

Capacitação em Avaliação da Efetividade das
Ações de Promoção da Saúde em Doenças e
Agravos Não Transmissíveis

CADERNO TÉCNICO

DANT

DOENÇAS E AGRAVOS NÃO TRANSMISSÍVEIS

CAEPS
Pesquisa em serviço



DANT

Vigilância de Doenças e Agravos Não Transmissíveis

Uma metrópole como São Paulo produz um grande impacto no perfil de saúde e doença da população. A luta pela sobrevivência, a desigualdade social, o desemprego, a poluição do ar, da água, sonora, a automação do trabalho, o consumismo e a violência têm determinado mudanças no modo de vida da população, que resultam em um grande aumento das Doenças e Agravos Não Transmissíveis (DANT), geram estresse, depressão, ansiedade, síndrome de pânico e causam hipertensão, doenças cerebrovasculares, doenças metabólicas como diabetes, doenças do coração (angina e infarto do miocárdio), cânceres, doenças do pulmão (bronquite e asma) e obesidade.

Muitos são os fatores e condições que caracterizam este perfil.

Devemos enfrentá-los, combatendo as iniquidades em saúde no Brasil como também realizando intervenções locais e específicas.

A subgerência de Vigilância de Doenças e Agravos Não Transmissíveis do Centro de Controle de Doenças (CCD) da Coordenação de Vigilância em Saúde da Cidade de São Paulo (Covisa) tem a missão de recolher, sistematizar e analisar toda a informação sobre estas doenças, agravos, determinantes sociais de saúde, fatores de risco e de proteção, apoiando e participando das iniciativas que visem à redução da morbi-mortalidade, dentro dos princípios da promoção da saúde.

A Coordenação da Capacitação em Avaliação da Efetividade das Ações de Promoção da Saúde em Doenças e Agravos Não Transmissíveis foi realizada pela Equipe da subgerência de DANT:

Ruy Paulo D'Elia Nunes
Médico Psiquiatra e Sanitarista

Marcia Aparecida Kersul de Brito
Médica Sanitarista

Cristina Martín Vidal França
Psicóloga

Rosana Burguez Diaz
Enfermeira

Cleide de Paula
Assistente social

Maria Lucia Scalco
Psicóloga

Denise Condeixa
Assistente Social

Carmen Helena Seoane Leal
Médica Epidemiologista

Renata Yuriko Yida Ogawa
Nutricionista

Participaram em outras fases do processo:

Luis Gracindo da Costa Bastos
Médico Sanitarista

Simone Segui
Enfermeira

Vera Helena Lessa Villela
Nutricionista

Yvone Marcondes Ribeiro de Andrade
Psicóloga

Célia Medina
Consultora –Médica Epidemiologista

Giselda Alves de Souza
Secretária



Prefeito
Gilberto Kassab

Secretário Municipal de Saúde
Januario Montone

Coordenadora da Vigilância em Saúde
Inês Suarez Romano

Gerente do Centro de Controle de Doenças
Rosa Maria Dias Nakazaki

Subgerente da Vigilância de Doenças e Agravos Não Transmissíveis
Ruy Paulo D'Elia Nunes

Prefeitura do Município de São Paulo
Secretaria Municipal de Saúde
Coordenação de Vigilância em Saúde
Centro de Controle de Doenças
Subgerência de Doenças e Agravos Não Transmissíveis DANT

CAEPS

Pesquisa em serviço

CADERNO TÉCNICO – DANT

Capacitação em Avaliação da Efetividade das Ações de Promoção da Saúde em Doenças e Agravos Não Transmissíveis

São Paulo – setembro – 2009

Editor Geral

Sonia Regina Testa Silva Ramos

Editores Assistentes

Carmen Helena Seoane Leal
Cleide de Paula
Cristina Martín Vidal França
Denise Condeixa
Giselda Alves de Souza
Marcia Aparecida Kersul de Brito
Maria Lucia Aparecida Scalco
Renata Yuriko Yida Ogawa
Rosana Burguez Diaz
Ruy Paulo D'Elia Nunes

Normalização Bibliográfica

Sandra Luiz Coelho
Simone Cristina Dias Fortes

Consultores

Ana Maria Chiesa
Aurea Maria Zöllner Ianni
Claudia Maria Bógus
Deborah Carvalho Malta
Ianni Regia Scarcelli
Ideraldo Luiz Beltrame
Juan Carlos Aneiros Fernandez
Julio César de Magalhães Alves

Marcia Faria Westphal

Margarida Maria Tenório de Azevedo Lira

Maria de Fátima Ferreira Queiróz

Marisa Feffermann

Otaliba Libânio de Moraes Neto

Regina Maria Giffoni Marsiglia

Rosilda Mendes

Silvia Regina Dias Médici Saldiva

Tatiana Gabriela Brassea Galleguillos

Vera Helena Lessa Villela

Projeto Gráfico e Editoração Eletrônica

Marli Santos de Jesus

Revisão

Dante Pascoal Corradini

Capa

Robson Minghini

Tiragem

3.000 exemplares

Editoração, CTP, Impressão e Acabamento

Imprensa Oficial do Estado de São Paulo

Caderno Técnico CAEPS – DANT : capacitação em avaliação da efetividade das ações de promoção da saúde em doenças e agravos não transmissíveis / Prefeitura do Município de São Paulo, 2009
São Paulo, 2009.
80 p.

setembro / 2009

1. Promoção da saúde 2. Doenças não transmissíveis
3. Centro de controle de doenças I. Secretaria Municipal de Saúde
II. Coordenação de Vigilância em Saúde III. Doenças e Agravos Não Transmissíveis – DANT.

05 EDITORIAL

07 INTRODUÇÃO

ARTIGO PROJETO CEPEDOC / DANT

- 11** Avaliação e monitoramento das práticas de promoção da saúde relacionadas às DANT

ARTIGOS DA COORDENADORIA REGIONAL CENTRO-OESTE

- 14** Estudo da visita domiciliar de agentes comunitários da saúde na UBS Vila Dalva do Município de São Paulo: possibilidades e limites nas ações de promoção da saúde – Repercussões e potencialidades da visita domiciliar de acompanhamento ao hipertenso

- 17** A relação das práticas corporais e meditativas com a promoção de saúde e a caracterização do perfil dos usuários da Coordenadoria Regional de Saúde Centro Oeste – dados preliminares

- 20** Alcance e limitações da promoção em DANT: avaliação e monitoramento da adesão à dieta em diabéticos – Dificuldade com a dieta: um problema técnico, um problema social, um problema de investigação

- 23** Avaliação das ações de promoção de saúde em hipertensão e diabetes em três Unidades Básicas de Saúde no Município de São Paulo

ARTIGOS DA COORDENADORIA REGIONAL LESTE

- 26** Atividades corporais: quais os benefícios para a promoção da saúde e qualidade de vida percebidos pelos próprios hipertensos? – Principais mudanças referidas com a prática de atividades corporais e reflexos na qualidade de vida

- 29** Práticas corporais, dores crônicas e promoção da saúde – Caminhos para o desenvolvimento de habilidades pessoais através das práticas corporais

- 32** A percepção dos servidores públicos em relação ao ambiente livre de tabaco em duas unidades de saúde da Supervisão Técnica de Saúde de Ermelino Matarazzo – O discurso dos fumantes passivos e ativos

- 35** As práticas integrativas e complementares contribuindo para a promoção da saúde em doenças e agravos não transmissíveis – O equilíbrio emocional através das práticas integrativas e complementares

ARTIGOS DA COORDENADORIA REGIONAL NORTE

- 38** A percepção dos médicos que atuam na rede básica de saúde sobre violência intrafamiliar – Limites institucionais para o atendimento às vítimas de violência intrafamiliar
- 41** Avaliação de conhecimentos e práticas em nutrição e alimentação de servidores municipais de unidades básicas de saúde: A assistência e vigilância nutricional na Supervisão Técnica de Saúde Pirituba/Perus com vistas à promoção de saúde na prática profissional diária.
- 44** As práticas complementares e a qualidade de vida entre usuários de Unidades de Saúde da Supervisão Vila Maria – Vila Guilherme
- 47** As práticas complementares/atividade física e a qualidade de vida de usuários de unidades de saúde da Região Norte da Cidade de São Paulo
- 50** A terapia comunitária na fala dos seus atores – Solidão, perdas e depressão
- 53** Conselho Gestor: participação e controle social na promoção em doenças e agravos não transmissíveis – O potencial do conselho gestor na promoção em DANT: uma crença?

ARTIGOS DA COORDENADORIA REGIONAL SUDESTE

- 56** Uma experiência de promoção de saúde baseada no Lian Gong na supervisão técnica de saúde Ipiranga – Lian Gong como ação promotora de saúde, definida pela Carta de Ottawa
- 59** A interface das doenças crônicas e a prática do Lian Gong – Aspectos de interação social, convivência e empoderamento
- 62** Atenção à saúde das pessoas vítimas de violência doméstica: Alcances e limitações das práticas de promoção da saúde na atenção básica

ARTIGOS DA COORDENADORIA REGIONAL SUL

- 65** As práticas corporais da medicina tradicional chinesa e a efetividade da promoção da saúde na Região Sul do Município de São Paulo – As contribuições das práticas corporais da medicina tradicional chinesa para os sujeitos participantes
- 68** Morte precoce por doença hipertensiva e diabetes na região sul da Cidade de São Paulo: determinantes e representações sociais – Relato de experiência, perfil dos óbitos e dos entrevistados

ARTIGO FINAL

- 71** Vigilância, promoção da saúde e suas interfaces com as redes sociais: algumas reflexões

74 AGRADECIMENTOS

Este *Caderno Técnico* apresenta a experiência inédita de vários grupos de trabalho que avaliaram a efetividade de ações de promoção de saúde em doenças e agravos não transmissíveis (DANT) no Município de São Paulo. Também contempla as reflexões de nosso próprio grupo (Subgerência de DANT/CCD) e de especialistas sobre este processo de trabalho, em dois artigos específicos.

O projeto teve como objetivos estimular a pesquisa em serviço e capacitar os profissionais da rede de saúde em métodos de pesquisa e avaliação e, com isto, desencadear projetos futuros de monitoramento e avaliação de promoção de saúde em DANT e também implementar a vigilância em saúde.

A pactuação inicial de natureza participativa permitiu aos profissionais envolvidos fazerem a escolha da ação a ser estudada e analisada. Deste modo, houve uma grande variedade de temas abordados: hipertensão, diabetes, medicinas tradicionais e práticas integrativas na saúde, participação popular nas ações de promoção, estudo de visitas domiciliares, violência, nutrição, tabagismo e terapia comunitária. Esta diversidade de aspectos da promoção enriqueceu a troca de experiências e a discussão entre os grupos.

Durante todo o processo, não faltaram a todos os profissionais dedicação, empenho, vontade e determinação. Somente estas qualidades permitiram que se chegasse a um final tão rico e abrangente.

A experiência prática do dia a dia como ponto de partida e a participação efetiva de todos os envolvidos possibilitaram uma educação continuada em serviço e esperamos que tenham colaborado para a aquisição e incorporação de conhecimentos. Mais ainda, que possam contribuir para a formulação de novas perguntas e propostas efetivas para enfrentar os desafios futuros.

Os nossos agradecimentos a todos os que aceitaram e participaram deste desafio.

Sonia R.T. Silva Ramos

Editor Geral

Gerente do Centro de Controle de Doenças

CCD/COVISA de 2004 a 2008



O CAEPS é um projeto coordenado pela subgerência de Doenças e Agravos Não Transmissíveis (DANT), da Gerência do Centro de Controle de Doenças, da Coordenação de Vigilância em Saúde (COVISA)/Secretaria Municipal de Saúde (SMS) da cidade de São Paulo, financiado pelo Vigisus II (um acordo de empréstimo celebrado entre o Banco Mundial e o Governo Brasileiro), recursos da Secretaria Municipal de Saúde e ação voluntária de alguns pesquisadores, orientadores e alunos de instituições de ensino. O CAEPS é resultado de uma pactuação realizada em 2005 com as cinco Coordenadorias Regionais de Saúde de São Paulo. Foram selecionadas as questões a serem objeto da pesquisa em serviço: temas, população alvo e enfoque na avaliação da efetividade das ações de promoção de saúde.

Este trabalho resultou na composição de 21 grupos de pesquisa em serviço, com envolvimento de 150 profissionais, que atuam nas cinco regiões da cidade de São Paulo. Entre estes profissionais encontram-se: os executores dos subprojetos (profissionais de Suvis, de unidades básicas de saúde - UBSs, de Equipes do Programa de Saúde da Família – PSF e de ambulatórios de especialidades), tutores (professores de universidades públicas e privadas, que assumiram o papel de orientadores da pesquisa, acompanhando os subprojetos desde 2006), e gestores (profissionais das coordenadorias e supervisões regionais de saúde).

O trabalho se caracterizou pela grande variedade de temas abordados: hipertensão, diabetes, medicinas tradicionais e práticas integrativas em saúde, vigilância de óbitos precoces, participação popular nas ações de promoção, estudo de visitas domiciliares, violência, nutrição, tabagismo e terapia comunitária. A originalidade desta iniciativa consolida-se na ideia de ir para além da *Prevenção de Doenças*, partindo-se para a vivência da *Promoção da Saúde* e, principalmente, desencadear o interesse, iniciativa e enfrentamento dos desafios para a viabilização de pesquisas em serviço.

Estas 21 pesquisas em serviço na área de avaliação da efetividade de ações de promoção de saúde foram incluídas também em um projeto de pesquisa em parceria com o CEPEDOC (Centro de Estudos, Pesquisa e Documentação Cidades Saudáveis) e CNPq (Conselho Nacional de Desenvolvimento Científico e Tecnológico) com o objetivo de elaborar um instrumento de avaliação para ações de promoção da saúde.

Sendo também uma esfera de capacitação, o CAEPS teve vários momentos formativos, permeados por técnicas de concentração e dispersão dos grupos. Assim tivemos um trimestre de aulas quinzenais na Faculdade de Saúde Pública da Universidade de São Paulo para o alinhamento conceitual de todos os envolvidos em relação à epidemiologia, transição demográfica, doenças e agravos não transmissíveis, processo de Reforma Sanitária e Sistema Único de Saúde (SUS) e Promoção da Saúde. Posteriormente foram desenvolvidas outras aulas expositivas e dinâmicas de acordo com as necessidades específicas dos grupos, visando instrumentalizá-los, tais como: metodologia qualitativa, Discurso do Sujeito Coletivo – DSC (bloco teórico) e metodologia de grupo focal.

Após elaboração, os pré-projetos foram apresentados e discutidos em fórum interno, realizado nas dependências da COVISA, com a participação de convidados de notório saber que fizeram uma análise preliminar dos trabalhos. Após esta etapa, os projetos foram encaminhados para o Comitê de Ética em Pesquisa (CEP) da Secretaria Municipal

de Saúde. Posteriormente foram realizados cinco “*Encontros Regionais/CAEPS-DANT*” para a apresentação das pesquisas, tendo como plateia gestores, conselheiros, professores universitários e centenas de profissionais da rede.

Em Reuniões Técnicas Regionais os trabalhos foram apresentados, e também discutidos em três eixos temáticos, previamente selecionados em reuniões entre os representantes locais e a equipe DANT: *Políticas Públicas e Reorganização dos Serviços, Intersetorialidade e Rede Social, Autonomia do Sujeito e Participação Social*. Este processo, que evoluiu por mais de três anos, necessitando inclusive de “repactuações” em regiões em que ocorreram mudanças de gerenciamento, culminando com a realização do “II Fórum CAEPS - DANT”.

