades”.(Profissional de Nível Superior)

Entretanto, gostaríamos de ressaltar que a Secretaria Municipal de Saúde e a Universidade Federal de Santa Catarina, já possuem laços através da criação da Rede Docente Assistencial – RDA para a inserção dos acadêmicos da área da saúde e algumas áreas das ciências humanas para o desenvolvimento de estágios nos Centros de Saúde pertencentes ao município de Florianópolis. Além disso, alunos do curso de agronomia desenvolvem um trabalho com os profissionais e usuários para a plantação e manutenção da Horta Comunitária, nas adjacências do CS.

Em relação à interdisciplinaridade, há parcerias com professores de dança e educadores físicos voluntários para o desenvolvimento de atividades durante os grupos, principalmente nos de hipertensos e diabéticos.

Também neste bairro, já está estruturado o Conselho Local de Saúde - CLS o qual possui reuniões mensais com a participação de lideranças comunitárias, moradores da localidade e profissionais de saúde, e o Conselho Comunitário - CC, no qual a presidente e a vice-presidente são funcionárias da Unidade de Saúde, técnica de enfermagem e agente comunitária de saúde respectivamente.

Nessa perspectiva, de acordo com Potvin *et al.*; Rootman *et al. apud* Peres *et al.* (2005), *o campo da Promoção da Saúde voltado para iniciativas comunitárias e programas de saúde reconhece que melhorias nas condições de saúde e na qualidade de vida pressupõem uma visão integradora das políticas sociais, onde o diálogo interdisciplinar, as ações intersetoriais e a participação das comunidades envolvidas adquirem centralidade.*

Além disso, como proposto pela Carta de *Ottawa* (WHO, 1986) a adoção de uma postura de natureza intersetorial é um dos objetivos que visam à promoção da saúde para a formulação de políticas públicas e sua ação sobre o setor saúde. Esta serve como uma ferramenta para o desenvolvimento das ações nos serviços de saúde, principalmente no contexto da Atenção Primária à Saúde, como proposta de uma nova forma de trabalhar, de governar e de construir políticas públicas voltadas para a promoção da saúde e melhoria da qualidade de vida (PAULA *et al.*, 2004).

Acreditamos que está se buscando a intersetorialidade nesta comunidade, a qual ainda deve ser fortalecida, pois há dificuldade em incorporá-la às ações cotidianas da atenção em saúde devido às limitações colocadas pelo modelo ainda predominante no setor saúde, o biomédico.

Os elos firmados com as universidades não devem se limitar à interdisciplinaridade apenas entre os profissionais da área da saúde, mas também criar vínculos com os acadêmicos da educação, artes, música, esportes, dentre outros. O incentivo da interdisciplinaridade contribui muito para a superação da visão isolada e fragmentada na formulação e implementação de políticas e na organização do setor saúde.

E, para o “*Reforço da Ação Comunitária*” deve-se fortalecer a discussão durante as atividades do grupo sobre a importância da população estar ativa sobre os assuntos relacionados à saúde discutidos principalmente nas reuniões do CLS e também no CC, estimulando-os a participá-los.

Com o incentivo das instâncias governamentais e o apoio intersetorial e interdisciplinar, a operacionalização da Atenção Primária de Saúde nos serviços de saúde adotará uma perspectiva global para a análise da saúde. Buscará incorporar o maior número possível de conhecimentos sobre outras áreas de políticas públicas, como, por exemplo, educação, trabalho e renda, meio ambiente, habitação, transporte, energia, agricultura etc., assim como sobre o contexto social, econômico, político, geográfico e cultural onde atua a política. Essas áreas poderão interagir entre si e com a área da saúde e, em conjunto,

utilizarem recursos da sociedade, influenciando a qualidade de vida aos usuários e das demandas do serviço de saúde (BUSS, 2000).

Dessa forma, as ações comunitárias podem se tornar mais efetivas e assim, garantir a participação popular na direção dos assuntos de saúde, bem como o acesso total e contínuo à informação e às oportunidades de aprendizagem nesta área – *empowerment* comunitário, garantindo a construção de mecanismos de atuação eficientes, para a reivindicação por políticas públicas saudáveis (BUSS, 2003; 2000).

“Criação de Ambientes Favoráveis à Saúde”

A criação de ambientes saudáveis surge como campo de ação prioritário na área de promoção da saúde. O termo “ambiente” incorpora não apenas a dimensão “física ou natural”, mas também cultural, social, política e econômica (MOYSÉS et al., 2004).

Como parte da estratégia de promoção da saúde, propõe a necessidade de encorajar o desenvolvimento sustentável de modo a beneficiar o meio ambiente e a conservação dos recursos naturais. Mas, para que isto ocorra, sugere a adoção de ações que visem o monitoramento de mudanças tecnológicas, do trabalho, da produção de energia e do processo de urbanização que afeta o meio ambiente e a saúde da população (WHO *apud* HEIDEMANN, 2006).

Sendo as sociedades complexas e inter-relacionadas, a saúde não pode estar separada de outras metas e objetivos. As ligações entre a população e seu meio-ambiente constituem a base para uma abordagem socioecológica da saúde. Mudar os modos de vida, de trabalho e de lazer tem um significativo impacto sobre a saúde, pois esta mudança contribui para a constituição de uma sociedade mais saudável, gerando condições de vida e trabalho seguras, estimulantes, satisfatórias e agradáveis. (WHO, 1986)

De acordo com Peres et al. (2005) as abordagens avaliativas em torno de um conjunto amplo de experiências de promoção da saúde têm mostrado a importância crescente das iniciativas educacionais, de cultura e lazer, quando a meta são mudanças locais efetivas e sustentáveis.

Analisando os **temas geradores** levantados durante a **Investigação Temática** através dos Círculos de Cultura nos grupos das equipes de Saúde da Família, e que posteriormente foram codificados, identificamos que os profissionais e usuários estavam desenvolvendo e estimulando a Promoção da Saúde com a *“Criação desses Ambientes Favoráveis à Saúde”*. Estas temáticas foram percebidas através de atividades que visavam: o **lazer**, como por

exemplo, a dança, bingos, passeios, cinema; os **exercícios físicos**, oferecendo a caminhada e também algumas aulas com uma educadora física; e a alimentação saudável, pela criação de uma **horta comunitária** em parceria com o curso de agronomia de duas universidades da região.

Nesta comunidade, existem poucas opções/espacos de lazer, como praças, parques, quadras de esporte, atividades artísticas. Para suprir estas carências à população, muitas vezes, recorre ao Centro de Saúde para buscar além da resolutividade de uma situação de saúde e doença ou auxílio de seus problemas sociais, também a necessidade de entretenimento, de diálogo e de afastamento da monotonia diária.

Em uma pesquisa realizada em Manguinhos uma região da Zona Norte do município do Rio de Janeiro (PERES *et al.*, 2005), foi constatada a enorme demanda das comunidades e, portanto, a importância atribuída às atividades de esporte, cultura e lazer, evidenciando que apesar de todas as dificuldades e carências em relação ao saneamento e a infra-estrutura urbana, lazer e cultura eram questões relevantes para os representantes dos moradores e demais lideranças locais.