Este volume contempla 19 artigos dos 21 trabalhos realizados. São “miniartigos” de três páginas que apresentam resumidamente um aspecto de cada trabalho, em função da própria disponibilidade de espaço e também do momento de realização, no qual a maioria das pesquisas tinha ainda resultados parciais. O esforço de síntese para que cada artigo não ultrapassasse três páginas foi imenso; neste processo contamos com a ajuda de revisores que fizeram sugestões para o aperfeiçoamento dos artigos, que foram incorporadas na medida do possível. A divulgação dos trabalhos na íntegra será realizada em meio eletrônico, através do seguinte *site*:

http://portal.prefeitura.sp.gov.br/secretarias/saude/vigilancia_saude/dant/0017

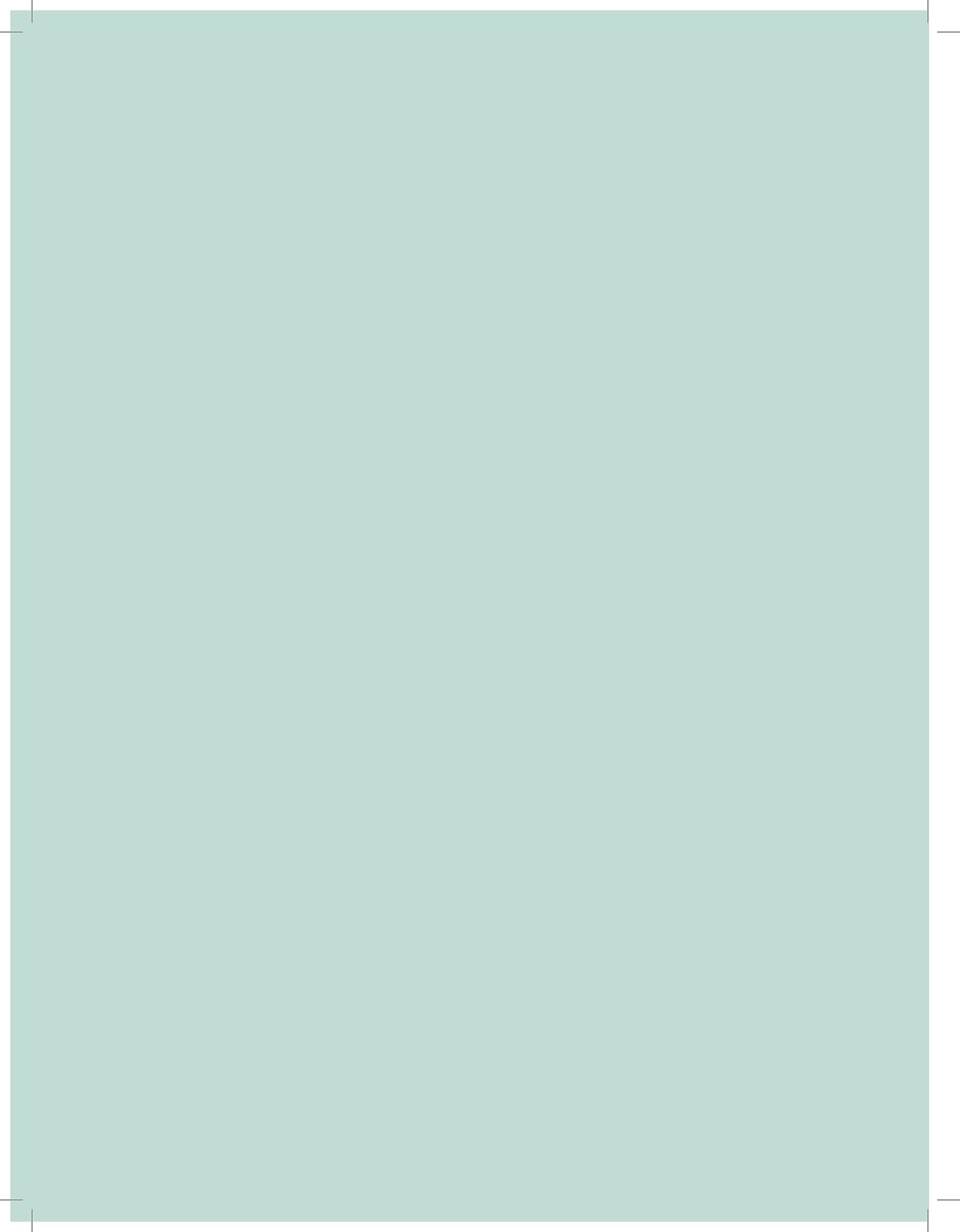
Vale salientar que o CAEPS realizou-se com o enfrentamento de várias dificuldades: econômicas, operacionais, gerenciais e metodológicas, entre outras. Elas só foram superadas pela enorme dedicação de todos os profissionais envolvidos. Tal experiência foi ímpar, demonstrando a necessidade de analisarmos mais profundamente os modelos de atenção à saúde e, especialmente, a Vigilância em DANT, que necessita de modos inovadores de atuação.

Os resultados das pesquisas deverão influir na discussão da política de vigilância em DANT, revertendo-se em benefício de cada uma das regiões. Também contribuirão como um efetivo instrumento para novas diretrizes de gestão, com a perspectiva de formular políticas públicas de estratégia de base populacional e com a responsabilização das pessoas e dos setores envolvidos nas condições de vida, trabalho e saúde. Por outro lado, as conclusões originadas dos trabalhos e discutidas nas “*Reuniões Técnicas Regionais CAEPS-DANT*”, e no “*II Fórum DANT do Município de São Paulo*” integram a “*Carta de Recomendações do CAEPS-DANT*”, que tem por finalidade indicar diretrizes para as políticas públicas do município em promoção da saúde e prevenção das Doenças e Agravos Não Transmissíveis.

Ressalta-se que os resultados finais das pesquisas do CAEPS, somados ao Relatório Final da Comissão Nacional sobre Determinantes Sociais da Saúde, constituirão um marco na construção de indicadores para as Doenças e Agravos Não Transmissíveis, Vigilância e Promoção da Saúde na cidade de São Paulo.

Equipe DANT/CCD/COVISA/SMS

Artigos



AVALIAÇÃO E MONITORAMENTO DAS PRÁTICAS DE PROMOÇÃO DA SAÚDE RELACIONADAS ÀS DANT

Marcia Faria Westphal¹; Juan Carlos Aneiros Fernandez²

Introdução

Existe uma demanda crescente em torno da avaliação e do monitoramento de políticas e programas sociais no Brasil e em outros países, fortemente influenciada por um vetor economicista de contenção e saneamento dos gastos públicos. Governos, organizações não governamentais e principalmente agências internacionais de fomento estão reivindicando cada vez mais a inclusão de metodologias de monitoramento e avaliação do processo, resultados e impacto de programas implementados.

No Brasil são raros os programas, inclusive os do campo da Promoção da Saúde, que aprofundam seus esforços avaliativos, no sentido de mostrar efeitos e impactos. Carvalho et al., (2004), problematizam a avaliação das ações de promoção da saúde, entendida em sua vertente socioambiental, ou seja, como

“um processo de capacitação da comunidade para identificar os determinantes da saúde e desenvolver estratégias para modificá-los” e destacam que “demandas e tensões em torno do uso de evidências em políticas públicas, como parte de uma gestão orientada por resultados, indicam muitas vezes um distanciamento entre as concepções e a natureza complexa das intervenções de Promoção da Saúde”.

A exigência de “provas” de efetividade e eficiência tem desafiado gestores comprometidos com ações realizadas na perspectiva da promoção da saúde, a partir deste conceito, que amplia o escopo das ações muitas vezes para fora do setor saúde. A explicitação das mudanças sociais esperadas exige a adoção de processos colaborativos, considerando o conjunto dos atores envolvidos no processo de desenvolvimento e avaliação das intervenções (Westphal, 2004)

Akerman et al (1994) distinguem os autores que fazem estudos buscando evidenciar a efetividade das ações de outros que desenvolvem ferramentas participativas de avaliação contemplando princípios filosóficos do movimento canadense de promoção da saúde. Nutbean (1998), evitando a polarização, propõe que a avaliação deve ser formatada de acordo com as necessidades dos programas, pois nenhuma abordagem isolada será adequada para qualquer tipo de programa.

Para a avaliação de políticas de Promoção da Saúde é necessário que se integrem enfoques qualitativos e quantitativos para dar conta da subjetividade de conceitos como qualidade de vida e de seus aspectos objetivos (Westphal 1997).

Algumas instituições acadêmicas brasileiras vêm utilizando metodologias participativas e múltiplos métodos em seus processos de avaliação em Promoção da Saúde, preocupados mais do que em demonstrar a efetividade de procedimentos, em descobrir como fazer com que uma metodologia de avaliação possa contribuir para o aprendizado, a ação e a transformação de práticas sociais. Consideram que avaliar é produzir

1 Profa titular da Faculdade de Saúde Pública da Universidade de São Paulo. Presidente do CEPEDOC - Centro de Estudos, Pesquisas e Documentação em Cidades Saudáveis

2 Sociólogo - Pesquisador do CEPEDOC - Centro de Estudos, Pesquisas e Documentação em Cidades Saudáveis

juízo de valor ou mérito para alguma ação humana sobre o ambiente social, contrariando os avaliadores de tendência racionalista positivista que consideram que a avaliação está isenta de valores. Como o campo da Promoção da Saúde está permeado de valores em disputa, é só um desenho participativo que permitirá a explicitação de óticas, valores e princípios (Akerman, Mendes & Bogus, 2004).

Objetivo

Este projeto de pesquisa objetivou a construção de um painel de avaliação e monitoramento das ações de Promoção da Saúde desenvolvidas por algumas unidades de saúde em São Paulo relacionadas às doenças e agravos não transmissíveis.

Metodologia

A metodologia utilizada foi a pesquisa ação participante, incluindo parceiros da Faculdade de Saúde Pública da Universidade de São Paulo, do Centro de Estudos Pesquisa e Documentação em Cidades Saudáveis – CEPEDOC Cidades Saudáveis, da Coordenação de Vigilância em Saúde, mais especificamente a equipe da Subgerência de Vigilância das Doenças e Agravos Não Transmissíveis – CCD/COVISA/SMS.

Esses parceiros prepararam atividades e materiais para orientar a discussão sobre a conceituação da Promoção da Saúde e as estratégias de atuação para homogeneizar o referencial orientador da pesquisa ação desencadeada, tanto entre os parceiros da equipe coordenadora como com os responsáveis por projetos avaliativos de práticas relacionadas a esta área de conhecimento, desenvolvidos nas unidades municipais de saúde, inscritas no projeto de Capacitação em Avaliação da Efetividade da Promoção da Saúde CAEPS-DANT, do Vigisus.

Os parceiros também realizaram um extenso levantamento bibliográfico sobre evidências da efetividade de Promoção da Saúde em DANT, e a partir dos raros trabalhos encontrados, na perspectiva do referencial pactuado, foram identificados alguns instrumentos utilizados para avaliação e monitoramento das práticas de Promoção da Saúde em DANT.

Fazendo uso dos resultados obtidos das ações anteriores, os mesmos participantes da pesquisa construíram um painel para avaliação e monitoramento das ações de Promoção da Saúde realizadas no âmbito da Atenção Básica do município de São Paulo, utilizando como indicadores os campos de ações e princípios orientadores deste campo do conhecimento, definidos na Carta de Ottawa (Brasil [MS], 2001), que sintetiza os resultados da primeira Conferência Mundial de Promoção da Saúde, ratificados durante a 6ª Conferência realizada em Bangkok em 2006. O painel também incluiu espaços para possíveis resultados. Este instrumento de avaliação de práticas e resultados foi testado e revisto participativamente, mediante a resposta a um questionário e à participação em grupos de discussão e avaliação.

Por fim, também o trabalho de análise de todo o processo investigativo, bem como a elaboração do relatório de pesquisa contou com a participação desse grupo de parceiros. Para a análise foi adotada a triangulação de dados que procurou contextualizar as propostas e as percepções dos atores sobre as mesmas, com o objetivo de validar novas perspectivas para nossa realidade, com o acordo dos atores envolvidos nas mesmas. A triangulação dos dados, por conseguinte, consistiu na checagem dos dados obtidos dos mesmos informantes, em situações variadas e em momentos diferentes, na busca de abrangência maior na descrição, explicação e compreensão da situação em estudo (Patton, 1987).

Resultados e discussão:

No referencial pactuado pelos participantes da pesquisa ação, o sentido atribuído ao conceito de Promoção da Saúde foi o de um processo de capacitação para a autonomia e emancipação para interferir nas condições sociais, econômicas, políticas e ambientais. Entretanto, as práticas e reflexões de parte desses

participantes, revista nas outras fases do processo de pesquisa, mantêm ainda resquícios da versão comportamentalista de adoção e mudança de comportamentos adequados à saúde. Parece persistir uma perspectiva verticalizada, motivada pelas dificuldades de contexto, que tem dificultado a prática de uma concepção mais ampla e integrada, em uma estrutura fragmentada e fortemente burocratizada.

A partir do levantamento bibliográfico realizado e sua análise podemos concluir que já haviam projetos voltados para a Promoção da Saúde em DANT no mundo, desde 1972. A perspectiva utilizada, entretanto, é a de países desenvolvidos e a falta de acesso aos textos completos não nos permitiu saber mais a respeito das metodologias de avaliação utilizadas. Mas o que vale chamar a atenção é a perspectiva de Promoção da Saúde dos responsáveis por estes projetos. Parece que a Promoção da Saúde não se guiou pelos cânones biomédicos, mas por princípios do empoderamento, da integralidade, da participação, da intersectorialidade e da combinação de estratégias múltiplas para promover saúde.

No caso das ações e práticas de Promoção da Saúde descritas no teste do painel, a categoria mais citada correspondia ao princípio da participação e ao mesmo tempo as categorias com menor frequência – em ordem crescente – correspondiam às categorias advocacia, políticas públicas saudáveis e mobilização. O que parecia revelar uma tensão entre a realidade e o referencial teórico pactuado acabou se transformando em uma oportunidade para reforçar o entendimento do processo de formação, avaliação e sucessivas pactuações como um processo social. Há pelo menos duas razões para não tomar esses resultados como um desvio em relação ao referencial teórico adotado, que para o caso em destaque corresponderia a reduzir a questão em torno de uma suposta “despolitização” da participação.

A primeira delas corresponderia ao necessário aprofundamento no entendimento que se tem do desenvolvimento de habilidades pessoais destacado pelos respondentes, pois, se por um lado, essas habilidades são descritas como o simples domínio de técnicas; por outro lado, são referidas como *upgrades* pessoais que produzem desdobramentos na ação coletiva e social dos sujeitos.

A segunda diz respeito ao contexto no qual estão inseridas as ações que foram objeto desta investigação, bem como as reflexões feitas em torno delas. O desenvolvimento do CAEPS e suas interfaces com a presente pesquisa criaram um espaço de disputa institucional. Os profissionais que o ocuparam enfrentam uma tensão entre paradigmas e modelos de atenção à saúde, que têm marcado a área da Promoção da Saúde em diferentes dimensões. O fato das ações de Promoção da Saúde em DANT não estarem entre as estratégias prioritárias do sistema municipal de saúde e sem uma classificação adequada para serem marcadas como produção, pode ser responsável por uma fragmentação e isolamento dessas ações dentro do sistema, bem como dos profissionais que as empreendem.

Referências Bibliográficas

AKERMAN, M. et al. Saúde e meio ambiente: uma análise de diferenciais intra-urbanos enfocando o Município de São Paulo – Brasil. **Revista de Saúde Pública**, v. 28 n. 4, p. 320-325, 1994.