Neste sentido, Peres *et al.* (2005) ressalta que o lazer e cultura tanto podem influenciar o processo saúde/doença – quer no plano individual ou no coletivo – como também as políticas públicas a partir de uma perspectiva integrada e intersetorial de desenvolvimento e de melhoria da qualidade de vida.

Fornecendo à comunidade espaços públicos como parques e quadras esportivas, poderemos transformar essas áreas em ambientes para a democratização da educação em saúde, o estímulo à atividade física, a adoção de hábitos alimentares saudáveis, as atividades culturais e de lazer, a educação ambiental, entre outros, criando oportunidades de participação que favorecem o “empoderamento” e aquisição de habilidades da população para uma vida mais saudável. (MOYSÉS *et al.*, 2004).

“Desenvolvimento de Habilidades Pessoais”

Para tentar compreender como se dá o desenvolvimento de habilidades pessoais nos grupos de hipertensos e diabéticos, levamos aos mesmos, perguntas ou questões que pudessem instigá-los a uma reflexão. Durante a Investigação Temática, nos Círculos de Cultura, surgiram então alguns temas geradores, como “**saúde é ausência de doença**” e “**dúvidas e desconhecimento**”, principalmente por parte da população participante do Grupo, “**sobre o Diabetes e a Hipertensão**”.

Com a Codificação destes Temas, juntamente com os participantes nos círculos, buscamos descodificá-los e, a partir disso refletir sobre os mesmos à luz do Referencial Teórico.

Desde a década de 70, com o Relatório Lalonde (1974) e a conferência de Alma Ata (1978), no Canadá, bem como a partir da primeira conferência internacional sobre promoção da saúde em Ottawa (1986), o desenvolvimento conceitual acerca da promoção da saúde aparece atrelado a uma concepção mais abrangente e complexa do processo saúde-doença, o qual aponta, principalmente, para os determinantes socioeconômicos envolvidos nesse processo (SOUZA & GROUNDY, 2004; BUSS, 2003; BRASIL, 2002 *apud* TRAVERSO-YÉPEZ, 2007).

Na perspectiva da promoção, a Organização Mundial de Saúde - OMS define a saúde como “*recurso que permite às pessoas manter uma vida, individual, social e economicamente produtiva*”.

Desta forma, percebemos que, apesar do conceito de saúde ter sofrido alterações ao longo do tempo e de ser bastante discutido entre os profissionais de saúde, ainda se faz muito presente no cotidiano dos usuários (hipertensos e diabéticos dos grupos), a saúde como ausência de doença, tendo o médico como principal agente na atuação da prevenção de doenças, na cura da patologia e na “promoção” da saúde.

“é importante ter saúde, eu não tenho porque tenho muitas doenças”. (Usuário)

Além disso, existe uma significativa falta de compreensão das doenças crônicas, pelos usuários, tendo em vista que os mesmos, por muitas vezes consideram-se “curados” do Diabetes ou da Hipertensão. E os que ainda não conseguiram essa “cura”, procuram arduamente por meios, científicos ou populares, de eliminar a patologia de seu organismo. Somado a isso, houve muitos relatos em relação ao tratamento e à sintomatologia, que demonstraram insegurança e dúvidas sobre os mesmos.

Em contrapartida surgiram também algumas falas durante os Círculos, onde se levantou a importância de certos determinantes sociais para se ter saúde e qualidade de vida, evidenciando-se aí, uma visão mais atual e ampla do que é “ter saúde”.

“é se alimentar bem, dormir bem, se comunicar bem” (Usuário)

Reforçando ainda esta idéia de que saúde é mais do que não ter doenças e estimulando a grande vontade que muitos usuários demonstraram, durante os Círculos de Cultura, de

aprender “coisas novas”, alguns profissionais expressaram grande convicção de que é muito importante que as pessoas tenham informação e possam fazer escolhas livres e saudáveis.

“Acho que informação é tudo. Quem sabe tem poder. Se você sabe sobre sua doença, pode atingir objetivos maiores. Nós temos que fazer com que o paciente tenha adesão ao tratamento. Temos que informar sobre o medicamento, tratamento. Temos que se reunir para fazer um grupo e fazer um planejamento estratégico para atender essa pessoa. Acho que (grupo terapêutico) não é fazer horta. Acho que pode se fazer comida (saudáveis). Tem que se construir saber com as pessoas. A questão é a informação. Acho que pode ver filme, mas comer comidas saudáveis. Quando falaram da pipoca eu fiquei horrorizada, pipoca tem muita gordura trans, vai ao microondas e tem sal. Como isso num grupo de hipertensos?”(Profissional de Nível Superior)

Percebemos esta visão como um grande avanço nas práticas de educação em saúde, mas entendemos que ainda é preciso amadurecer esta “idéia”, já que a mesma demanda mais do que o “controle sobre os determinantes da saúde”, o “controle dos indivíduos sobre o próprio destino” (CARVALHO, 2004).

“Ser dono do próprio destino é um processo, e uma condição, que demanda a aquisição de competências tais como o desenvolvimento da auto-estima e da confiança pessoal; a capacidade de analisar criticamente o meio social e político e o desenvolvimento de recursos individuais e coletivos para a ação social e política” (CARVALHO, 2004, p. 1092).

Segundo Carvalho (2004), mais do que repassar informações e induzir determinados comportamentos, o “*empowerment* comunitário” deve buscar apoiar pessoas e coletivos a realizarem suas próprias análises para que tomem as decisões que considerarem corretas, desenvolvendo a consciência crítica e a capacidade de intervenção sobre a realidade.

Dessa forma, concluímos que para que possamos capacitar pessoas para “aprender através da vida” e “preparar elas mesmas para todos os estágios” (LABONTE, 1993 *apud* HEIDMANN, 2006), além de promover o desenvolvimento pessoal e social através da divulgação de informação, educação para a saúde e intensificação das habilidades vitais (WHO, 1986), devemos implementar práticas que tenham como meta o “*empowerment* comunitário” e o desenvolvimento de habilidades pessoais, que demandem abordagens educativas que valorizem a criação de espaços públicos (rodas e grupos de discussão, como o de Hipertensos e Diabéticos, colegiados, gestores etc.), que logrem promover a participação dos indivíduos e coletivos na identificação e na análise crítica de seus problemas, visando a elaboração de estratégias de ação que busquem a transformação da realidade (CARVALHO, 2004).

Deste modo, a metodologia dialógica de Paulo Freire pode contribuir para,

“a emancipação humana por meio do desenvolvimento do pensamento crítico e o estímulo a ações que tenham como objetivo realizar a superação das estruturas institucionais e ideológicas de opressão. Esta perspectiva pedagógica toma os indivíduos e grupos socialmente excluídos como cidadãos portadores de direitos e do “direito a ter direitos”, distanciando-se do projeto behaviorista que tende a representar os marginalizados como pessoas dependentes que devem ser ajudadas, socializadas e treinadas” (CARVALHO, 2004).

Portanto, as ações de promoção são resultantes de um complexo processo que envolve o fortalecimento das capacidades individuais e coletivas atuando sobre múltiplas dimensões: por um lado, intervenções de âmbito global do Estado e, por outro, a singularidade e autonomia dos sujeitos (SANTOS, *et al*, 2006).