AKERMAN, M.; MENDES, R.; BOGUS, C. M. É possível avaliar um imperativo ético? **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 9, n. 3, p. 605-615, 2004.

BRASIL. Promoção da saúde: declaração de alma-ata, carta de Ottawa, declaração de Adelaide, declaração de Sundsvall, declaração de Santafé de Bogotá, declaração de Jacarta, rede de mega países e declaração do México. **PNUD/Ministério da Saúde**, Brasília, 2001.

CARVALHO, A. I. et al. Concepções e abordagens em avaliação em promoção da saúde. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 9, n. 3, p. 521-529, 2004.

NUTBEAM, D. Evaluating health promotion: progress, problems and solutions. **Health Promotion International**. v. 13 n. 1, p. 27-44, 1998.

PATTON, M. Q. **Qualitative evaluation methods**. London: Editora Sage Publications, 1987.

WESTPHAL, M. F. Concepções e abordagens na avaliação em promoção da saúde. Dilemas da avaliação em promoção da saúde: como orientar a produção científica brasileira? **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 9, n. 3, p. 534-536, jul./set. 2004.

WESTPHAL, M. F. Municípios saudáveis: aspectos conceituais. **Saúde e Sociedade**, São Paulo, v. 6 n. 2, p. 9-18, 1997.

ESTUDO DA VISITA DOMICILIAR DE AGENTES COMUNITÁRIOS DA SAÚDE NA UBS VILA DALVA DO MUNICÍPIO DE SÃO PAULO: POSSIBILIDADES E LIMITES NAS AÇÕES DE PROMOÇÃO À SAÚDE

Repercussões e Potencialidades da Visita Domiciliar de Acompanhamento ao Hipertenso

Patrícia Pereira De Salve¹; Paulo Cezar Calipo²; Suely Maria Moreira Shimizu³; Mariana de Almeida Prado Fagá⁴; Ana Lúcia da Silva⁵

A ideia da promoção da saúde traduz-se em expressões próprias à realidade atual, como “políticas públicas saudáveis”, “colaboração intersetorial”, “desenvolvimento sustentável”. Resgata-se a perspectiva de relacionar saúde e condições de vida, e ressalta-se quanto múltiplos elementos físicos, psicológicos e sociais estão vinculados à conquista de uma vida saudável, destacando-se a importância tanto da participação coletiva quanto de habilidades individuais.

Neste sentido, mudanças de estilo de vida tais como perda de peso, dieta saudável, redução da ingestão de sódio, atividade física, consumo moderado de álcool e cessação do tabagismo são muito importantes para a promoção da saúde quanto para o controle da hipertensão arterial sistêmica (HAS). Estas mudanças têm sido cada vez mais valorizadas e consideradas como parte indispensável do tratamento da HAS, associadas ou não ao uso de medicamentos. Ressalta-se que o tratamento da HAS visa à prevenção primária da doença cardiovascular e renal mediante a redução dos níveis pressóricos que pode ser obtida com tratamento medicamentoso e não medicamentoso.

Uma das ações para provocar mudanças no estilo de vida do hipertenso tem sido a visita domiciliar mensal, que é uma atividade primordial e atribuição primeira do agente comunitário de saúde (ACS), sendo este considerado personagem-chave na organização da assistência na Estratégia Saúde da Família. O seu trabalho não deve ser pautado na transmissão de informações e culpabilização do hipertenso sobre sua doença, mas explorar positivamente diferentes dimensões que a hipertensão pode representar para cada hipertenso, para a família e para a comunidade, num enfoque realista e não idealista de vida.

Diante deste cenário, o cuidado aos hipertensos se coloca como um desafio aos serviços de saúde, exigindo o envolvimento e a responsabilização profissional. Isto possibilita criar vínculos com a população, facilitando a promoção da saúde e a prevenção de danos, orientando a incorporação de novos hábitos de vida e uma maior autonomia dos indivíduos nos cuidados com a saúde. Assim, foram objetivos: avaliar a visita domiciliar de acompanhamento (VDA) do ACS como estratégia para a promoção de saúde da pessoa hipertensa: identificar repercussões e potencialidades.

Quanto ao método optamos pela pesquisa qualitativa, pois possibilita compreender um universo de significados, motivos, crenças, valores e atitudes que correspondem a um espaço mais profundo das relações, dos processos e dos fenômenos em questão. Optou-se pelo grupo focal e entrevistas semiestruturadas como instrumentos metodológicos. O campo foi na abrangência da Unidade Básica de Saúde Engenheiro Guilherme Henrique Pinto Coelho, conhecida como UBS Vila Dalva localizada no Bairro do Butantã.

A amostra foi intencional: vinte hipertensos acima de cinquenta anos, com facilidade de verbalização e de deambulação, inseridos no Grupo A da IV Diretriz Brasileira de Hipertensão Arterial, com valores pressóricos normais limítrofes (130-139mmHg a 85-89mmHg), onde a decisão terapêutica propõe mudança de estilo de vida. Selecionou-se vinte ACS há mais tempo na visita domiciliar de acompanhamento ao hipertenso. Foi feita análise de conteúdo temática a partir das transcrições das gravações dos quatro grupos focais: dois com hipertensos e dois com ACS.

1. Enfermeira de Saúde Pública, Gerente da Unidade Básica de Saúde Engenheiro Guilherme Henrique Pinto Coelho.

2. Psicólogo, Educador em Saúde Pública da Unidade Básica de Saúde Engenheiro Guilherme Henrique Pinto Coelho.

3. Enfermeira de Saúde Pública, Supervisora da Vigilância em Saúde do Butantã.

4. Médica de Família e Comunidade, da Unidade Básica de Saúde Engenheiro Guilherme Henrique Pinto Coelho.

5. Enfermeira, Doutora em Enfermagem – Instituto de Saúde-SES-SP. Grupo de Pesquisa de Práticas e Políticas de Saúde – Orientadora da pesquisa.

Para o propósito deste artigo focalizamos duas categorias temáticas com trechos representativos de falas do ACS e do hipertenso. Não houve o propósito de comparar, mas sim de ‘garimpar’ relatos que colocam em foco sentidos de promoção à saúde na ótica de hipertensos em relação à VDA do ACS e na ótica do ACS em relação à VDA realizada ao hipertenso.

Categoria 1 **Repercussões da VDA do ACS ao hipertenso.**

‘Mas eu acho que é o meu papel, estar sempre lá insistindo. Uma hora a ficha cai. Eu penso assim. Eu sempre vejo assim, como ela falou, tem que ver a hora que você fala e a hora que você vai dizer tal coisa e a hora que você dá um tempo, uma conversa, porque exatamente isso, a pessoa ela tem a escolha dela’. (ACS)

‘Então, ela (hipertensa) tem que conhecer a doença. Tem que conhecer o que ela pode comer; atividade física, o remédio... Eu explico tudo, tem que explicar pra ele: - Não é só o remédio. Ah, eu tô tomando o remédio, eu tô livre. Não é assim. É um pacote, tem que fazer tudo, porque se (...) o pacote, não dá certo...’. (ACS)

Para o Ministério da Saúde, são atribuições do ACS: Identificar as necessidades da comunidade; atuar nas ações de controle de doenças e promoção e proteção da saúde. Por sua vez, o ACS tem um papel de “tradutor” do universo científico ao popular; de entrar no mundo familiar das pessoas; ser facilitador do acesso das pessoas da comunidade aos serviços de saúde. Ele deve cumprir um papel. Continuando, temos falas de hipertensos:

‘Eu não deixo de comer minha comidinha com sal, meu torresminho, que eu adoro, com isso eu já tô com 71 e tô aqui, firme. Mas gordura de porco... E minha filha bem magrinha tem diabetes, gordura ela não pode comer (risos). A pressão tá sempre alta, mas... É engraçado... minha mãe tinha 86... A gente é misturado... Então ela come de tudo, minha avó tem 83... carne magra ...eu faço bastante caminhada....Acordo às 5 da manhã, até as 10 da manhã eu não paro’. (Hipertenso)

‘A gente tem que ouvir o que ela tá falando pra nós aprender em cuidar de nós mesmo’. (Hipertenso)

Nestes dois trechos, cada um lida de maneira diferente com a hipertensão: o primeiro não mudou o estilo de vida, ele escuta e desacredita, porque a experiência de vida demonstra que a realidade não é como o ACS diz. Fundamenta sua atitude na longevidade de sua mãe. Afirma que faz bastante caminhada indo de encontro ao que é preconizado em relação à saúde. O segundo refere que ouve o que a ACS fala e extrai o que considera favorável.

Categoria 2 **Potencialidades da VDA do ACS ao hipertenso, ou seja: o alcance das ações avança para além do esperado.**

‘Quando chega lá, a primeira coisa é você olhar na cara da pessoa e ver a necessidade, ver o que ela está te pedindo naquele momento, porque tem hora que ele não quer saber de nada disso, quer saber de outras coisas. Tem de estar aberta, e a gente tem que perceber do que eles estão precisando de verdade, [...]’. (ACS)

Uma potência: o ACS transcende a Estratégia Saúde da Família: há compreensão aprofundada em relação às necessidades do outro, do hipertenso: *‘a gente tem que perceber do que eles estão precisando de verdade’.*

‘[...] eles já fazem caminhadas por eles mesmos. [...] Eu cheguei a incentivar a família a fazer alguma coisa, cheguei a falar: Você não quer ver seus netos crescer, fazer faculdade, chorar na formatura, comecei a puxar pelo pontos fracos deles, e estão lá, estão ótimos’. (ACS)

Uma outra potência: a autonomia comunitária, uma constatação do ACS.

‘E eu estava falando sobre o aparelho. Eu acho que pessoas que vão na casa da gente necessitam de um aparelhinho pra medir a pressão de cada um. Não vai gastar muito dinheiro pra fazer isso, por ordem... Entendeu? Porque nem todo mundo tem condições de vir aqui no posto todo dia para medir a pressão. Quando a pessoa tá doente, na sua casa, como é que vai ser? [...]’. (Hipertenso)

A potência: é melhor ter ‘pessoas que vão na casa da gente’, mas com o ‘aparelho’, que é mais valorizado do que o diálogo durante a VDA. Lembramos que o esfigmomanômetro não é instrumento de trabalho na cidade de São Paulo para o ACS.

'Por minha parte eu tô contente com a ACS. Porque ela é muito boa, e procura as coisas, procura sobre a alimentação, ela me entrevistou várias vezes lá, uma meia hora, mais ou menos. [...] Eu tô muito feliz aqui, espero a continuidade direto aqui. Troque de prefeito, troque de governador, fique a mesma coisa. Porque eu já vi bagunça muita há muitos tempos atrás; esta aqui vai joia. Minha opinião, pra mim, eu tô uma pessoa muito feliz. Eu tô me tratando, tô bem, não falta nada do remédio aqui, senão eu tava ferrado pra achar...'. (Hipertenso)

Outra potência: acesso, proximidade, empatia e afeto pelo ACS. Lembramos ainda que o potencial da visita domiciliar é explorar positivamente diferentes dimensões que a hipertensão pode representar para cada indivíduo, família e comunidade, num enfoque realista e não idealista de vida.

O estudo revelou que a VDA do ACS à pessoa hipertensa é uma ação que favorece o empoderamento dos cidadãos para o autocuidado na medida em que propicia informação, criação de vínculos de confiança e relações de afeto interpessoal. O hipertenso compreende a importância das orientações dadas pela equipe de saúde, gosta de receber o ACS em casa e ter as informações reforçadas pelo mesmo, apesar do efetivo controle da hipertensão nem sempre ser alcançado no tempo esperado pelo ACS.

Referências Bibliográficas

BRASIL, Ministério da Saúde. **Guia prático do programa de saúde da família**. Brasília, DF, 2002.

MINAYO, M. C. S. **O desafio do conhecimento**. São Paulo: Hucitec/Abrasco, 1996.

SILVA, A. L.; CAMILLO, S. O. A educação em enfermagem à luz do paradigma da complexidade. **Rev Escola de Enfermagem Universidade de São Paulo**, v. 41, n. 3, p. 403-410, 2007.

SILVA, J. A.; DALMASO, A. S. W. **Agente comunitário de saúde: o ser, o saber, o fazer**. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2002.

SOCIEDADE Brasileira de Hipertensão- SBH, Sociedade Brasileira de Cardiologia- SBC, Sociedade Brasileira de Nefrologia- SBN. In: DIRETRIZES BRASILEIRAS DE HIPERTENSÃO ARTERIAL, 4. **Arquivos Brasileiros de Cardiologia**, 2004; 82 (supl IV):15-22.

A RELAÇÃO DAS PRÁTICAS CORPORAIS E MEDITATIVAS COM A PROMOÇÃO DE SAÚDE E A CARACTERIZAÇÃO DO PERFIL DOS USUÁRIOS DA COORDENADORIA REGIONAL DE SAÚDE CENTRO OESTE – DADOS PRELIMINARES

Sheila Busato¹; Evaldo Shinji Kuniyoshi²; Luci Lurico Oi³; Norvan Martino Leite⁴; Lucia Elena Camargo de Araújo⁵; Teresa Maria dos Santos⁶; Emília do Carmo Mansoldo Tanaka⁷; Selma Eufrazio⁸; Prof^a. Dr^a. Elisa Harumi Kozasa⁹; Prof. Dr. José Roberto Leite¹⁰; Prof^a. Roberta de Souza¹¹; Prof. Álvaro da Silva Santos¹²; Prof^a. Dr^a. Ana Lúcia Silva¹³

Introdução

A Organização Mundial da Saúde (OMS, 2002) estimula o uso da Medicina Tradicional / Complementar/ Alternativa nos Sistemas de Saúde integrada às técnicas da medicina ocidental moderna em seu documento “Estratégia da OMS sobre Medicina Tradicional 2002-2005”. O Ministério da Saúde entende que as Práticas Integrativas e Complementares compreendem o universo de abordagens denominado pela OMS de Medicina Tradicional e Complementar/Alternativa e aprovou a Política Nacional de Práticas Integrativas e Complementares no Sistema Único de Saúde (SUS), a qual recomenda a implementação das ações e serviços relativos às Práticas Integrativas e Complementares (Brasil, 2006).

Tais práticas envolvem abordagens que estimulam os mecanismos naturais de prevenção de agravos e recuperação da saúde por meio de tecnologias eficazes e seguras, com ênfase no desenvolvimento do vínculo terapêutico e na integração do ser humano com o meio ambiente e a sociedade. Outros pontos, compartilhados pelas diversas abordagens incluídas nesse campo, são a visão ampliada do processo saúde-doença e a promoção global do cuidado humano, especialmente do autocuidado (MS, 2006). A prefeitura de São Paulo, por sua vez, através da Lei nº 14.682, de 30 de janeiro de 2008, instituiu no âmbito do município de São Paulo, o programa Qualidade de Vida com Medicinas Tradicionais e Práticas Integrativas em Saúde que está sendo realizado nos hospitais, postos de saúde da rede pública, escolas municipais, praças, ruas e avenidas, parques e áreas verdes da cidade, em suas várias coordenadorias regionais de saúde.

A Coordenadoria Regional de Saúde Centro-Oeste (CRS CO) abrange os distritos administrativos dos bairros de Butantã, Pinheiros, Lapa e Sé e possui 50 serviços de saúde. Dentre eles, 80% oferecem práticas corporais e meditativas e, dentre estas, destacam-se o Tai Chi Pai Lin, o Lian Gong, a Meditação e a Caminhada.