“Reorientação dos Serviços de Saúde”

A carta de *Ottawa* (1986) sugere que o sucesso da reorientação dos serviços de saúde, a partir da promoção da saúde, depende de uma ação compartilhada entre os diversos segmentos da sociedade: indivíduos, comunidades, grupos, profissionais da saúde, instituições prestadoras de serviços de saúde e governos. Os serviços de saúde devem trabalhar, no sentido da promoção da saúde, adotando uma postura coerente e que respeita as diversidades culturais existentes na sociedade.

Dessa forma, para compreender o funcionamento dos Grupos de Hipertensos e Diabéticos num Centro de Saúde de Florianópolis, levantamos questões com os usuários e profissionais em relação à “Promoção da Saúde”, “Grupos”, “ESF” e “Planejamento”. No desenvolver dos **Círculos de Cultura e na Investigação Temática**, surgiram **Temas Geradores** como: **“Dificuldades para compreensão e desenvolvimento dos Grupos em Saúde da Família”**; **“Necessidade de maior discussão/compreensão sobre Promoção da Saúde”**; **“Sobrecarga de trabalho”** e **“Vínculo”**.

Durante o processo de Investigação, Codificação e Descodificação, surgiram algumas reflexões nossas, dos profissionais e usuários a cerca dos temas.

Percebemos, durante todo o desenvolvimento de nossa metodologia, um grande esforço por parte dos profissionais em realizar atividades, principalmente agradáveis e atrativas para os usuários hipertensos e diabéticos, já que os grupos estão em fase de reestruturação. As ACS promovem, em cada mês, uma grande divulgação para convidar a população a estar vindo ao grupo, e a Equipe como um todo, tenta planejar as atividades a serem desenvolvidas, partindo da necessidade dos usuários. Mas, em muitas falas e reflexões, os mesmos mostram dúvidas, incertezas e contradições quanto ao que consideram ser o objetivo do grupo, como se pode ver nas seguintes falas:

“Serve como entretenimento, é um grupo de convivência”. (Profissional de Nível Superior)

“Eu acho que o grupo de hipertenso e diabético no caso(...) é pra promover a saúde no caso né, fazer com que essas pessoas possam também procurar a Unidade de Saúde e saber mais também sobre esse problema, esse fator de risco, a hipertensão né, saber sobre a Diabetes (...)” (Agente Comunitária).

“Mostrar que dá para curtir a vida, mas acho que deve ter um espaço (para discussão de doenças, exames, medicamentos)”. (Agente Comunitário)

*“Eu acho que a gente tem como objetivo, contribuir para uma maior **autonomia das pessoas** que estão indo lá com a gente, para que eles consigam, de certa forma (...) **cuidar de sua vida**, assim de uma maneira com mais qualidade, com mais eficiência (...) conseguindo conviver e superar, qualquer problema que seja relacionado tanto à hipertensão quanto à diabetes, como algum problema de vida de uma maneira mais autônoma. Proporcionar interação para que surja **apoio social**, uma melhor comunicação entre unidade de saúde e usuários, **para que eles tenham a gente como recurso também, quando precisarem**”. (Profissional de Nível Superior)*

Durante um único Círculo de Cultura, o mesmo profissional relatou duas visões bem diferentes sobre o Grupo de Hipertensos e Diabéticos:

*“O grupo é um espaço do CS, **devemos trabalhar em outras lógicas**. Retirar o medo das pessoas sobre a doença. Não tenho muitas pretensões. Acho que está tendo uma boa adesão ao grupo. As mulheres principalmente se identificam com o grupo como sendo um grupo de convivência.[...] Acho que o grupo em saúde **deve melhorar a adesão ao medicamento e trabalhar outras coisas**. Trazer outras possibilidades, porque um grupo voltado para a doença é ruim, as pessoas não gostam.” (Profissional de Nível Superior)*

*“**Não acredito em tratamento de hipertensão, a adesão (ao tratamento) é baixa**. Pretensão de mudança de hábito é balela, é difícil (...)” (Profissional de Nível Superior)*

Na perspectiva de Promoção da Saúde, os profissionais devem estabelecer vínculos e criar laços de co-responsabilidade com os usuários que irão decidir o que é bom para si, de acordo com suas próprias crenças, valores, expectativas e necessidades (BRASIL, 1997; PEDROSA, 2003, *apud* BESEN *et al*, 2007). A questão do vínculo foi muito presente e referida por usuários e profissionais. Todos o consideram muito importante para o bom relacionamento profissional – usuário, trazendo confiança, companheirismo e fortalecendo a lógica da ESF.

*“(...) ta em contato com as pessoas da área da saúde, que então são as Agentes de Saúde, o médico, a enfermeira, **conhecer melhor quem é o seu médico, [...] quem é a sua enfermeira, sai um pouco de casa também que a gente vê que essas muitas vezes essas pessoas elas ficam só em casa né**”. (Agente Comunitária)*

Muitos usuários referem que o Grupo é um momento de **lazer, descontração e entretenimento**. Mas percebemos que a insegurança de muitos profissionais, as dúvidas e concepções diferentes têm gerado uma grande ansiedade por parte dos usuários perante as atividades desenvolvidas nos grupos, trazendo questionamentos dos mesmos em relação à metodologia, objetivos e efetividade.

“Acho que falta divulgação, quem não está vindo (no grupo) deve ser porque não estão precisando do medicamento [...] devemos contar uma mentirinha, que eles devem vir no grupo para assinar e ganhar o remédio, se não vierem não recebem, não são atendidos”. (Usuário)

“Alguma coisa está falhando. O interesse é verdadeiro, eles (os profissionais de saúde) não têm que ir atrás da gente, nós temos que ir atrás deles (dos outros usuários). Avisar por telefone, um avisar para o outro”. (Usuário)

“Eu vou sugerir uma coisa, fazer uma convocação, [...] pra começar a dar preferência, não sei, é o meu modo de pensar né, porque aqui nós estamos conversando, batendo papo e tal, mas a finalidade é saúde [...] Por que no nosso próximo encontro não conseguir uma palestra sobre alimentação? É possível? E outra coisa, fala-se muito que o idoso tem que caminhar, tem que caminhar, primeiro que nós não temos lugar para caminhar e segundo, o quanto deve e o quanto não deve caminhar, nós temos como trazer alguém para nos dizer, mostrar slides sobre caminhada, exercício?”. (Usuário)

Em contrapartida, muitos trabalhadores, em destaque os ACS, demonstram grande frustração por muitos usuários não participarem dos grupos e outros não serem freqüentadores assíduos, o que traz discussões quanto à efetividade do mesmo e uma reavaliação da metodologia. Aliado a isso está à sobrecarga de trabalho dos profissionais, a grande demanda para atendimento e o atraso no horário dos grupos por causa do sistema de Acolhimento adotado no CS.