Na CRS CO, de acordo com dados da Coordenação de Epidemiologia e Informação (Ceinfo, 2006) da Secretaria Municipal de Saúde (SMS) de São Paulo, a primeira causa de morte em 2005 foi decorrente de doenças isquêmicas do coração, seguida das doenças cérebro-vasculares, o que evidencia o peso das Doenças e Agravos Não Transmissíveis (DANT) na mortalidade geral desta população. Tal problemática vem se agravando em decorrência do aumento da expectativa de vida associada a problemas como sedentarismo, obesidade, depressão, estresse, alimentação inadequada, dentre outros. Há, por outro lado, evidências de que as práticas corporais e meditativas podem ser efetivas na prevenção e nos cuidados relativos às DANT, além de serem de baixo custo.

1. Psicóloga – CRS Centro Oeste.

2. Médico Sanitarista – CRS Centro Oeste.

3. Psicóloga – Unidade de Medicinas Tradicionais Centro – STS Sé.

4. Médico Acupunturista – Unidade de medicinas Tradicionais Centro – STS Sé.

5. A. Social – CRST Lapa – STS Lapa Pinheiros.

6. Terapeuta Ocupacional – Cecco Bacuri – STS Lapa Pinheiros.

7. Fonoaudióloga – UBS Butantã – STS Butantã.

8. Terapeuta Ocupacional – Cecco Previdência – STS Butantã.

9. Bióloga, professora titular do Depto. de Saúde da Universidade Nove de Julho, posdoutoranda do Depto. de Psicobiologia da Universidade Federal de São Paulo – Orientadora da pesquisa

10. Psicólogo, professor adjunto do Depto. de Psicobiologia da Universidade Federal de São Paulo.

11. Estatística, pesquisadora colaboradora do Núcleo de Estudos em Saúde Coletiva da Universidade Nove de Julho.

12. Enfermeiro, professor adjunto da Universidade Federal da Bahia.

13. Enfermeira, professora titular do Depto. de Saúde da Universidade Nove de Julho.

Objetivos

Caracterizar o perfil dos usuários de práticas corporais e meditativas da CRS CO e sua percepção em relação à qualidade de vida. Avaliar ainda a efetividade destas práticas na promoção de saúde.

Metodologia

Sujeitos

Para a avaliação quantitativa foram selecionados randomicamente 300 usuários de práticas corporais (caminhada, lian gong e tai chi pai lin) e meditativas da CRS CO. Na avaliação qualitativa foram selecionados indivíduos representativos dos usuários. Todos os sujeitos foram informados sobre a pesquisa através de uma carta de informação e assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido.

Métodos

A avaliação quantitativa foi realizada através de um questionário que englobou dados demográficos, saúde física, emocional e mental, cidadania e vida social, do WHOQOL (grupo WHOQOL, 1998), questionário de qualidade de vida da Organização Mundial de Saúde, do Miniexame do Estado Mental adaptado para a população brasileira por Bertolucci (1994), validado para a população com 60 anos ou mais, para excluir voluntários apresentando possíveis déficits cognitivos. As avaliações foram realizadas por alunos-pesquisadores voluntários da Universidade Nove de Julho, que tiveram como contrapartida horas-atividade cedidas pela instituição. A estatística descritiva para as avaliações quantitativas foi realizada através dos programas Epi-info e SPSS (Statistical Package for the Social Sciences).

Resultados

O presente trabalho não incluiu os dados de qualidade de vida e de parte do questionário de avaliação quantitativa que ainda estão em análise estatística. Seguem, portanto, alguns dados preliminares.

A maioria dos entrevistados (90,2%) encontra-se entre 41 e 80 anos, sendo que 87,5% pertencem ao sexo feminino, 49,8% são donas de casa e 76,1% são católicos. Quanto à escolaridade, as categorias mais frequentes são 1ª grau incompleto (33,2%) e 2ª grau completo (24,4%). 47,3% são aposentados e 20,5% estão desempregados. 67,3% têm renda familiar entre 1 e 5 salários mínimos. 54,7% dos entrevistados chegaram à prática encaminhados, sendo 41,8% destes, por médicos.

Dentre os entrevistados, 52,1% relataram doenças na coluna e 21,9% artrite, artrose ou reumatismo. Destes, 82,5% e 72,2%, respectivamente, referiram melhora nestes problemas de saúde com a realização das práticas corporais e meditativas. Paralelamente, houve o relato de redução do uso de anti-inflamatórios, antidepressivos e analgésicos em 58,5%, 54,5% e 46,4%, respectivamente, dentre os que faziam ou fazem uso destes medicamentos.

Já é conhecido amplamente na literatura relativa às dores, que problemas emocionais repercutem diretamente na intensidade e frequência destes sintomas. Assim, o relato dos usuários de que houve redução em tensão, preocupação, ansiedade e depressão após o início do treinamento nas práticas indica que esta melhora no estado emocional tem repercussão na redução das dores, com consequente melhoria das condições de vida.

Os dados iniciais sobre hipertensão indicam que 43,1% dos usuários referiram apresentar este problema de saúde e 82,2% destes apontaram melhora após o início das práticas.

Vale ainda destacar, que em quaisquer dos problemas de saúde relatados (físicos ou emocionais), bem como nos relatos de utilização dos medicamentos, quando ocorre alguma piora, após o início das práticas, ela se encontra apenas entre 1% a 2% dos casos.

Discussão e conclusão

Da Carta de Ottawa de 1986, “a promoção da saúde é o nome dado ao processo de capacitação da comunidade para atuar na melhoria de sua qualidade de vida e saúde, incluindo uma maior participação no controle deste processo”. Nesta mesma carta em relação às estratégias de promoção da saúde, foram destacadas a construção de políticas públicas saudáveis, a criação de ambientes favoráveis, o reforço da ação comunitária, o desenvolvimento de habilidades pessoais e a reorientação dos serviços de saúde.

A partir dos relatos obtidos com os usuários das práticas corporais e meditativas da presente pesquisa, pode-se notar a melhora dos problemas de saúde e inferir a melhora em sua qualidade de vida. Tais práticas, da maneira como são instruídas, reforçam a atenção dos usuários para o autocuidado. Boa parte dos instrutores capacitados são agentes comunitários de saúde e voluntários da comunidade, reforçando a ação comunitária. O envolvimento direto de órgãos da Prefeitura Municipal de São Paulo desde a capacitação dos instrutores até a implementação e manutenção destas práticas indica repercussões nas políticas públicas de saúde.

Pelas informações referidas pelos usuários, as práticas corporais e meditativas contribuem para a melhora dos sintomas de doenças e agravos não transmissíveis, como dores e hipertensão, além da melhora de problemas emocionais. Assim sendo, estes dados preliminares indicam que as práticas corporais e meditativas apresentam benefícios no manejo das DANTs. Consequentemente, pode-se inferir a grande contribuição destas práticas como ações efetivas de saúde pública.

Referências Bibliográficas

BERTOLUCCHI, P.H. et al. The Mini-Mental State Examination in a general population: impact of educational status, **Arquivos de Neuro-psiquiatria**, v. 52, n. 1, p. 1-7, 1994. Disponível em: <[http://javascript:AL_get\(this,%20'jour',%20'Arq%20Neuropsiquiatr'\)](http://javascript:AL_get(this,%20'jour',%20'Arq%20Neuropsiquiatr');)>. Acesso em: 10 mar. 2009.

BRASIL, Ministério da Saúde. Portaria nº. 971, de 3 de maio de 2006.. Aprova a Política Nacional de Práticas Integrativas e Complementares (PNPIC) no Sistema Único de Saúde. **Diário Oficial (da) República Federativa do Brasil**, Poder Executivo, Brasília, DF, 4 maio 2006. Seção 1, p. 20-5.

CARTA de Ottawa. **Primeira Conferência Internacional sobre Promoção da Saúde**, Ottawa, 1986. Disponível em: <<http://www.opas.org.br/coletiva/upload/Arq/Ottawa.pdf#search=%22carta%20de%20Ottawa%22>>. Acesso em: 25 set. 2006.

CEINFO- Coordenadoria de Epidemiologia e Informação. **Coordenadorias regionais de saúde e supervições técnicas de saúde: Dados 2005**. Boletim Ceinfo, mar. 2006.

OMS. **Estratégia de OMS sobre la medicina tradicional 2002-2005**. Disponível em: <<http://www.opas.org.br/sistema/arquivos/trm-strat-span.pdf>>. Acesso em: 24 set. 2006.

WHOQOL - ABREVIADO : Programa de saúde mental organização mundial da saúde genebra, 1998. Disponível em: <<http://www.ufrgs.br/psiq/whoqol84.html>>. Acesso em: 20 jul. 2006.

ALCANCE E LIMITAÇÕES DA PROMOÇÃO EM DANT: AVALIAÇÃO E MONITORAMENTO DA ADESÃO À DIETA EM DIABÉTICOS

Dificuldade com a Dieta: um problema técnico, um problema social, um problema de investigação

Álder Mourão de Sousa¹; Anete Hannud Abdo²; Maria Leonira R. Favaretto³;
Noelia Menezes R. do Amaral⁴; Sueli Manesco⁵; Selma Patti Spinelli⁶

As mudanças no perfil populacional brasileiro, sobretudo nas grandes cidades, colocam em destaque as Doenças e Agravos Não Transmissíveis – DANT, que hoje respondem por 70% da mortalidade do Município de São Paulo, segundo o ISA-Capital, Inquérito de Saúde do Município.

No referido estudo, constatou-se a baixa incidência de práticas saudáveis entre diabéticos e hipertensos, pois, de um modo geral, a população tem adotado dietas prejudiciais à saúde. Seguindo a tendência mundial, a prevalência de sobrepeso e obesidade no Município de São Paulo vem aumentando tanto em homens como em mulheres.

Segundo dados do ISA-Capital 2003, a prevalência de obesidade no município chega a 10% na faixa etária de 30 a 49 anos, atingindo níveis de 18% na faixa etária de 50 a 69 anos.

Diante do quadro preocupante, a Secretaria Municipal de Saúde da Prefeitura de São Paulo, por meio da COVISA (Coordenação de Vigilância em Saúde) e CCD (Centro de Controle de Doenças) através da Subgerência de Doenças e Agravos Não Transmissíveis, com suas respectivas coordenadorias regionais e membros da equipe, desencadeou o CAEPS/DANT, um projeto de capacitação em avaliação da efetividade em Promoção da Saúde em doenças e agravos não transmissíveis (Fórum, 2007). Capacitação em serviço que teve por objetivo dar visibilidade às experiências desenvolvidas pelos profissionais, agregando-lhes instrumentos de sistematização de conhecimentos, que permitirão o aprimoramento da vigilância de DANT. O presente estudo se constituiu em um dos projetos do CAEPS desenvolvido na região centro-oeste da capital, em duas Unidades Básicas de Saúde da Sé: UBS Dr. João de Azevedo Lage (UBS Humaitá) e UBS Dr. Humberto Pascalli (UBS Sta. Cecília).

O cenário da pesquisa caracteriza-se como região com alta vulnerabilidade social. Em média, 4,41% da população residente nas áreas de abrangência das UBSs Humaitá e Sta. Cecília, residem em domicílios coletivos e particulares improvisados, sendo 5,68% da população residente na área da UBS Humaitá e 3,76% na área da UBS Sta. Cecília. São analfabetos, 0,5% da população residente na área da UBS Humaitá e 0,17% da população residente na área da UBS Sta. Cecília (baseado em informações sobre área de abrangência das UBSs – IBGE-Censo ano 2000 - CEInfo / *site* da Prefeitura do Município de São Paulo). A população da Sé, segundo dados do CEInfo (Coordenação de Epidemiologia e Informação da Secretaria Municipal de Saúde de São Paulo) 2005, compõe-se de 346.639 habitantes, com predominância de população adulta que, na faixa de 25 a 59, anos atinge 53% do total; somando-se a faixa de 60 anos ou mais, chega-se a 71%. Esse é o espectro populacional alvo da Promoção da Saúde em DANT. Quando se analisam as cinco primeiras causas de morte (número de óbitos), os dados do PRO-AIM (Programa de Aprimoramento de Informações de Mortalidade do Município de São Paulo)/CEInfo/SMS/PMSP 2005, a Sé mostra, em primeiro lugar, as Doenças Isquêmicas do Coração e, em segundo lugar, as Doenças Cérebro-Vasculares. Quando se verifica a população ambulatorial, a demanda da Sé é bastante significativa: 340.997 consultas médicas especializadas e 484.121 consultas médicas básicas. Em relação à região centro-oeste, representa 45% do total regional, que inclui Butantã e Lapa/Pinheiros.

1. Enfermeiro da UBS Dr. João de Azevedo Lage.

2. Médica da UBS Dr. Humberto Pascalli.

3. Médica da Suvis Sé.

4. Nutricionista da UBS Dr. João de Azevedo Lage.

5. Nutricionista da UBS Dr. Humberto Pascalli.

6. Orientadora da pesquisa, sanitarista, socióloga, professora aposentada e pesquisadora do Cealag-Centro de Estudos Augusto Leopoldo Ayrosa Galvão, da FCM Santa Casa-SP

A UBS Humaitá “João Azevedo Lage” tem uma área de abrangência de 69.714 habitantes e a UBS Santa Cecília “Humberto Paqualli” tem 156.032 moradores. Ambas atraem usuários de outras regiões, pelo acesso fácil e central. Logo de início, profissionais médicos, enfermeiros, nutricionistas indicaram um grande problema a vencer: a baixa adesão à *Dieta*, elemento-barreira nas ações de prevenção de doenças e promoção da saúde nos serviços. O grupo de trabalho propôs um projeto de pesquisa qualitativa.

Com o objetivo de identificar os determinantes da não-adesão à *Dieta*, elaborou-se um trabalho de pesquisa qualitativa para apreender, na análise de conteúdo das entrevistas abertas, as subjetividades dos usuários diagnosticados com Diabetes Mellitus tipo 2. Os sujeitos da pesquisa foram: 5 pacientes da UBS Humaitá, sendo 4 homens e 1 mulher; e 6 pacientes do sexo feminino da UBS Santa Cecília.

Primeiramente procedeu-se ao delineamento do projeto com os seguintes passos:

- 1º)** Captação dos Sujeitos da Pesquisa;
- 2º)** Aplicação do IPC – Instrumento Padronizado de Cadastro contendo: identificação, avaliação antropométrica e nutricional;
- 3º)** Coleta e Verificação de parâmetros (IMC-Índice de Massa Corporal – OMS e critérios da IDF – International Diabettes Federation para circunferência abdominal), após 90 dias;
- 4º)** Identificação dos Pacientes com dificuldades na Dieta;
- 5º)** Agendamento das Entrevistas;
- 6º)** Escolha dos Pacientes para Visita Domiciliar.

Tais procedimentos transcorreram dentro da Rotina dos Serviços. No cotidiano, o volume de demandas e o pouco tempo disponível para cumpri-las foram os balizadores das nossas escolhas. Buscamos um caminho que não nos afastasse da rotina de nossos postos de trabalho, seja porque queríamos dar conta da proposta CAEPS – DANT, seja porque os serviços que desenvolvemos estão a exigir uma avaliação e uma reflexão constante para seu aprimoramento.

Encontramos respaldo na literatura disponível (Rauen, 2002) sob a denominação de **Pesquisa Qualitativa de Intervenção**. Para o autor equacionar esse problema (estudos que se desenrolam na ação profissional do serviço) é proposta a **Pesquisa-Ação**. “... um trabalho empírico que subjaz a associação com uma ação ou com a resolução de um problema coletivo em andamento, no processo. Neste território, pesquisadores e participantes da situação ou do problema estão envolvidos de modo cooperativo e participativo”. Na **pesquisa-ação**, o grupo de pesquisadores estará em reunião constante padronizando a recolha dos dados: os procedimentos são mais flexíveis e se organizam a partir da observação da ocorrência. O desafio maior foi cumprir o tempo, dentro das metas do atendimento normal. Após a formulação de projeto de pesquisa aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa – CEP, PROJETO CAEE – 0253, Parecer nº 0074/07, o trabalho se desenvolveu no andamento da rotina de serviços das unidades.