“O grupo tem que ter freqüência e assiduidade. Deve-se criar um hábito e espaço para motivar as pessoas a participarem. O acolhimento (serviço da unidade) é um problema, porque atrapalha a realização de outras atividades como a visita domiciliar e os grupos, pois os profissionais acabam se atrasando”. (Profissional de Nível Superior)

“A questão do tempo é complicada. Pela quantidade de usuários que têm na área, acho que são poucos os que participam do grupo e desses que vão, só alguns são freqüentes. Os que sempre vão já criaram hábito de participar, vínculo com os profissionais”. (Profissional de Nível Superior)

Em relação à Promoção da Saúde, percebemos que a Reorientação dos serviços de saúde na mudança do modelo biomédico centrado na doença para o de promoção da saúde ainda é muito incipiente nos grupos. Mesmo que alguns profissionais já tenham conhecimento

sobre as discussões mais atuais de Promoção da Saúde, na prática suas ações ainda estão voltadas para o modelo antigo e o tema é pouco discutido entre profissionais e usuários.

“Pra mim seria a promoção né (...) Olha, é ótimo o grupo, mas eu acho que a gente precisaria da promoção! Porque isso não vai ficar só com ela, ela vai passar pros... sobrinhos, netos, filhos, pra que eles lá na frente não venham ter a hipertensão, a diabetes...o que eu observo é isso aí...Comer mais fruta, verdura, não comer comidas gordurosas”. (Agente Comunitária)

*“(...) No próximo encontro, por sugestão dos usuários será realizada uma caminhada até a praia do bairro, onde os profissionais poderão abordar a questão do exercício físico, da caminhada, e dessa forma irá aparecer a promoção, **mas que ainda está em construção esse processo**”. (Profissional de Nível Superior)*

*“A estratégia de Promoção da Saúde do Ministério da Saúde? Olha é bem difícil achar um conceito de Promoção da Saúde, porque a Promoção da Saúde é uma coisa que está sendo construída né, cada ano que passa a gente vê uma nova visão. Hoje pensando no aqui agora, tem pontos que são importantes que a gente pode pensar a Promoção da Saúde assim bem mais voltada para o **desenvolvimento de habilidades pessoais**, de certa forma, mas mais sutil, no **apoio comunitário**, é e assim, é bem mais relacionado assim oh, **a hábitos de vida** né, é como que são e como deveriam ser esses **hábitos de vida mais saudáveis**, bem assim a questão de **comportamento** né, aquela visão um pouco mais antiga, mais ou menos relacionada à **culpabilização da vítima**, assim fazem errado, assim mais ou menos é o certo. Há hábitos de vida mesmo, eu vejo mais nesse sentido, é mais forte nesse sentido”. (Profissional de Nível Superior).*

Segundo a Carta de *Ottawa* (1986), o papel do setor saúde deve mover-se, gradativamente, no sentido da promoção da saúde, além das suas responsabilidades de prover serviços clínicos e de urgência. Os serviços de saúde precisam adotar uma postura abrangente, que perceba e respeite as peculiaridades culturais. Esta postura deve apoiar as necessidades individuais e comunitárias para uma vida mais saudável, abrindo canais entre o setor saúde e os setores sociais, políticos, econômicos e ambientais.

A reorientação dos serviços de saúde também requer um esforço maior de pesquisa em saúde, assim como de mudanças na educação e no ensino dos profissionais da área da saúde. Isto precisa levar a uma mudança de atitude e de organização dos serviços de saúde para que focalizem as necessidades globais do indivíduo, como pessoa integral que é. (WHO, 1986)

Sendo assim, a promoção da saúde, como vem sendo entendida atualmente, representa uma estratégia promissora para enfrentar os múltiplos problemas de saúde que afetam as populações humanas. Partindo de uma concepção ampla do processo saúde-doença e de seus determinantes, propõe a articulação de saberes técnicos e populares, e a mobilização de recursos institucionais e comunitários, públicos e privados através de parcerias para seu enfrentamento e resolução (RIOS, E. R. G. *et al*, 2007).

8. CONSIDERAÇÕES FINAIS

Com o desenvolvimento deste estudo, refletimos sobre as experiências e momentos vivenciados, trazendo as limitações, as possibilidades e os desafios encontrados para a compreensão de como as ações da promoção da saúde estão sendo trabalhadas nos grupos realizados pelas equipes da ESF.

Podemos avaliar de maneira positiva a vivência da metodologia de Paulo Freire. Esta implicou em um esforço pessoal e coletivo, mas que se tornou gratificante, pois nos possibilitou a interação, o diálogo, a aproximação cultural e a reflexão sobre a realidade investigada juntamente com os usuários e profissionais de saúde.

No desenvolvimento das etapas da **Investigação Temática, da Codificação e da Descodificação dos temas levantados** pelos sujeitos, através dos Círculos de Cultura, identificamos que as ações de promoção da saúde nos grupos ainda são incipientes devido às inúmeras limitações.

Dentre essas, ressaltamos, que o modelo de saúde vigente, o biologicista, ainda é predominante nas práticas desenvolvidas por esses profissionais. A sobrecarga de trabalho, pela falta de funcionários e pela enorme demanda do serviço de saúde também são referidas como obstáculos.

Além disso, a compreensão de saúde dos usuários entendida apenas como ausência de doença reforça o desenvolvimento de ações voltadas para esse modelo tradicional, como por exemplo, a medicalização, a execução de procedimentos e de atendimentos do profissional médico nos grupos, determinando a centralidade neste profissional. Também, a falta de recursos dos órgãos governamentais, de apoio principalmente intersetorial, e do pouco tempo para o planejamento dessas atividades dificultam a reorganização dessas práticas.

Percebemos que as ações de promoção da saúde ainda precisam ser incorporadas pelos profissionais, pois as práticas grupais ainda estão voltadas para a mudança dos estilos de vida e para a culpabilização do indivíduo pelo seu estado de saúde.

Mas, apesar de todo este cenário, acreditamos que as ações educativas incorporadas pela ESF podem atuar como ferramentas essenciais para o desenvolvimento das estratégias da promoção da saúde, e os grupos são os locais onde podem ser desenvolvidas essas ações.

Temos consciência de que a promoção da saúde contribui de maneira imprescindível com a transformação das práticas de saúde, mas que ainda apresenta limites e contradições importantes que precisam ser revistas e analisadas. Dessa forma, como possibilidades para a

reorganização da atenção à saúde, é preciso que se enfatize a indissociabilidade entre as ações clínicas e as de promoção da saúde e também que se mantenha o diálogo iniciado sobre essa discussão no espaço dos grupos, pois nesses ambientes pode se conseguir uma grande vinculação e interação entre a equipe multiprofissional e os usuários.

Acreditamos que se realmente os princípios da promoção da saúde forem efetivados pelas equipes, se proporcionará uma melhor qualidade de vida para as pessoas que participam dos grupos, tornando-os mais efetivos, através da valorização da saúde e não da doença.

Gostaríamos também de ressaltar que tivemos pouco tempo para desenvolver os Círculos de Cultura, já que as atividades dos grupos eram previamente planejadas pelos profissionais de saúde, restando apenas um curto espaço para a nossa abordagem; além disso, os grupos tinham reuniões mensais o que acabou restringindo o número de Círculos. Apesar do bom relacionamento que mantínhamos com os profissionais, alguns apresentaram uma certa resistência à realização de nossa pesquisa. Em virtude de todas essas dificuldades, não foi possível finalizar a metodologia proposta, ou seja, não houve o Desvelamento Crítico.

Sugerimos então, para os profissionais e trabalhadores de saúde, que procurem dar continuidade nas discussões dos temas geradores levantados durante os Círculos de Cultura, pois dessa forma, poderão constantemente fazer uma avaliação das atividades realizadas e também para que se necessário, se reflita um replanejamento visando a ampliação da efetividade das mesmas favorecendo à saúde dos usuários.

Para finalizar, esperamos ter contribuído com os sujeitos envolvidos na prática dos grupos, no sentido de incentivá-los à Promoção da Saúde e que as atividades educativas possam ser utilizadas como ferramentas indispensáveis, ao nosso ver, para o alcance *da reorientação dos serviços de saúde, da elaboração e implementação de políticas públicas saudáveis, para o reforço da ação comunitária, para o desenvolvimento de habilidades pessoais e para a criação de ambientes favoráveis à saúde*, visando dessa forma, a autonomia e da melhoria da saúde dos usuários.

REFERÊNCIAS

AQUINO, M.W de. **Acolhimento: concepções e práticas de trabalhadores de uma unidade local de saúde.** 2008. 113f. Dissertação (Mestrado em Enfermagem) - Programa de Pós Graduação em Enfermagem, Universidade Federal de Santa Catarina, Florianópolis, 2008.

BARRETO, V. **Paulo Freire para Educadores,** São Paulo: Arte & Ciência, p.106-115. 1998.

BASSO, J. F. **Reflexões de um grupo de gestantes e acompanhantes sobre a participação ativa no parto e nascimento.** 2007. 204f. Dissertação (Mestrado em Enfermagem) – Programa de Pós-Graduação em Enfermagem da Universidade Federal de Santa Catarina, Florianópolis, 2007.

BRASIL. **As cartas de promoção à saúde.** Tradução Luis Eduardo Fonseca. Brasília: Ministério da Saúde, 2002.

_____. Constituição (1988). **Constituição da República Federativa do Brasil:** promulgada em 5 de outubro de 1988. Organização do texto: Juarez de Oliveira. 4. ed. São Paulo: Saraiva, 1990a. 168 p. (Série Legislação Brasileira).

_____. Lei nº 8.080/90, de 19 de setembro de 1990. Dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências. **Diário Oficial da União,** Brasília, 19 de setembro de 1990b. Disponível em: <<http://portal.saude.gov.br/portal/arquivos/pdf/LEI8080.pdf>>. Acesso em: 06 mai. 2008.

_____. Lei nº 8.142, de 28 de dezembro de 1990. Dispõe sobre a participação da comunidade na gestão do Sistema Único de Saúde (SUS) e sobre as transferências intergovernamentais de recursos financeiros na área da saúde e dá outras providências. **Diário Oficial da União,** Brasília, 28 de dezembro de 1990c. Disponível em: <<http://www.pge.sp.gov.br/centrodeestudos/bibliotecavirtual/dh/volume%20i/saudelei8142.htm>> Acesso em: 06 mai. 2008.

_____. NOB – SUS 01/96, de 6 de novembro de 1996. Gestão plena com responsabilidade pela saúde do cidadão. **Diário Oficial da União,** Brasília, 06 de novembro de 1996. Disponível em: www.sjc.sp.gov.br/sms/downloads/nob.pdf . Acesso em: 06 mai. 2008.

_____. Ministério da Saúde. **Atenção Básica.** Disponível em: <<http://dtr2004.saude.gov.br/dab/atencaobasica.php#saudedafamilia>>. Acesso em: 13 mai. 2008a.

_____. Ministério da Saúde. **Atenção Básica e a Saúde da Família.** Disponível em: <<http://www.saude.gov.br>>. Acesso em: 21 mai. 2008b.

_____. Ministério da Saúde. **Programa Saúde da Família / Ministério da Saúde, Secretaria Executiva.** Brasília: Ministério da Saúde, 2001.

_____. Ministério da Saúde. Cria os Núcleos de Apoio à Saúde da Família - NASF. **Portaria GM Nº 154**, de 24 de janeiro de 2008c.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Assistência à Saúde. Coordenação de Saúde da Comunidade. **Saúde da Família: uma estratégia para a reorientação do modelo assistencial**. Brasília: Ministério da Saúde, 1997.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Política Nacional de Atenção Básica** / Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Atenção à Saúde. – Brasília: Ministério da Saúde, 2006. 60 p. – (Série A. Normas e Manuais Técnicos) (Série Pactos pela Saúde 2006, v. 4)

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. **Política Nacional de Promoção da Saúde** / Ministério da Saúde, Secretaria de Vigilância em Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde. – Brasília: Ministério da Saúde, 2006b. 60 p. – (Série B. Textos Básicos de Saúde)

BESEN, C. B.; *et al.* A Estratégia Saúde da Família como Objeto de Educação em Saúde. **Saúde e Sociedade** v.16, n.1, p.57-68, jan-abr 2007.

BUSS, P. Promoção da Saúde e qualidade de vida. **Ciências & Saúde Coletiva**, v.5, n.1, p.163-177, 2000.

_____. Uma introdução ao conceito de Promoção da Saúde. In: CZERESNIA D.; FREITAS, C.M. **Promoção da saúde: conceitos, reflexões, tendências**. Rio de Janeiro: FIOCRUZ, 2003.

CAMPOS, G.W. *et al.* Avaliação de política nacional de promoção da saúde. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 9, n. 3, p. 745-749. 2004.

CARVALHO, A. I. Desenvolvimento recente em conceitos e métodos e práticas da promoção da saúde. In: BUSS, P. *et al.* **Promoção da Saúde e a Saúde Pública**. Rio de Janeiro, 1998.

CARVALHO, S.R. Os múltiplos sentidos da categoria “*empowerment*” no projeto de promoção à saúde. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 20, n. 4, p. 1088-1095, jul-ago. 2004.

CONSELHO NACIONAL DE SAÚDE. Ministério da Saúde. Aprova as **diretrizes e normas regulamentadoras de pesquisas envolvendo seres humanos**. Resolução n. 196, de 10 de outubro 1996.

FLORIANÓPOLIS. Secretaria Municipal de Saúde. **População 2007. Unidade Local de Saúde Tapera. Regional Sul**. Disponível em: http://www.pmf.sc.gov.br/saude/unidades_saude/populacao/uls.php?cod_uls=tap. Acesso em: 28 de mai. 2008.

FREIRE, M. **Paixão de aprender**. 1. ed. Rio de Janeiro: Vozes, 1992a.

FREIRE, P. **Pedagogia do Oprimido**. 17a ed. Rio de Janeiro: Paz e Terra, 1987.

_____. **Pedagogia da Esperança**. Rio de Janeiro: Paz e Terra, 1992b.

_____. **Educação como prática da liberdade.** 22º ed. Rio de Janeiro: Paz e Terra, 1996.

_____. **Pedagogia da Autonomia.** Saberes necessários à prática educativa. Rio de Janeiro: Paz e Terra, 1997.

GADOTTI, M. A voz do biógrafo brasileiro: a prática á cultura do sonho. In: GADOTTI, M. **Paulo Freire uma biobibliografia.** 3º ed. Brasília, DF: UNESCO, 2001.