O conteúdo das entrevistas foi analisado usando-se como referência a categoria sociológica das Representações Sociais – RS sobre Alimentação e seus significados para os entrevistados, e em relação à Dieta, à Vida de Diabético e ao Tratamento proposto.

A análise do material obtido nas entrevistas a partir da questão norteadora da pesquisa, “Como é a alimentação para você?”, permitiu-nos reconhecer as representações sociais de seis eixos temáticos, que foram discutidos a partir dos significados atribuídos pelos entrevistados, em cotejo com a literatura teórica (Sá, 1995): eixo 1- Sentimentos e Representações sobre “o que pode comer”; eixo 2- Sentimentos e Representações sobre a Doença/Doença do Diabético; eixo 3- Sentimentos e Representações sobre a Família e sua influência no processo vivido; eixo 4- Sentimentos e Representações sobre a Vida/a Vida de diabético; eixo 5- Sentimentos e Representações sobre os benefícios do tratamento; eixo 6- Sentimentos e Representações sobre as barreiras para o seguimento da Dieta.

Representações Sociais (Minayo, 1993) referem-se às categorias de pensamento, de ação e de sentimentos, ou seja, integram o pensar e o agir e o sentir a respeito de algo que se afigura na vida do sujeito como problema a encarar.

São muitas as formas de pensar o alimento, que, nas culturas, não é apenas uma fonte de nutrição, mas sim desempenha funções que garantem às sociedades humanas coesão e sobrevivência, fator emoldurado pelas condições sociais, econômicas e culturais, sobretudo na dimensão transcendente da religião dos hu-

manos. O antropólogo Claude Levi-Strauss argumenta que não existe sociedade humana que não processe de alguma forma o alimento (em geral o cozimento, um dos primeiros sinais distintivos entre natureza e cultura).

Segundo Helman (1986), as culturas apresentam seus sistemas de classificação dos alimentos, sempre definindo o que é alimento versus o que não é alimento; o alimento sagrado versus alimento profano; o alimento usado como remédio e o remédio usado como alimento; os alimentos ditos sociais-típicos, pois revelam status, relações, profissão, gênero e identidade do grupo.

A discussão completa das representações sociais encontradas nas falas dos entrevistados nos permitiu questionar os limites das nossas intervenções. Constatou-se a necessidade de macropolíticas que enfrentem o problema da alimentação nociva. Há estudos que referem a evidência da eficácia das ações educativas, sugerindo dinâmicas que podem ser realizadas pelos profissionais no âmbito dos serviços. Os pacientes de Doenças Crônicas precisam ser monitorados com constância maior e vigilância mais próxima, por isso a Visita Domiciliária representa técnica de grande alcance. Dado que esses pacientes estarão sempre apensos aos serviços, as práticas saudáveis realizadas em grupo servem para reforçar a autoidentidade, no processo de interiorização de mudanças nos hábitos alimentares.

Referências Bibliográficas

HELMAN, C. G. **Cultura, Saúde e Doença**. [S.l.]: Ed. Artes Médicas, [entre 1995 e 2005]. cap.3, p. 48-65.

MINAYO, M. C. de S. **O desafio do conhecimento**. São Paulo: ABRASCO, 1993.

PREFEITURA DO MUNICÍPIO DE SÃO PAULO, Secretaria Municipal de Saúde. **Almanaques**, DANT nº 01 e nº 03. COVISA, 2004/2007.

RAUEN, F.J. **Roteiros de investigação científica**. Tubarão: Editora Unisul, 2002.

SÁ, C.P. Representações Sociais: conceitos e o estado atual da teoria. In: SPINK, MJP (Org.) **O conhecimento no cotidiano**. São Paulo: Brasiliense, 1995. cap. 1, p. 19-45.

SÃO PAULO. **PROAIM**: Programa de Aprimoramento de Informações de Mortalidade do Município de São Paulo. São Paulo.

SÃO PAULO, Secretaria da Saúde. **Inquérito de Saúde no Município de São Paulo**. ISA-CAPITAL, 2003. Disponível em: <<http://www.prefeitura.sp.gov.br/secretarias/saude>>. Acesso em: 15 dez. 2008.

AVALIAÇÃO DAS AÇÕES DE PROMOÇÃO DE SAÚDE EM HIPERTENSÃO E DIABETES EM TRÊS UNIDADES BÁSICAS DE SAÚDE NO MUNICÍPIO DE SÃO PAULO

Diva Maria Faleiros Camargo Moreno¹; Isabel Visani²; Márcia Regina de A. R. Ruiz³; Lilian Muller⁴; José Carlos Bittencourt⁵; Andrea Focesi Pelicioni⁶

Introdução

O aumento da esperança de vida no Brasil relaciona-se à elevação dos índices de prevalência de doenças crônico-degenerativas que ocorre com o progressivo aumento da população de adultos e idosos (IBGE 2006). Com isto, o controle da hipertensão arterial (HA) e diabetes melito (DM) ganham especial destaque, pela sua importância na redução da morbi-mortalidade relacionada a doenças do aparelho circulatório. Especialmente quando associados a outras condições como a obesidade, tabagismo, dislipidemias e sedentarismo, principais fatores de risco para o infarto agudo do miocárdio, o acidente vascular encefálico, a insuficiência renal crônica, a insuficiência cardíaca e complicações referentes a amputações. Dados obtidos pelo Vigitel (Vigilância de Fatores de Risco de Doenças Crônicas Não Transmissíveis por Inquérito Telefônico) estimam que, nas capitais no Brasil, a prevalência de DM é de 5,3% e de HA é 22,7%. Em idosos acima de 65 anos é de 18,6% para DM e de 57,7% para HA. Em São Paulo, 20% dos hipertensos sofrem complicações inerentes à doença e 50% têm DM associada (SMS-SP 2006). Diante dessa realidade, algumas Unidades Básicas de Saúde (UBS) do município de São Paulo têm realizado, além das tradicionais consultas médicas e/ou de enfermagem individualizadas, ações coletivas voltadas a grupos de portadores de HA e DM. Com o propósito de avaliar essas ações de promoção da saúde em HA e DM, foi desenvolvida uma pesquisa, cujos resultados referentes aos estilos de vida e saúde dos participantes desses grupos são apresentados neste artigo.

Metodologia

No período de junho a outubro de 2007 foram investigadas três UBS que possuem características diferenciadas quanto aos processos de trabalho e ao perfil de seus usuários. A UBS I iniciou os grupos educativos em 2005 e seu espaço não comporta ações coletivas com muitos participantes. A UBS II iniciou as ações em 2006 e opera sob a Estratégia Saúde da Família, inserindo o trabalho de agentes comunitários de saúde em suas ações coletivas. A UBS III tem grupos de HA e DM desde 2001. Nas três, as ações são organizadas a partir do encaminhamento de pacientes pela equipe. As orientações, sensibilização e trocas de informação ocorrem em quatro encontros conforme os temas:

- 1) Fisiopatologia da HA e da DM, fatores de risco e tratamento medicamentoso;
- 2) Alimentação saudável;
- 3) Práticas físicas e corporais; e
- 4) Controle da ansiedade e hábitos da vida cotidiana.

O número de participantes e o enfoque dos profissionais envolvidos variam em função dos recursos de cada UBS. No primeiro e último encontro são aferidas a pressão arterial e/ou glicemia, o peso corpo-

1. Educadora de Saúde Pública, UBS Vila Romana, CRS Centro-Oeste.

2. Enfermeira, Assessora Técnica, Supervisão Lapa/Pinheiros, CRS Centro-Oeste.

3. Fisioterapeuta, UBS Alto de Pinheiros, CRS Centro-Oeste.

4. Médica, UBSF Vila Piauí, CRS Centro-Oeste.

5. Médico, Supervisão Lapa/Pinheiros, CRS Centro-Oeste.

6. Orientadora da pesquisa, Doutora em Saúde Pública, Docente das Faculdades Metropolitanas Unidas.

ral e o índice de massa corpórea de cada participante. A população de estudo constituiu-se de portadores de HA e/ou DM participantes das ações coletivas desenvolvidas nas três UBS. Foram realizados três grupos focais com oito, nove e dez participantes respectivamente em cada UBS e aplicados 39 questionários, sendo oito na UBS I, 13 na UBS II e 18 na UBS III. No total foram 47 pessoas, sendo que alguns participaram dos dois procedimentos. Optou-se pela abordagem quali-quantitativa para a análise dos dados, com uso do programa estatístico EPI INFO para tabulação dos questionários. Esses continham questões sobre autoavaliação do estado de saúde, prática de atividade física, tabagismo, consumo de álcool e outros. Realizou-se pré-teste do questionário e do roteiro do grupo focal que acabaram sendo modificados (Moreno et al. 2007).

Resultados

A idade dos participantes da pesquisa variou de 44 a 88 anos, com predominância da faixa etária de 60 a 69 anos (43,6%). A maior parte (66,7%) eram mulheres. O estado de saúde foi autoavaliado como *regular* pela maioria dos entrevistados das UBS I e II (62,5% e 61,5%, respectivamente) e como *bom* para os da UBS III (61,1%). Cerca de 53,3% dos entrevistados praticam atividade física nos níveis recomendados, ou seja, pelo menos cinco vezes por semana, por 30 minutos diários, o que está acima da média nacional de 15,5% (Vigitel-Brasil, 2008). As atividades praticadas com maior frequência são a caminhada e o alongamento. A inclusão de alimentos saudáveis na dieta apareceu como padrão habitual nas três unidades estudadas. A frequência de consumo diário de frutas (79,5%), leguminosas (59,0%) e hortaliças (82,0%) é superior aos índices do Vigitel, na faixa etária semelhante. Os índices do Vigitel são crescentes em relação à idade, variando entre 54,9% e 62,2% para o consumo de frutas e entre 56,3% a 59,1% para hortaliças. O tabagismo é apontado como inexistente nas UBS I e II, e referido por 12,8% dos entrevistados da UBS III. Os índices do Vigitel para o tabagismo decrescem com a idade, variando de 8,0% a 21,7% na população com 45 anos ou mais (Brasil 2008). A maioria negou o consumo de bebida alcoólica (82,1%). Quanto às atividades de lazer, na UBS I, 100% dos entrevistados afirmaram realizá-las, na UBS II, 30,8% e, na UBS III, 44,4%. Na análise qualitativa, os resultados mostram que a maior parte dos entrevistados adota estilo de vida e práticas de saúde concordantes com os conteúdos desenvolvidos nos grupos. Esse dado pode ser resultado das ações coletivas realizadas nas UBS pesquisadas, como pode ser observado nas falas colhidas nos grupos focais:

“(…) Eu gostei muito [da atividade em grupo], eu tenho pressão alta controlada, (...) Carne de porco eu não como e eu faço atividade, caminhada, mesmo assim tem dia que com tudo isto ela sobe [a PA]. Eu gostei muito da palestra, aprendi muito, a gente sempre está aprendendo” (entrevistada da UBS I). Outro entrevistado assinalou a importância das informações recebidas para compreender melhor os sinais e sintomas e controlar a doença: “(...) por causa das informações que estamos recebendo, tem muita coisa que acabei detectando. Hoje eu sei o que é a minha hipertensão, se a minha pressão está lá na “casa do chapéu” ou se eu estou com uma leve dor de cabeça. Antigamente eu achava que era tudo dor de cabeça, enxaqueca, hoje você consegue identificar e sanar problemas”.

Alguns entrevistados revelaram que o conhecimento sobre o que seria desejável não é suficiente para gerar mudanças nos estilos de vida, reforçando a necessidade de os profissionais trabalharem os valores e motivações dos usuários, bem como suas práticas efetivas. As falas a seguir exemplificam essa necessidade:

“(…) Mas a gente não coloca em prática. Foi explicado o que se deve fazer, o que não deve, mas... (...) a gente ouve tudo, mas acaba não praticando” (entrevistado da UBS I). “Alimentação controlada, exercícios... às vezes, como eu, eu não obedeco tanto, mas que ela [a profissional de saúde da UBS] explica, ela explica.” (entrevistado da UBS III).

A falta de apoio dos familiares é um dos fatores que dificultam as práticas de controle da doença conforme se pode perceber no seguinte depoimento:

“(...) A dificuldade principal é na família, nem todos obedecem o que deve ser feito, o que a gente aprende aqui. Ela [a companheira] tenta fazer coisa saudável, mas também não consegue, porque as crianças também não querem aquela comida dos velhos. São dificuldades que aparecem no dia a dia.” (entrevistado da UBS I).

Assim, evidencia-se a importância da inclusão das famílias nas estratégias de atuação das UBS. Pode-se questionar o efeito dessas ações educativas, apontando para a necessidade de os profissionais atentarem mais para o fato de que alguns usuários “resistem” à adoção de medidas essenciais para o controle da doença, por exemplo, o uso contínuo da medicação, tal como relatado a seguir:

“(...) Eu estou há cinco meses sem tomar o remédio. Minha pressão é alta (...). A dra. X me deu o remédio, mas o meu remédio acabou e eu falei: não! A pressão eu vou controlar ela sem remédio. (...) na farmácia quando eu meço a pressão eles me falam que eu preciso ir para o pronto-socorro, mas eu não vou. Meu remédio, faz cinco meses que acabou... (...) e aí, como a dra. X não está, eu vou ficar de novo sem o meu remédio, né? Eu tô sentindo que todo o dia ela está alta, mas eu estou convivendo...” (entrevistada da UBS III).

Conclusões

O fato de não dispormos de dados anteriores à ação dos grupos sobre os hábitos de vida da população estudada limita o estabelecimento de uma associação positiva entre as ações de promoção de saúde realizadas e a aquisição de hábitos saudáveis. No entanto, chama a atenção os índices acima da média nacional em todos os quesitos avaliados, relativos aos fatores de proteção e risco, que podem ser indicativo de adoção de estilo de vida saudável obtido pelo resultado satisfatório do trabalho das equipes e seus parceiros. Os dados mostram que a população estudada dispõe de informações adequadas sobre hábitos alimentares saudáveis e práticas de atividades físicas, reconhecendo o benefício de adotá-los em suas vidas. O estudo identificou, ainda, como principais fatores a serem trabalhados pelas equipes: a) o envolvimento das famílias; b) o desenvolvimento de abordagens mais singularizadas para os indivíduos resistentes na adesão ao tratamento; e c) a modificação do caráter linear de transmissão de informação e conhecimento para um modelo que possibilite maiores trocas e compartilhamentos, o que seria esperado e desejado que ocorresse em dispositivos de trabalho grupal. Essas informações podem subsidiar os profissionais de modo a modificar seu enfoque educativo, pois o dispositivo grupal permite o estabelecimento de ligações afetivas entre seus membros favorecendo a aprendizagem e a construção de redes sociais de apoio para práticas de saúde efetivas. Considera-se, a partir deste estudo, que as ações coletivas de promoção da saúde são importantes para auxiliar no controle da HA e DM, principalmente se conduzidas de forma dialógica.

Referências Bibliográficas

BRASIL. Ministério da Saúde. **VIGITEL**: Vigilância de Fatores de Risco e Proteção para Doenças Crônicas por Inquérito Telefônico. Brasília, DF: Núcleo de Comunicação/GAB/SVS, 2008. Disponível em: <http://portal.saude.gov.br/portal/arquivos/pdf/vigitel2007_final_web.pdf>. Acesso em: 29 set. 2008.

IBGE: Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. Disponível em: <<http://www.ibge.gov.br>>. Acesso em: 24 ago. 2006.