HEIDEMANN, I.T.S.B. **A promoção da saúde e a concepção dialógica de Freire: possibilidades de sua inserção e limites no processo de trabalho das equipes de Saúde da Família.** 2006. 296f. Tese (Doutorado em Enfermagem) - Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo, Ribeirão Preto, 2006.

HEIDEMANN, I.T.S.B. **Participação popular na busca de uma melhor qualidade de vida: uma alternativa.** 1994.158f. Dissertação (Mestrado em Enfermagem) - Pós Graduação em Enfermagem, Universidade Federal de Santa Catarina – UFSC, Florianópolis, 1994.

HEIDEMANN, I.T.S.B. **Possibilidades e limites para implantação da política de promoção da saúde na atenção básica: investigação de questões problemáticas.** Projeto de Pesquisa, (Edital MCT/CNPq 06/2008 - Jovens Pesquisadores) – Núcleo de Extensão e Pesquisa em Enfermagem e Promoção da Saúde - NEPEPS. Departamento de Enfermagem, Universidade Federal de Santa Catarina – UFSC, Florianópolis, 2008.

HEIDEMANN, I. T. S. B. *et al.* Promoção à saúde: Trajetória histórica de suas concepções. **Revista Texto e Contexto de Enfermagem**, Florianópolis, v. 15, n. 2, p. 352-358, abr/jun. 2006.

LABONTE, R. **Centre for Health Promotion. University of Toronto.** Toronto: Issues in Health Promotion Series, 1993.

LEFEVRE, F.; LEFEVRE, A M. C. **Promoção de Saúde.** A negação da negação. Rio de Janeiro: 2004.

MACHADO, M.A.F.S. *et al.* Integralidade, formação de saúde, educação em saúde e as propostas do SUS - uma revisão conceitual. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 12, n. 2, p. 335-342. 2007.

MERHY, E.E. **Saúde a cartografia do trabalho vivo.** São Paulo: Hucitec, 2002.

MOYSÉS, S. J. *et al.* Avaliando o processo de construção de políticas públicas de promoção de saúde: a experiência de Curitiba. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 9, n. 3, p. 627-641, 2004.

MOREIRA, C. BARREIOS, J.T. **A promoção da saúde prescrita: ações e contradições na Política Nacional de Promoção da Saúde.** 2006. 42f. Monografia (Especialização em Saúde da Família / Modalidade Residência) – Universidade Federal de Santa Catarina, 2006.

OLIVEIRA, D.L. A ‘nova’ saúde pública e a promoção da saúde via educação: entre a tradição e a inovação. **Rev Latino-am Enfermagem**, v. 13, n. 3, p. 423-31, maio-junho. 2005.

PAULA, K. A. *et al.* Intersetorialidade: uma vivência prática ou um desafio a ser conquistado? O Discurso do Sujeito Coletivo dos enfermeiros nos núcleos de Saúde da Família do Distrito Oeste – Ribeirão Preto. **Interface - Comunic., Saúde, Educ.**, v.8, n.15, p.331-48, mar/ago 2004.

PERES, F.F. *et al.* Lazer, esporte e cultura na agenda local: a experiência de promoção da saúde em Manguinhos. **Ciência & Saúde Coletiva**, v.10 n.3, p. 757-769, 2005.

RIOS, E.R.G. *et al.* Senso comum, ciência e filosofia - elo dos saberes necessários à promoção da saúde. **Ciência & Saúde Coletiva**, v.12, n. 2, p: 501-509, 2007;

SILVA, D.G.V. *et al.* Grupos como possibilidade para desenvolver educação em saúde. **Revista Texto e Contexto de Enfermagem da UFSC**. Florianópolis, v.12, n. 1, p. 97-103, jan/abr. 2003.

SANTOS, L.M., ROS, M. A. D., CREPALDI, M.A., RAMOS, L.R. Grupos de promoção à saúde no desenvolvimento da autonomia, condições de vida e saúde. **Rev Saúde Pública** 40(2):346-52, 2006.

SANTOS, S.M.R, *et al.* Consulta de Enfermagem no Contexto da Atenção Básica de Saúde, Juiz de Fora, MG. **Revista Texto e Contexto da Enfermagem**, Florianópolis, v. 17, n. 1, p. 124-30, Jan-Mar 2008.

SCHNEIDER, F. F. da; MATTOS, L.H.L. **Promoção da Saúde: concepções e construções na formação de enfermeiros.** 2007. 56 f. Monografia (Especialização em Saúde Pública) - Programa de Pós Graduação em Saúde Pública, Universidade Federal de Santa Catarina, Florianópolis, 2007.

SOUZA, A. C. *et al.* A educação em saúde com grupos na comunidade: uma estratégia facilitadora da promoção de saúde. **Rev. Gaúcha de Enf.**, Porto Alegre, v. 26, n. 2, p. 147-153, ago. 2005.

SOUZA, E. M; GRUNDY, E. Promoção da saúde, epidemiologia social e capital social: inter-relações e perspectivas para a saúde pública. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 20, n.5, p. 354-1360, set-out. 2004.

SUCUPIRA, A. C. Marco conceitual da promoção da saúde no PSF. **SANARE**, ano 4, n.1, p.11-14, jan.- mar. 2003.

TOLEDO, M. M.; RODRIGUES, S.C; CHIESA, A. M. Educação em saúde no enfrentamento da hipertensão arterial: uma nova ótica para um velho problema. **Texto Contexto Enferm**, Florianópolis, v.16, n.2, p.233-8, abr-jun; 2007.

TORRES, H. C.; HORTALE, V. A.; SCHALL, V. A experiência de jogos em grupos operativos na educação em saúde para diabéticos. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v.19, n.4, p.1039-1047, jul-ago, 2003.

TRAESEL, C. A. *et al.* Educação em Saúde: Fortalecendo a autonomização do usuário. In: FRANCO, T. B. **Acolher Chapecó: Uma experiência de mudança do modelo assistencial, com base no processo de trabalho.** São Paulo: Hucitec, 2004, 326p. (Saúde em debate; 157).

TRAVERSO-YÉPEZ, M.A. Dilemmas on Health promotion in Brazil: considerations on the national policy. **Interface - Comunic., Saúde, Educ.** v.11, n. 22, p.223-38, mai/ago. 2007.

VASCONCELOS, E.M. Educação Popular e a Atenção à Saúde da Família. 2 ed. – São Paulo: Hucitec, Sobral:Uva, 2001.

VERDI, M.; COELHO, E.B.S. Cap. 3 – Sistema Único de Saúde: um direito de todos e dever do Estado. In: VERDI, M. BOEHS, A.E., ZAMPIERI, M.F.M. **Enfermagem na Atenção Primária de Saúde: Textos Fundamentais. Volume I – Saúde Coletiva e Saúde da Criança.** Departamento de Enfermagem – CCS/UFSC. Florianópolis, 2005.

WORLD HEALTH ORGANIZATION –WHO. **The Ottawa Charter For Health Promotion.** Ottawa, Canadá, November, 1986.

ZONTA, G. M. **Promoção da Saúde: Concepções e práticas de um conselho municipal de Itajaí/SC,** 2007. 76f. Dissertação (Mestrado em Saúde). Programa de Mestrado em Saúde e Gestão do Trabalho. Universidade do Vale do Itajaí. 2007.