MORENO, D.M.F.C. et al. Avaliação da efetividade das ações de promoção de saúde em Hipertensão e Diabetes em três Unidades Básicas de Saúde de uma região do Município de São Paulo: o Pré-teste como recurso metodológico. In: CONGRESSO PAULISTA DE SAÚDE PÚBLICA, 10, s/d. **Anais Eletrônicos...** São Paulo: s.n., s/d. Disponível em: <<http://www.xcpcsp.fmb.unesp.br/#tema31>>. Acesso em: 24 ago. 2007.

SÃO PAULO. Secretaria Municipal da Saúde. **Coordenadoria de desenvolvimento de programas e políticas de saúde**: protocolo de tratamento da hipertensão arterial e do diabetes mellitus na atenção básica. São Paulo: UNI REPRO, 2006.

ATIVIDADES CORPORAIS: QUAIS OS BENEFÍCIOS PARA A PROMOÇÃO DA SAÚDE E QUALIDADE DE VIDA PERCEBIDOS PELOS PRÓPRIOS HIPERTENSOS?

Principais mudanças referidas com a prática de atividades corporais e reflexos na qualidade de vida

Ivani Chueri Vieira¹; Izaura Pereira Silva²; Maria do Socorro Arantes de Jesus³; Solange Ranz Fernandes Savoia⁴; Valdete Almeida Oliveira⁵; Laércio Fidelis Dias⁶

A região leste da cidade de São Paulo conta com uma população de 2.509.267 habitantes, numa área de 196,9 km² e 159 equipamentos de saúde. Esta pesquisa foi desenvolvida por profissionais da rede pública municipal de saúde em três unidades da Supervisão Técnica de Itaquera (UBS Jd. Nossa Senhora do Carmo, UBS Parada XV de Novembro e UBS José Bonifácio III) e uma unidade da Supervisão Técnica de São Miguel (ESF Thersio Ventura). Nosso intuito foi avaliar se as atividades corporais oferecidas em nossas unidades contribuem para a manutenção dos níveis normais da pressão arterial e para a melhoria da qualidade de vida dos participantes dessas práticas.

Os objetivos foram descrever essas atividades e a regularidade com que elas eram praticadas, traçar o perfil dos participantes, identificando possíveis mudanças no controle da hipertensão e na qualidade de vida. A metodologia utilizada foi quali-quantitativa, com questionamento para 30 unidades da Supervisão Técnica de Saúde de Itaquera, através de uma planilha que caracterizava as atividades físicas por elas desenvolvidas e uma entrevista semiestruturada com 35 usuários hipertensos praticantes dessas atividades corporais.

Orientando-nos pelos estudos de Minayo (1992), após transcrever as gravações feitas e realizar uma síntese do material coletado, classificamos os dados revelados nas falas, buscando analisá-los qualitativamente. Não nos compete aqui, discorrer sobre tudo o que foi levantado na pesquisa, mas enfatizar as mudanças referidas no controle da hipertensão arterial e na qualidade de vida dos entrevistados.

O tempo referido de participação nos grupos de atividades foi na maioria de 1 a 4 anos (65,7%) com frequência de 1 a 3 vezes por semana. Dentre as atividades corporais mais oferecidas pelas nossas unidades de saúde destacam-se as da medicina tradicional chinesa (Lian Gong, Tai Chi Pai Ling, Xiang Gong), a ginástica e a caminhada. Essas ações foram decorrentes do Decreto Municipal nº 40.387, de 03/09/2001, quando se buscou capacitar funcionários da saúde para organizar e monitorar esses grupos na rede municipal. Das perguntas em aberto, onde se privilegiou a liberdade dos sujeitos sociais entrevistados em expressar-se com espontaneidade, obtivemos como resposta do questionamento sobre mudanças na saúde a partir da participação nos grupos os seguintes depoimentos:

Melhora das dores

“...porque além da pressão, tinha outras dores no corpo...na atividade, foi que sumiu, eu nem vi, desapareceu...eu não sinto mais dor, não podia fazer isso, fazer aquilo, entendeu? Acabou, sumiu tudo...Ah, sim!...melhorei pra andar, isso foi bom demais. Eu melhorei bem, eu tinha muitas dores no tornozelo, eu tinha artrose nos dois joelhos, sentia muitas dores, né? Acho que eu fiquei assim mais ativa pra fazer tudo, eu melhorei cem por cento. Porque antes do tai-chi, eu subia uma ladeira, uma escada, era uma dor que eu não aguentava. Hoje eu subo escada, ladeira, não sinto nada...eu acho o tai-chi maravilhoso! Eu fiquei mais ativa, né...as dores diminuíram bastante, a

1. Enfermeira Supervisora da Suvis Itaquera.

2. Assistente Social da UBS/ESF Jd. N. Sra. do Carmo.

3. Enfermeira da UBS José Bonifácio III e UBS Parada XV de Novembro.

4. Nutricionista-gerente da UBS Itaquera.

5. Enfermeira do ESF Thersio Ventura.

6. Orientador na primeira fase do projeto: Professor Doutor em Antropologia pela Universidade de São Paulo.

gente fica mais alegre, aprende muitas coisas novas e eu gosto demais. Nossa! Muita, a cabeça da gente fica melhor, o corpo, a gente se sente bem. Eu tinha um problema de dor nas pernas, eu andava devagar. Depois eu senti uma fortaleza nas pernas, a gente sente o corpo mais leve, caminha melhor. Eu não sinto mais dores de cabeça, não sinto dor nas pernas, ando bastante...”

Melhor controle de pressão arterial/diminuição de medicamento

“Cem por cento melhor do que antigamente, há um ano atrás, não tomo mais remédio para pressão alta, já tem mais de seis meses, com a atividade física melhorou totalmente a pressão...Eu tô fazendo a física no posto e tá sendo muito bom; e até tem dias que nem tomo remédio pra pressão...a caminhada melhorou bastante, a minha pressão não chega igual antes, né?! alta demais, não tinha controle, é, quer dizer, regulei o meu corpo...Muito, muito, melhorei muito, a minha circulação, minha pressão melhorou, agora tá normal, minha coluna melhorou muito, fiquei ótima, maravilhosa, sou disposta, sou uma mulher completamente diferente. Percebi, sim...que a gente se sente mais leve, que a gente se sente melhor e, por isso, a gente continua fazendo e a pressão diminuindo, né? Eu... pra mim, assim tudo, a pressão abaixou, ando bem, eu como bem, durmo bem. A minha pressão agora está bem controlada, eu aprendi a fazer caminhada...Mudou porque a pressão estabilizou – 12x8...Era mais de 20.”

Melhora do humor/diminuição da depressão

“Mudou muito, sei lá, parece que sinto uma alegria em caminhar, sinto...eu gosto, meu corpo sente falta se eu não caminho...Eu gosto, me animou mais, perdi peso... uma reviravolta no ego. Maravilhosa, melhor do que quando tinha 15 anos (risos), ótimo, só dou risadas, ganho sempre elogios do endócrino, pois não engordei mais e estou sempre no horário da consulta, pois, saindo de lá, vou para o forró. Muitas mudanças...me deu assim mais alegria de ficar no meio de gente nova, conversar com outras pessoas diferentes, me deixou muito mais feliz. Eu fiquei mais calma, mais tolerante com certas coisas, algumas coisas me causavam revoltas, agora, não. Eu acho muito bom porque eu nunca mais senti aquelas agonias, aquelas aflições, tô solta, melhorou o apetite. Ah!, muito, muito...Porque a gente faz mais amizades, você se mexe mais...eu acho que melhorou no físico e no mental também. A gente se aceita melhor...Bastante, eu vivia só deitada, só reclamando. Agora, não, levanto, cuido das minhas coisas, faço minhas obrigações, faço caminhada, faço ginástica.”

Mais ânimo / mais agilidade / flexibilidade

“Eu não sentia ânimo para trabalhar, sentia tontura, canseira...comecei na caminhada, eu vi que fazia bem, meu dia rendia...aí, comecei a participar da ginástica, aquilo foi ótimo pra mim. Eu levanto de manhã disposta... vou logo fazer o serviço, volto, se tiver que sair eu saio, me sinto bem. Cem por cento a alegria, acabou a fadiga...e hoje eu me sinto muito bem. Ah, sim, ocorreu, porque eu era uma pessoa parada, não tinha muita disposição, e, com a atividade física, eu chego em casa, pareço uma máquina, eu quero fazer tudo e para mim só trouxe benefícios...é uma coisa que a gente não sabe explicar, você se sente melhor, se sente mais disposta...eu melhorei cem por cento. É porque você se sente mais ativo, mais alegre, mais disposta, né? Acho muito bom, todo mundo deveria participar, né? Mas...(risadas).”

Controle de peso

“Me sinto muito melhor, emagreci também, né? Eu fumava e com isso também procurei parar de fumar, aí fui para 90 kg, aí agora eu já perdi 5 kg e o cansaço que eu tinha melhorou muito...Perdi peso...pesava 98 kg e estou com 75 kg. Esse exercício que a gente faz é leve, faz muito bem para a saúde. Eu estou satisfeito.

Olha, além de tudo, eu tava muito além do peso, né!...diminuí 8 kg e estou me sentindo muito bem...fiquei cinco anos parada e cheguei a pesar 80 kg. Meu Deus! Cheguei a 76 kg, agora estou com 72 kg, mas até o final do mês, se Deus quiser, eu vou perder mais uns 3 kg, vou perder mesmo, mas é muito bom. Perdi 5 kg, tava gorda que só vendo. Eu como muitos legumes, bastante água, caminhada, como mais carne branca.”

Em face desses depoimentos, somando-se às experiências no cotidiano do trabalho de membros da equipe da pesquisa, observou-se que são muitos os benefícios alcançados pelos hipertensos, a partir da integração dos mesmos nos grupos de atividades físicas. São mudanças visíveis de melhora de humor, de autoestima, de autocuidado, até na própria maneira de encarar a vida e seus problemas. Percebe-se que a adesão a essa atividade grupal torna-se parte integrante do tratamento da doença e, naturalmente, passa a fazer parte de sua rotina, sendo tão importante quanto a tomada de sua medicação. Inúmeras pesquisas têm demonstrado que o exercício físico regular contribui de fato para o controle da pressão arterial, podendo “reduzir ou até mesmo abolir a necessidade do uso de medicamentos anti-hipertensivos, evitando, assim, os eventos adversos do tratamento farmacológico, reduzindo seu custo tanto para o paciente como para as Instituições de Saúde”, conforme afirma Rondon em 1993. Infelizmente, os grupos de atividades corporais ainda representam uma parcela muito pequena, secundária dos serviços oferecidos à nossa população. Sabe-se que são inúmeros os problemas enfrentados por nossas Unidades de Saúde para a continuidade desse trabalho (como falta de espaço físico adequado, de recursos humanos e de pessoas treinadas), mas, por acreditar em resultados positivos, profissionais de diversas categorias tornam-se voluntários na tarefa de desenvolver essas atividades, sob condições adversas.

As conclusões sugerem a necessidade da implantação de políticas públicas que visem a dirimir essas dificuldades, que fomentem ações intersetoriais, otimizando a utilização dos diversos espaços públicos em cada território, que priorizem as ações de promoção à saúde, reestruturando seus serviços, adequando-os ao atendimento dessa nova demanda.

Referências Bibliográficas

ASSIS, M.M.A. **Análise de dados qualitativos em saúde**: uma experiência coletiva de classificação. [S.l.: s.n.], 1995.

MINAYO, M.C.S. **Desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde**. Rio de Janeiro: HUCITEC; São Paulo: ABRASCO, 1992.

PIRES, F.D.A. Teoria e Prática das praticas alternativas. **Rev. Saúde Publica**, [S.l.] v.29, n. 2, p. 147-151, 1995.

RONDON, M.V; BRUM, P.C. Exercício físico como tratamento não farmacológico da Hipertensão Arterial. **Revista Brasileira da hipertensão**, [S.l.], v. 10, n. 2, p. 134-135, 2003.

PRÁTICAS CORPORAIS, DORES CRÔNICAS E PROMOÇÃO DA SAÚDE

Caminhos para o desenvolvimento de habilidades pessoais através das práticas corporais

Ana Maria Koyama Rabaçal¹; Elisabete Morishige²; Janete Ferreira dos Santos³;
Kátia Calazans Rocha⁴; Andrezza Campos Moretti⁵

O programa “Qualidade de Vida com Medicinas Tradicionais e Práticas Integrativas em Saúde” implantado no sistema de saúde da cidade de São Paulo em 2008 é resultado de uma mobilização popular e da Secretaria Municipal da Saúde/SMS-SP (Área Técnica das Medicinas Tradicionais e Práticas Integrativas em Saúde). Este programa é composto por ações de educação, de atenção para a saúde, de pesquisa com o intuito de promover e recuperar a saúde da comunidade através das medicinas tradicionais, homeopatia, alimentação saudável, plantas medicinais e práticas corporais e meditativas. Buscamos neste estudo avaliar a percepção do usuário das ações de práticas corporais chinesas e meditativas sobre o seu estado de saúde, bem como verificar a influência destas ações no alívio das dores crônicas e sua efetividade sobre a promoção da saúde.

Segundo Lima (2008), a sensação e percepção da dor podem estar vinculadas ao corpo, à mente, à história de vida, ao cotidiano e é multidimensional. A presença da dor crônica não oncológica cujo tempo de duração ultrapassa seis meses, como problema de saúde pública tem sido referido em estudos atuais, que apontam prevalências entre 7% e 46% na população geral. Cerca de 50% a 60% dos que sofrem dela ficam parcial ou totalmente incapacitados, de maneira transitória ou permanente, comprometendo de modo significativo a qualidade de vida.

A dor varia individualmente e pode ser resultante de fatores internos ou externos, biológicos (lesões, condições físicas, medicações) sociais (relações humanas e influências culturais) ou psicológicos (comportamento, personalidade e conhecimento) e compromete negativamente a qualidade de vida do indivíduo. Segundo a OMS, as Práticas Corporais (PCs) / atividade física são fundamentais para melhorar a saúde física e mental das pessoas e são uma estratégia para diminuir a carga de doenças crônicas.

Desenvolvemos um estudo quali-quantitativo, e o trabalho de campo englobou quatro equipamentos de saúde da Coordenadoria Regional de Saúde Leste da Cidade de São Paulo: Ambulatório de Especialidades Tito Lopes, Centro de Práticas Naturais de São Mateus, Unidade Básica de Saúde Dr. Thersio Ventura e Unidade Básica de Saúde Prefeito Prestes Maia. A Coordenadoria Regional de Saúde Leste perfaz uma população de cerca de 2.509.267 habitantes, é composta por 7 supervisões técnicas, com um total de 143 Unidades de Saúde, e 77% realizam algum tipo de prática corporal.

Fizeram parte do presente estudo 69 usuários (25% do total dos participantes das práticas corporais dos equipamentos de saúde citados) selecionados por apresentarem dores crônicas, com idade variando entre 32 e 80 anos ($57,7 \pm 10,5$). A coleta de dados foi efetuada através dos seguintes instrumentos de pesquisa: observação participante (no decorrer de 12 sessões semanais de PCs), ficha de identificação (anterior ao início das sessões de PCs), Perfil de Saúde de Nottingham (antes e após as 12 sessões de PCs), e entrevista contendo duas questões abertas (realizada após as 12 sessões de PCs). Para a análise dos dados quantitativos e para análise do discurso coletivo dos participantes, coletado a partir das entrevistas utilizamos o *software* “Quali-Quanti soft”.