APÊNDICES

APÊNDICE 1 - TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO DOS USUÁRIOS



UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA CATARINA
CENTRO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE
DEPARTAMENTO DE ENFERMAGEM
CURSO DE GRADUAÇÃO EM ENFERMAGEM

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO DO SUJEITO DO ESTUDO – USUÁRIOS

Nome da pesquisa: A Inserção das ações da Promoção da Saúde nos Grupos Terapêuticos de um Centro de Saúde do município de Florianópolis.

Ao assinar este documento, estou dando meu consentimento para participar do estudo conduzido pelas alunas Isabel Berns e Pamela Camila Fernandes Rumor, abaixo assinados, Acadêmicas do Curso de Graduação em Enfermagem da Universidade Federal de Santa Catarina (NFR-UFSC), com as quais posso entrar em contato no momento que desejar. Estou ciente da realização do trabalho de pesquisa (Trabalho de Conclusão de Curso), denominado “A Inserção das ações da Promoção da Saúde nos Grupos Terapêuticos de um Centro de Saúde do município de Florianópolis” desenvolvido sob supervisão da Enf^a Larissa Helena Lamego Mattos e sob orientação da Prof^a Dra. Ivonete Teresinha Schülter Buss Heidemann.

Fui orientado (a) que participarei de uma prática educativa, que tem por objetivo identificar e analisar como as principais ações da nova promoção da saúde, estabelecidas pela Carta de Ottawa, estão sendo trabalhadas nos grupos terapêuticos de um Centro de Saúde do município de Florianópolis e que desta forma, este estudo, pretende ajudar as alunas e os próprios profissionais a realizar uma avaliação e replanejamento das ações da promoção da Saúde no Centro de Saúde.

Estou ciente de que as alunas coletarão dados através da observação e trabalhos em grupo e que as mesmas somente utilizarão as informações obtidas para os propósitos delimitados no projeto apresentado. A coleta de dados será realizada durante os encontros do Grupo Terapêutico, desenvolvida nas dependências do Centro de Saúde da Tapera. Compreendo que serei convidado (a) a participar dos quatro encontros do grupo e que não terei nenhum gasto decorrente de minha participação neste estudo. Sei que os dados obtidos serão gravados e transcritos, mas que meu nome não aparecerá em qualquer registro. Minha participação no estudo é voluntária e posso negar-me a participar do mesmo, sem que isso acarrete qualquer efeito negativo à minha pessoa. Também estou ciente de que posso deixar de participar, em qualquer momento, se assim desejar.

Compreendo que os resultados desse estudo serão dados a mim, caso os solicite e que serão utilizados para, além dos benefícios à Unidade, divulgação do trabalho em meio acadêmico e em publicações técnico-científicas e que qualquer dúvida ou outras informações em relação à pesquisa poderão ser esclarecidas em contato pelos telefones abaixo ou pessoalmente.

Acadêmicas de Enfermagem Responsáveis pela Pesquisa: Isabel Berns e Pamela C. Fernandes Rumor

Telefones para contato: (48) 8414-7345 / (48) 8432-0811

Orientadora: Profa. Dra. Ivonete Teresinha Schülter Buss Heidemann

Telefone para contato: (48) 3721-9480

Assinatura das responsáveis pela pesquisa:

Isabel Berns

Pamela C. F. Rumor

Dra. Ivonete T. Schülter Buss Heidemann

CONSENTIMENTO PÓS-INFORMAÇÃO

Eu, _____(participante do estudo), fui esclarecido sobre a pesquisa acima e concordo em colaborar de maneira livre e voluntária do desenvolvimento desta pesquisa.

Endereço: _____

Telefone para contato: () _____

Florianópolis, ____ de _____ de 2008.

Assinatura do participante da pesquisa

NOTA: Este consentimento será assinado em 2 vias: uma ficará com as pesquisadoras e a outra com o próprio participante.

APÊNDICE 2 - TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO DOS PROFISSIONAIS E TRABALHADORES DE SAÚDE



UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA CATARINA
CENTRO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE
DEPARTAMENTO DE ENFERMAGEM
CURSO DE GRADUAÇÃO EM ENFERMAGEM

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO DO SUJEITO DO ESTUDO – PROFISSIONAL E TRABALHADOR DE SAÚDE

Nome da pesquisa: A Inserção das ações da Promoção da Saúde nos Grupos Terapêuticos de um Centro de Saúde do município de Florianópolis.

Ao assinar este documento, estou dando meu consentimento para participar do estudo conduzido pelas alunas Isabel Berns e Pamela Camila Fernandes Rumor, abaixo assinados, Acadêmicas do Curso de Graduação em Enfermagem da Universidade Federal de Santa Catarina (NFR-UFSC), com as quais posso entrar em contato no momento em que desejar. Estou ciente da realização do trabalho de pesquisa (Trabalho de Conclusão de Curso), denominado “A Inserção das ações da Promoção da Saúde nos Grupos Terapêuticos de um Centro de Saúde do município de Florianópolis” desenvolvido sob supervisão da Enfª Larissa Helena Lamego Mattos e sob orientação da Profª Dra. Ivonete Teresinha Schülter Buss Heidemann.

Fui orientado (a) que participarei de uma prática educativa, que tem por objetivo identificar e analisar como as principais ações da nova promoção da saúde, estabelecidas pela Carta de Ottawa, estão sendo trabalhadas nos grupos terapêuticos de um Centro de Saúde do município de Florianópolis e que desta forma, este estudo, pretende ajudar as alunas e os próprios profissionais a realizar uma avaliação e replanejamento das ações da promoção da Saúde no Centro de Saúde.

Estou ciente de que as alunas coletarão dados através da observação e trabalhos em grupo, em Círculos de Cultura e que as mesmas somente utilizarão as informações obtidas para os propósitos delimitados no projeto apresentado. A coleta de dados será realizada durante os encontros do Grupo Terapêutico, desenvolvida nas dependências do Centro de Saúde da Tapera. Compreendo que serei convidado (a) a participar dos quatro encontros do grupo e que não terei nenhum gasto decorrente de minha participação neste estudo. Sei que os dados obtidos serão gravados e transcritos, mas que meu nome não aparecerá em qualquer registro. Minha participação no estudo é voluntária e posso negar-me a participar do mesmo, sem que isso acarrete qualquer efeito negativo à minha pessoa. Também estou ciente de que posso deixar de participar, em qualquer momento, se assim desejar.

Compreendo que os resultados desse estudo serão dados a mim, caso os solicite e que serão utilizados para, além dos benefícios à Unidade, divulgação do trabalho em meio acadêmico e em publicações técnico-científicas e que qualquer dúvida ou outras informações em relação à pesquisa poderão ser esclarecidas em contato pelos telefones abaixo ou pessoalmente.