Apresentamos a seguir uma análise dos dados qualitativos das entrevistas, que englobaram duas questões:

- 1) Após ter participado desta pesquisa, o que você diz para sua dor hoje? e
- 2) Após ter participado desta pesquisa o que você diz para a sua vida? Para análise da primeira questão, consideramos os assuntos presentes nos discursos dos sujeitos relacionados à: diminuir

1. Enfermeira do Coordenadoria de Saúde Leste.

2. Nutricionista do Centro de Práticas Naturais São Mateus.

3. Educadora em Saúde Pública do Ambulatório de Especialidades Tito Lopes.

4. Analista de Sistemas da UBS Prefeito Prestes Maia.

5. Orientadora da pesquisa – Doutoranda em Pedagogia do Movimento Humano (EEFE USP).

ção da intensidade e/ou frequência da dor; à utilização das PCs para combater a dor; aos efeitos benéficos das PCs sobre os sistemas corpóreos; expectativa relacionada a ter controle sobre a dor ou viver sem dor; e à “religiosidade” como forma de combate à dor. Para facilitar a análise agrupamos estes temas em duas ou três ideias centrais e mais de três ideias centrais. Desta forma, 20,3% dos usuários relataram como ideias centrais de seu discurso: a diminuição da intensidade e/ou frequência da dor e a utilização das PCs para combater a dor:

“Eu melhorei bastante pelo que estava sentindo - 50% de dor. Quero continuar as atividades para melhorar. Com o exercício as dores desaparecem. É muito bom. Não posso ficar parado, devo sempre continuar.”

30,4% relataram em seus discursos a diminuição da intensidade e/ou frequência da dor e/ou o efeito benéfico das PCs sobre os sistemas corpóreos:

“Sentia dor no corpo inteiro e hoje estou melhor...só sinto dor no quadril e na região cervical. Minha convivência com as pessoas melhorou muito. Se eu continuar com as práticas, vou melhorar cada vez mais. Não conseguia levantar as pernas e hoje estou levantando. As pernas e braços adormeciam à noite e hoje não sinto mais isso. Emagreci 7 kg depois que passei a fazer práticas.”

21,7% discursaram sobre a expectativa de ter o controle sobre a dor ou viver sem dor:

“A dor diminuiu. Não tenho mais aquela dor que tinha antes, sentia a perna pesada, dor de cabeça, não conseguia dormir, tinha intestino preso, agora está tudo sob controle. A dor não faz parte da minha vida. Continuando as práticas não terei estes problemas de dor. Convido os colegas para vir aqui e para minhas filhas também. O negócio funcionou mesmo.”

20,3% referiram em seu discurso mais de três ideias centrais concomitantes:

“As minhas dores sumiram. Tinha muitas dores nas costas. Com dor não consigo ficar quieta. Quando estou sentindo a dor nas costas faço ginástica. Aprendi a me movimentar melhor. Ortopedista falou para continuar fazendo a ginástica. Já acordava com dor. Com as ginásticas melhorou. Tinha dificuldade de fazer os movimentos devido às dores. Devido às dores tomava remédio para dormir, agora não tomo mais.”

2,9% não responderam à questão e 4,4% apontaram a religiosidade como forma de combate à dor:

“Quando tenho dores, peço a Deus que tire essa enfermidade de mim.”

Na segunda questão podemos visualizar o impacto das práticas corporais sobre o desenvolvimento de habilidades e atitudes pessoais favoráveis à saúde, constantes da Carta de Otawa. (BUSS, 2003). Visto que a promoção da saúde identifica e atua sobre os determinantes sociais que influenciam os processos de saúde/doença e que essa compreensão implica a formação dos processos individuais e coletivos de tomada de decisão e desenvolvimento da autonomia (SANTOS LM, 2006: 350), analisamos o desenvolvimento de habilidades pessoais levando em consideração a preservação ou desenvolvimento da autonomia pelo indivíduo. Por uma questão de estruturação da análise dos discursos utilizamos a classificação sugerida por Farinatti (2000), que classifica a autonomia em três níveis distintos, mas interligados:

autonomia de ação – incorpora a noção de “independência física”, passando pela possibilidade de se mover sem entraves, sem obstáculos materiais ou físicos:

“Hoje é como se tivesse tirado a dor com a mão, não podia andar, a dor era insuportável, não dobrava mais o joelho. Hoje eu posso fazer tudo, caminhar, ajoelhar...”

autonomia de vontade – corresponde às possibilidades do indivíduo poder escolher, sem influências ou pressões coercitivas:

“...vou fazer de tudo para aprender essas práticas até para praticar em casa e melhorar minha qualidade de vida. Hoje tenho tempo para pensar em mim ... deixei de ser escrava do trabalho.”

autonomia de pensamento – está relacionada a uma escolha consciente que permita julgar uma situação qualquer:

“...encontrei uma razão para viver. Estava com a autoestima baixa e hoje estou bem. Gostaria de ajudar ou fazer alguma coisa voluntariamente neste serviço e que eu pudesse estar colaborando com outras pessoas como foi feito comigo. Eu senti que eu cresci depois que conheci as práticas.”

Entre outros benefícios referidos nos discursos dos participantes destaca-se: a satisfação com a própria vida, a alegria de viver, a conquista de novas amizades, o fortalecimento da participação e o vínculo na comunidade:

“...conheci pessoas novas, faz muito bem pra saúde, é muito gostoso. Todos deviam procurar fazer exercícios para a saúde, independentemente de ter alguma dor ou não, ter novas amizades conhecendo mais pessoas.”
“Minha vida renasceu, não tinha ânimo para nada... eu estava neutralizada, tinha perdido os movimentos do braço, pedia para as pessoas fazerem tudo para mim, fiquei deprimida. Hoje estou bem.”

Os resultados nos mostram que através da participação nos grupos de práticas corporais chinesas, num curto período, os usuários manifestaram a recuperação parcial ou total das habilidades físicas pessoais. O indivíduo resgata o autocuidado e a responsabilidade sobre seu corpo respeitando suas limitações, elevando a autoestima, a satisfação, a alegria e o prazer de pertencer e conviver nos grupos. Os grupos estimulam as pessoas a participar de forma ativa, trabalhando corpo e mente, resultando na sensação de bem-estar, diferentemente dos grupos educativos em que estes usuários são passivos.

As ações de práticas corporais no sistema público de saúde direcionadas à produção e à promoção da saúde em todos os seus ciclos da vida, têm impacto sobre o estado de saúde e qualidade de vida da população e auxiliam um processo de envelhecimento mais saudável e bem-sucedido.

Referências Bibliográficas

- BUSS, P.M. Uma introdução ao conceito de promoção da saúde. In: CZERESINA, D. & FREITAS, CM. (orgs.). **Promoção da Saúde: conceitos, reflexões, tendências**. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2003.
- FARINATTI, P.T.V. Autonomia referenciada à saúde: modelos e definições. **Motus Corporis**, v. 7, n. 1, p. 9-45, 2000.
- FORTES, P.A. C.; ZOBOLI, E. L. C. P. Bioética e promoção da saúde. In: Lefèvre, F.; Cavalcanti, A. M. C. **Promoção de saúde: a negação da negação**. Rio de Janeiro: Vieira & Lent; 2004. p.147-163.
- LIMA, M. A. G. de. Dor crônica: objeto insubordinado. Tradução: Leny. **Hist. cienc. saude-Manguinhos**, Rio de Janeiro, v. 15, n. 1, 2008.
- SANTOS, L.M. et al. Grupos de promoção à saúde no desenvolvimento da autonomia, condições de vida e saúde. **Rev. Saúde Pública**, [S.l.] v. 40, n. 2, p. 346-352, 2006.
- TEIXEIRA, S. et al. Adaptação do Perfil de Saúde de Nottingham: um instrumento simples de avaliação da qualidade de vida. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 20, n. 4, p. 905-914, jul./ago., 2004.

A PERCEÇÃO DOS SERVIDORES PÚBLICOS EM RELAÇÃO AO AMBIENTE LIVRE DE TABACO EM DUAS UNIDADES DE SAÚDE DA SUPERVISÃO TÉCNICA DE SAÚDE DE ERMELINO MATARAZZO

O Discurso dos Fumantes Passivos e Ativos

Doralice Severo da Cruz¹; Tânia Regina Felipe Dionísio²; Rosiani de Cássia B. M. L. de Castro³

Nos últimos anos, as Doenças e Agravos Não Transmissíveis – DANT foram responsáveis por elevadas taxas de morbi-mortalidade e internações no município de São Paulo, por redução de anos potenciais de vida, por incapacidades e dependências. As políticas públicas preconizam estratégias para a promoção de saúde e intervenção nos fatores de risco para este grupo de doenças. O combate ao tabagismo é uma delas, pois, segundo a OMS, o fumo é o agente isolado e evitável de maior morbidade e mortalidade no mundo. A Supervisão Técnica de Saúde de Ermelino Matarazzo participa do projeto CAEPS/ DANT da COVISA e constituiu um grupo para estudar a efetividade das ações de redução do tabagismo, na visão do servidor público. Foram escolhidas duas unidades de saúde: UBS Carlos Olivaldo Lopes Muniz e UBS Pedro de Souza Campos (ESF).

A pesquisa caracterizou o grupo quanto ao sexo, à idade, ao nível de escolaridade, à formação e à especialização. Foram entrevistados 50% dos funcionários de cada unidade básica de saúde, obedecendo ao mesmo critério para as categorias profissionais. A coleta dos dados foi realizada nas unidades básicas de saúde dos funcionários e foram gravadas mediante consentimento dos entrevistados. Investigou-se a ocorrência de tabagismo entre os profissionais, o conhecimento desses profissionais em relação ao tabagismo e suas consequências para o fumante passivo ou ativo, o modo como o tabagismo é abordado nas unidades pelos funcionários, os locais onde os profissionais fumam, o desejo dos funcionários fumantes quanto ao tratamento para a cessação da dependência, e a avaliação da implantação do ambiente livre de tabaco em sua unidade. A pesquisa foi qualitativa com o uso de entrevista semiestruturada e da técnica do Discurso do Sujeito Coletivo usando como apoio para as análises o *software Qualiquantisoft*®. Segundo Araújo, a abordagem qualitativa, embora também se sustente na categorização dos elementos, não os reduz a uma simples frequência, como se fossem equivalentes, mas detém-se em suas peculiaridades e nuances, assim como na relação entre as unidades de sentido assim construídas. Dos diversos aspectos levantados destacamos neste artigo o discurso dos funcionários públicos fumantes passivos e ativos.

O profissional de saúde fumante passivo

Acho que é o grande prejudicado da história, o passivo não quer, mas é obrigado a conviver com o fumante, o passivo deve ter outras atitudes. Deveria ter uma área ao ar livre, não fumar no ambiente de trabalho, já que não conseguem parar de fumar e assim uma área ao ar livre longe de todo mundo, não prejudicando os outros... Só uma lei poderia estar impedindo isto, você falar, você pedir, se torna impossível, o ser humano tem algo que ele só faz se ele for obrigado, em relação ao vício, é uma coisa, se tivesse uma lei que impedisse de fumar, que dissesse que vai acontecer tal coisa...

Acho que são lesados automaticamente, acho que as pessoas são muito coniventes com as coisas erradas, pelo menos no Brasil, ou no nosso Estado, não reclamam, ou quando reclamam, reclamam de uma forma errada, explosão, violência, ignorância, não reclamam de uma forma mais correta, mais eficaz... mas a sua forma de não se opor... faz com que eles se tornem coniventes em ter que passar por esta situação de ter que respirar a fumaça passada pelo cigarro... Incomoda, não só fuma ele, como também passa para outros, se ele tem um local apropriado para fumar é um direito dele, é a opinião e a vontade de cada um, mas se é só

1. Cirurgiã-dentista, Coordenadora da Atenção Básica, Assessoria de Saúde Bucal da Secretaria Municipal de Saúde do Município de São Paulo.

2. Psicóloga, Coordenadora do Centro de Convivência e Cooperativa de Ermelino Matarazzo – Supervisão Técnica de Saúde de Ermelino Matarazzo.

3. Profª Drª do Departamento de Enfermagem, Unicsul – Orientadora da pesquisa.

ele que fuma, ele leva aos outros, a fumaça transfere... Desrespeito por parte de quem está fumando, porque não deveria estar fumando, se possível não fumar, não trazer a doença para quem não quer... Fumar passivamente..., quem está exposto a isto é uma grande vítima, não tem muito que fazer; o fumante não respeita quem não fuma...

Às vezes penso por que uma pessoa fuma perto de outra, pois tem as consequências físicas, pulmonares, vasculares, as consequências à saúde são para o fumante passivo e para o fumante, para os dois... Ah, é porque é difícil... Causa incômodo sim, há pessoas que dizem não estar incomodadas, mas incomoda sim, por exemplo, a fumaça, a pessoa sente o cheiro da fumaça na roupa, no cabelo, dizer que eu não fico incomodada é mentira, porque quando eu fico perto de um fumante, a minha roupa, meu cabelo, ou mesmo numa condução eu percebo o cheiro de fumaça no final do dia, então dizer que não incomoda é mentira...

As falas do fumante passivo revelam a sua inércia perante o incômodo que o cigarro traz tanto no ambiente de trabalho (o passivo não quer, mas é obrigado a conviver com o fumante, quem está exposto é uma grande vítima) e parece que falar sobre esta inércia remete o fumante passivo à sua condição de vítima e também a uma consequente necessidade de reação (o passivo deve ter outras atitudes).

Existem dois aspectos revelados quando se fala de incômodo, o primeiro é o incômodo do cheiro e o segundo é o incômodo da exposição à fumaça como agente nocivo à saúde (as consequências físicas, pulmonares e vasculares, acham que são lesados automaticamente).

Aparece o desejo de isolar o tabagista (longe de todo mundo, não prejudicando os outros), numa tentativa de resolver o problema colocando-o distante de si.

Observa-se também que grande parte dos funcionários ainda utiliza a palavra vício, o que reflete a falta de reconhecimento do tabagismo como uma doença. Essa visão favorece o surgimento de posturas agressivas diante da figura do fumante (explosão, violência e ignorância) e ameaça de punição (disse que alguma coisa vai acontecer). A necessidade de um alinhamento conceitual sobre o tema deve ser lembrada na construção das ações de saúde voltadas para o tabagismo.

O profissional de saúde tabagista

Eu vejo que é um vício e muitas pessoas gostariam de parar e não conseguem, minha opinião como profissional da saúde, não deveríamos fumar, pois sabemos dos efeitos maléficos do fumo. Acho que sim, porque estamos lidando com a saúde, nós promovemos saúde, nós orientamos saúde, como que eu vou poder orientar a saúde, se eu mesma fumar, se eu tenho este caso na minha vida, como eu vou poder falar com verdade algo que não é verdade na minha vida, como vou poder passar, vou falar da boca pra fora, nós temos que falar aquilo que é verdade, não falar simplesmente o que eu acho e esculpir uma mentira na minha cara, se eu falar com o doente, se você continuar fumando, você pode ter problemas de pulmão, pode ter câncer de boca, hipertensão, problema cardíaco e eu mesmo fumar, acho que fica difícil, né? É algo que não tem certeza...

Eu acho que tem que se respeitar o ambiente, mas fumar fora da unidade também é ruim, no meu caso complica, mas eu não fumo dentro da unidade. (Após a lei que proíbe fumar dentro das unidades de saúde, os funcionários estão fumando na área externa, no jardim do posto).