Acadêmicas de Enfermagem Responsáveis pela Pesquisa: Isabel Berns e Pamela C. Fernandes Rumor
Telefones para contato: (48) 8414-7345 / (48) 8432-0811

Orientadora: Profa. Dra. Ivonete Teresinha Schülter Buss Heidemann
Telefone para contato: (48) 3721-9480

Assinatura das responsáveis pela pesquisa:

Isabel Berns

Pamela C. F. Rumor

Dra. Ivonete T. Schülter Buss Heidemann

CONSENTIMENTO PÓS-INFORMAÇÃO

Eu, _____(participante do estudo), fui esclarecido sobre a pesquisa acima e concordo em colaborar de maneira livre e voluntária do desenvolvimento desta pesquisa.

Endereço: _____

Telefone para contato: () _____

Florianópolis, ____ de _____ de 2008.

Assinatura do participante da pesquisa

NOTA: Este consentimento será assinado em 2 vias: uma ficará com as pesquisadoras e a outra com o próprio participante.

ANEXOS

ANEXO 1 – PARECER COMITÊ ÉTICA UFSC



UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA CATARINA

Pró-Reitoria de Pesquisa e Extensão
Departamento de Projetos e Extensão
Comitê de Ética em Pesquisa com Seres Humanos

Campus Prof. João David Ferreira Lima – CEP 88040-900
Trindade - Florianópolis - Santa Catarina - Brasil | www.cep.ufsc.br / +55 (48) 3721-9206

PARECER SUBSTANCIADO – Projeto Nº158/08

I – Identificação:

Data de entrada no CEPESH: 16/06/2008

Título do Projeto: A Inserção das Ações da Promoção da Saúde nos Grupos Terapêuticos de Um Centro de Saúde do Município de Florianópolis

Pesquisador Responsável: Ivonete Teresinha Schülter Buss Heidemann.

Pesquisador Principal: Isabel Berns e Pâmela Camila Fernandes Rumor.

Propósito: TCC curso de graduação em Enfermagem.

Instituição onde se realizará: Secretaria Municipal de Saúde – Prefeitura Municipal de Florianópolis – Centro de Saúde da Tapera, Florianópolis – SC.

II- Objetivos: Geral: Identificar e analisar como as principais ações da nova promoção da saúde, estabelecidas pela Carta de Ottawa, estão sendo trabalhadas nos grupos terapêuticos de um Centro de Saúde do município de Florianópolis.

Específicos: - Identificar as ações de Promoção da Saúde utilizadas nos Grupos terapêuticos;
- Reconhecer qual concepção de Promoção da Saúde esta sendo trabalhada pelas equipes de SF com usuários nos grupos terapêuticos;

III - Sumário do Projeto: Trata-se de uma pesquisa de abordagem qualitativa articulada com o referencial metodológico de Paulo Freire. A aplicação desta pesquisa ocorrerá em grupos terapêuticos desenvolvidos no Centro de Saúde Tapera, pertencente ao município de Florianópolis. Esses grupos serão selecionados a partir da entrada no campo de estágio das pesquisadoras principais, a qual ocorrerá no próximo semestre, no início de agosto. Para isso, estes deverão estar previamente estruturados, ter reuniões, no mínimo mensais e com atuação de equipe multidisciplinar. Na escolha do campo de estudo foi considerado o objetivo e interesses da pesquisa, bem como a disponibilidade de acesso ao local a ser trabalhado. A aplicação desta pesquisa ocorrerá em grupos terapêuticos desenvolvidos no Centro de Saúde Tapera, pertencente ao município de Florianópolis. Esta unidade de saúde oferece à comunidade os serviços de clínica geral, básico de enfermagem, odontologia. Vacinação, teste do pezinho, preventivo do câncer de colo uterino, distribuição de medicamentos e desenvolvimento programas do Ministério da Saúde e das Secretarias Estadual e Municipal de saúde: Saúde da Família, Hora de Comer, Bolsa Família, Controle de Diabéticos e Hipertensos. Capital Criança, Prevenção de Câncer de Colo Uterino e de Mama, Pré-Natal e Programa nacional de Imunizações. Os grupos terapêuticos atuantes neste Centro de Saúde são: o HiperDia; o de Puericultura; de Gestantes e o de Mulheres (executado pela psicóloga do CS). Os sujeitos da pesquisa serão os profissionais e trabalhadores da saúde, efetivos ou não, integrantes da Estratégia de Saúde da Família das equipes básicas e complementares: enfermeiros, auxiliares/técnicos de enfermagem, médicos, odontólogos, nutricionistas, psicólogos, assistentes sociais e agentes comunitários de saúde, que desenvolvem atividades em grupos terapêuticos no Centro de Saúde Tapera e usuários do Centro de Saúde, participantes de grupos terapêuticos. Os encontros serão realizados durante as reuniões dos grupos terapêuticos, através dos "Círculos de Cultura" em 4 encontros (Agosto, Setembro, Outubro, Novembro) para a aplicação do Itinerário de Pesquisa Freireano. O tamanho estimado é de aproximadamente de 12 à 15 participantes por "Círculo de Cultura". A análise dos dados ocorrerá de forma concomitante com a coleta de dados através do Itinerário de pesquisa de Paulo Freire, o qual já prevê o processo analítico dos dados qualitativos.

IV - Comentários: Trata-se de um projeto bem escrito, bem delineado, com uma justificativa e fundamentação adequadas. Tem pertinência social e acadêmica e a pesquisadora principal tem a competência necessária para a

empreitada. A documentação exigida pela legislação está presente e os Termos de Consentimento Livres e Esclarecidos (TCLEs) estão escritos de maneira conveniente.

V - Parecer: Pelo exposto, somos de parecer que o presente estudo, assim como os TCLEs devam ser aprovados por este Comitê.

Aprovado (x)
Aprovado "ad referendum" ()
Aprovado e encaminhado ao CONEP ()
Com pendências ()
Reprovado()

Data da Reunião
Florianópolis, 30 de junho 2008


Washington Portela de Souza
Coordenador

Fonte: CONEP/ANVS - Resoluções 196/ 96 e 251/ 97 do CNS.

ANEXO 2 – PARECER COMISSÃO SMS/PMF



Prefeitura Municipal de Florianópolis
Secretaria Municipal de Saúde
Assessoria de Desenvolvimento Institucional

COMISSÃO DE ACOMPANHAMENTOS DOS PROJETOS DE PESQUISA EM SAÚDE

Ofício Nº 018/2008.

Florianópolis, 01 de setembro de 2008.

Para: Ivonete Terezinha Schülter Buss Heidemann
Da: Comissão de Acompanhamento dos Projetos de Pesquisa em Saúde.

Prezada Senhora,

Cumprimentando-o cordialmente, informamos que o Projeto de Pesquisa: “A inserção das ações da promoção da saúde nos grupos terapêuticos de um centro de saúde do município de Florianópolis” enviado por Vª Sª a esta comissão, foi analisado e considerado adequado estando portanto autorizado para execução no Centro de Saúde da Tapera, da Secretaria de Saúde do município de Florianópolis.

Certos de sua atenção estamos à disposição para maiores esclarecimentos no telefone – 3239-1564.

Atenciosamente,

Marynes Terezinha Reibnitz

Membro da Comissão de Acompanhamentos dos Projetos de Pesquisa em Saúde

Marynes T. Reibnitz
Assessoria Desenvolvimento
Institucional
Matrícula: 10672-0
P.M.F. - SMS