A área da saúde é pior, porque faz promoção e prevenção e está fumando? É ruim... Eu acho que sim (não se deve fumar dentro da unidade), mas acho que também tem que se respeitar o espaço do fumante, porque tem pessoas fumantes na unidade, não faz sentido colocar o fumante para fora dos muros da unidade; eu acho que não é a forma melhor de segurar essa situação. Deveria ser livre, deveria ter um grupo, uma orientação, mostrar com *slides* aquilo que for necessário, as consequências do tabagismo, por mais que as pessoas saibam, eu falei da lei, mas essa lei deve ser acompanhada de um grupo, uma orientação, um acompanhamento, para levar a pessoa à consciência de que ela pode estar naquele lugar, naquele leito daquela pessoa doente por conta do tabagismo. Bom, acho que todo fumante ele sabe do prejuízo, mas não consegue parar de fumar, acho que tinha que ter um auxílio psicológico, algum tipo de tratamento mais tem, mas é pouco, tinha que ter um incentivo maior, ele sabe que é prejudicial, mas continua fumando.

O profissional tabagista enfrenta a contradição entre a dependência e a atribuição de promover saúde através de hábitos saudáveis, sendo ele o principal agente promotor destas ações na unidade (*como eu vou poder falar com verdade algo que não é verdade na minha vida, vou falar da boca para fora*), bem como a problemática da ausência de tratamento (*acho que tinha que ter um auxílio psicológico, um incentivo maior*). Revela-se aqui uma importante representação social do tema em questão, o tabagismo assume quase uma entidade, é um “caso” na vida das pessoas, são aspectos que vão muito além das imposições de limites e leis, aparece a necessidade de exercitar de fato uma postura ética nas relações profissionais e não encerrar o problema nos muros da unidade. Os funcionários desejam manter estilo de vida compatível com a postura profissional e para que isso ocorra, reclamam apoio, ações e estratégias que ofereçam respostas adequadas a este problema.

O município de São Paulo possui leis antitabagismo desde 1980. Baseada na Convenção Quadro, em 2007, a Secretaria Municipal da Saúde de São Paulo baixou a Portaria 1206/2007-SMS.G de 26/07/2007, que proibiu o fumo nas dependências das unidades de saúde. Ao se implantar a Portaria vieram à luz os sentimentos dos fumantes que não possuem apoio para a cessação da dependência e o sentimento do não fumante que a partir da implantação tem o direito de exigir seus direitos e expressar seus sentimentos e incômodos. O ato de publicar portarias proibitivas sem oferecer suporte para cessação da dependência revelou-se insuficiente, mas abriu um canal para reflexões, questionamentos e reivindicações para que a lei se desdobre em ações de apoio e se torne eficaz. Diversos aspectos importantes e igualmente enriquecedores vieram à tona com a escuta mais apurada da voz do funcionário, seja ele fumante, ex-fumante ou não fumante. Esses aspectos podem contribuir para a construção de políticas locais que favoreçam a implantação dos ambientes livres de tabaco nas unidades de saúde, de forma a valorizar o conhecimento que o grupo tem sobre o assunto e permitir o envolvimento de todos com a questão.

Referências Bibliográficas

ARAUJO, A. J. S. **Paradoxos da modernização: terceirização e segurança em refinaria de petróleo**. Tese de doutorado, Escola Nacional de Saúde Pública, Fiocruz, Rio de Janeiro, 2001.

BRASIL. Lei nº 9.294, de 15 de julho de 1996. Dispõe sobre as Restrições ao Uso e à Propaganda de Produtos Fumígenos, Bebidas Alcoólicas, Medicamentos, Terapias e Defensivos Agrícolas. **Diário Oficial (da) República Federativa do Brasil**, Poder Executivo, Brasília, DF 16 jul. 1996.

FACULDADE DE SAÚDE PÚBLICA DA UNIVERSIDADE DE SÃO PAULO. Departamento de Prática de Saúde Pública. **QualiquantSoft®**: Software de apoio a pesquisas qualiquantitativas com base na teoria DSC – Discurso do Sujeito Coletivo de Lefèvre & Lefèvre. São Paulo: [s.n., s/d]

INSTITUTO NACIONAL DO CÂNCER. **Mortalidade atribuível ao tabagismo passivo na população urbana do Brasil**. Brasília, DF: [s.n.], 2008. Disponível em:

<<http://www.inca.gov.br/tabagismo/frameset.asp?item=atualidades&link=lista.asp>>. Acesso em: 12 set. 2008.

INSTITUTO NACIONAL DO CÂNCER. **Relatório de atividades 1999**. Prevenção e vigilância epidemiológica. Programa Nacional de Controle do Tabagismo e outros fatores de risco de câncer. Brasília, DF: [s.n.], 2006. Disponível em: <http://www.inca.gov.br/inca/relatorios/rel_99/pnct.htm>. Acesso em: 05 set. 2006.

ORGANIZAÇÃO PAN-AMERICANA DE SAÚDE (OPAS), 1978. Conferência Internacional Sobre Cuidados Primários em Saúde. **Anais...** Alma-Ata (URSS): [s.n.], 1978.

ORGANIZAÇÃO PAN-AMERICANA DE SAÚDE (OPAS), 2004. 134ª Sessão do Comitê Executivo. 56ª Sessão do Comitê Regional da OMS para as Américas. Convenção Quadro. **Anais...** Washington, D.C. (EUA): [s.n.], 21-25 jun. 2004.

SÃO PAULO. Secretaria Municipal da Saúde. Portaria 1206/2007 – SMS.G, de 26 de julho de 2007. Determina a fiel observância, em todas as dependências da Secretaria Municipal da Saúde, do disposto na Lei 9.294/96. **Diário Oficial da Cidade de São Paulo**. 26 jul. 2007. p. 23.

SÃO PAULO (Estado). Secretaria de Estado da Saúde. **Legislação sobre tabagismo no Estado de São Paulo**: proposta de lei municipal padrão. Centro de Vigilância Epidemiológica “Prof. Alexandre Vranjac”. Divisão de Doenças Crônicas Não-Transmissíveis. Comissão Estadual de Prevenção e Controle do Tabagismo. São Paulo: [s.n.], 1997.

AS PRÁTICAS INTEGRATIVAS E COMPLEMENTARES CONTRIBUINDO PARA A PROMOÇÃO DA SAÚDE EM DOENÇAS E AGRAVOS NÃO TRANSMISSÍVEIS

O equilíbrio emocional através das Práticas Integrativas e Complementares

Judith Aoki Rodrigues¹; Nilce Aparecida de Oliveira²; Maria Aparecida Modesto dos Santos³; Maria Cecília Nakamura⁴; Marta Jeanete Rossetto⁵; Vandineide Cardoso Ribeiro dos Santos⁶

As Doenças e Agravos Não Transmissíveis - DANTs apresentam como principais fatores de risco o tabagismo, o sedentarismo, situações de violência, hábitos alimentares inadequados, alcoolismo e estresse. Em 2001, na Secretaria Municipal de Saúde de São Paulo (SMS/SP), foi implantado o Projeto Prioritário da Medicina Tradicional Chinesa - MTC, através de práticas reconhecidamente eficazes com o objetivo de prevenir doenças, tratar os agravos e promover a saúde da população. As regiões do Itaim Paulista e São Mateus foram pioneiras na implantação das Práticas Integrativas e Complementares (MTPIS). Quando a Subgerência de DANT da Coordenação de Vigilância em Saúde propôs o CAEPS (Capacitação para Avaliação das Ações de Promoção de Saúde) o grupo motivou-se a pesquisar a contribuição das MTPIS para a Promoção da Saúde e Qualidade de Vida em DANT, com o objetivo de identificar o perfil da demanda para as práticas nas Unidades Básicas de Saúde (UBS), a percepção dos usuários sobre saúde e qualidade de vida e os efeitos destas práticas na sua saúde, como também relacionar o perfil dos usuários praticantes e não praticantes. Para o desenvolvimento da pesquisa elegemos cinco Unidades de Saúde: Cecco Santa Amélia e Cecco Chico Mendes, UBS Jardim Nélia e UBS Vila Curuçá e do Centro de Práticas Naturais de São Mateus (CPN).

A pesquisa teve como enfoque a abordagem qualitativa, desenvolvida em dois momentos: 1) aplicação de 44 entrevistas semiestruturadas, com usuários “participantes” e não participantes das MTPIS maiores de 18 anos; 2) Grupo Focal: uma técnica de coleta de dados que foi aplicada em 19 participantes das diferentes práticas. As práticas eleitas para esta pesquisa foram: Lian Gong, Xiang Gong, Caminhada, Dança Sênior, Bioenergética, Tai Ji Qi Gong, Tai Chi Pai Lin.

Dos fatores apontados pelos sujeitos da pesquisa, destaca-se neste artigo a melhora significativa do aspecto emocional do indivíduo.

A partir da questão: “A prática proporcionou alguma mudança na sua vida?”, obtivemos o seguinte discurso:

Conteúdo emocional expresso

“Eu alcancei melhora, eu era nervosa, estressada, melhorei bastante. As práticas são muitas boas (Tai Chi e respiração): você começa a se perceber, trabalha o emocional, deixa você mais leve. Saí do fundo do poço com as práticas; diminuí a ansiedade, devolvi a vontade de viver. Eu estou bem melhor, eu tinha síndrome do pânico. A prática e minha força me curaram. Estou mais alegre, mais esperta para as coisas. Melhorei quase 70%. A depressão que eu estava sentindo está mais controlada; minha ansiedade melhorou bastante. A questão do humor acho que melhorou bastante. Eu levanto, tomo meu banho, olho no espelho e digo: Eu estou bonita! Por quê? Porque eu vou fazer ginástica. Então isso é bom pra autoestima da gente. Tem outra coisa que é a energia, relaxa bastante. Passa energia para o outro. Eleva a autoestima, dá motivação pra viver novos horizontes”.

Neste discurso podemos observar claramente que, se por um lado, inicialmente, havia tristeza, preocupação (depressão, síndrome do pânico, etc.), por outro, após a prática, a mudança foi para o estado de felicidade (alegria,

1. Psicóloga – UBS Jardim Camargo Novo – Itaim Paulista.

2. Assistente Social Cecco Parque Santa Amélia – Itaim Paulista.

3. Prof.ª MS da Universidade Cruzeiro do Sul – Unicsul e da Faculdade Santa Marcelina – FASM, orientadora da pesquisa.

4. Assistente Social e Gestora do Grupo – Suvis Itaim Paulista.

5. Assistente Social e Gerente do CTA Dr. Sérgio Arouca.

6. Bióloga - Assessora Técnica da Sub Prefeitura de São Mateus.

leveza, melhora da autoestima, motivação), como aponta Ochs (1986 apud Salgado, 2007) na busca de definir as emoções, classificando-as em afetos positivos e negativos, o que provoca mudanças não apenas nos hábitos das pessoas (entrevistados), como também em sua saúde física e mental.

Conteúdo social expresso

“Fiquei mais feliz. Eu me sinto melhor. Eu venho com gosto pra cá, só de encontrar as colegas, de trocar ideias, faz bem pra tudo, faz bem pro corpo, pra mente, mais feliz. Adquire mais amizade; aqui a gente vê muitas pessoas e cada um conta seus problemas; a gente vê que o problema da gente não é nada. A questão do remédio... continuo tomando a mesma coisa, mas a questão do humor, acho que melhorou bastante”.

Estamos falando da solidariedade (“aqui a gente vê muitas pessoas e cada um com seus problemas; a gente vê que o problema da gente não é nada”), classificada por Ochs (1986 apud Salgado, 2007), como um dos sentimentos positivos da afetividade, na medida em que cada participante passa a ser o ouvinte do colega, pois sabemos o valor que tem o simples ato de ouvir a dor do outro, quer seja física ou emocional. Quanto à natureza relacional da emoção citada por Burkit (1997 apud Salgado, 2007), a qual só se concretiza na interação com outros participantes, observamos neste discurso, a partir da importância dada ao “encontro” com os colegas, na troca de ideias e na relação de amizade que se forma nos grupos, através das reuniões para as práticas.

Conteúdo físico expresso

“Faço a prática e me sinto muito bem, não tenho pressão alta, não tenho diabetes; eu acredito que é devido à caminhada. Intestino preso não tenho mais e começo a dormir bem. Tirou as dores do corpo. As crises renais que tinha, não tenho mais; a menstruação vem normalmente, apesar do mioma. O corpo fala, ele precisa repousar, precisa de coisas boas; a bioenergética é simples, estava quase abandonando a profissão por causa da dor, voltei a ter disposição. Quando a gente se concentra, a gente melhora da pressão, acalma”.

Sabemos que pressão alta, diabetes, insônia, dores no corpo, nervosismo são algumas das doenças e agravos não transmissíveis, muitas vezes provocados pelas exigências da vida moderna na luta pela sobrevivência, hábitos e modos de vida inadequados em uma metrópole com todos os seus problemas e dificuldades que vão desde a urbanização desenfreada, ao consumismo também desenfreado e todas as complicações advindas disso.

Como o próprio discurso apresenta, “o corpo fala” e é preciso percebê-lo, seus sinais e necessidades. E pelo que ficou demonstrado por esse discurso coletivo, com mudanças de hábitos de vida, alimentação saudável, atividade física e prática corporal, lazer, atitude mais flexível consigo e com o outro, ter um tempo para o cuidado de si mesmo, relaxar corpo e mente; é possível o corpo responder de forma positiva e saudável aos estímulos de bem-estar provocados pelas práticas integrativas e complementares, prevenindo e tratando doenças e agravos não transmissíveis (“começo a dormir bem, tirou as dores, acalma”)

Entende-se que o estado emocional do indivíduo é fundamental tanto na eclosão de uma doença como no desenvolvimento da cura.

Do ponto de vista das causas prováveis do estado de doença, temos o aspecto emocional como um dos agravantes para as DANTs (Salgado, 2007). Apesar da literatura não oferecer uma definição clara para uma tipologia das emoções, para alguns autores, como Ochs (1986 apud Salgado, 2007) o afeto positivo abrange sentimentos de gratidão, felicidade, amor, solidariedade, enquanto o negativo inclui sentimentos de tristeza, preocupação, raiva, decepção. E Burkit (1997 apud Salgado, 2007) destaca a natureza relacional da emoção, fenômeno que, segundo o autor, só se concretiza inteiramente se concebido na interação com outros participantes e como resultado de relações anteriores. Como a interação não acontece num vácuo social, a experiência emocional apresenta-se sempre como resultado de relações anteriores e como uma atividade regulada e reguladora do comportamento social dos indivíduos.

Desse modo, reconhece-se a emoção positiva como um sinal importante para se estabelecer a saúde, tanto quanto o estado negativo para estimular alguma doença. A cura não é, portanto, entendida como algo proveniente do exterior. Fatores externos podem catalisar o processo, contribuir para tal, mas não podem curar sem a participação de fatores presentes no próprio indivíduo que precisam ser por ele reconhecidos e promovidos.

Os discursos enfatizam a predisposição em sair de uma situação de doença física e mental, encontrando nas Práticas Integrativas e Complementares a calma, o estado de felicidade, diminuição da ansiedade, disposição para enfrentamento das adversidades do cotidiano, alegria, humor e estímulo para as atividades laborais.

No novo paradigma holístico, corpo e mente integram uma dimensão em que a mente assume importância vital, onde a prática regular de atividade “atua de maneira eficaz sobre a tensão emocional, a angústia e a depressão”. Após a realização da prática há uma sensação de bem-estar, o que produz uma melhora na autoestima do indivíduo, e, conseqüentemente, o equilíbrio emocional.

Referências Bibliográficas

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria nº 971, de 3 de maio de 2006. Aprova a Política Nacional de Práticas Integrativas e Complementares (PNPIC) no Sistema Único de Saúde. **Diário Oficial (da) República Federativa do Brasil**, Poder Executivo, Brasília, DF, 4 maio 2006. Seção 1, p. 20-5.

DINIZ, D. P.; SCHOR, N. **Guia de qualidade de vida**. Barueri, SP: Manole, 2006.

DINIZ, D. P.; SCHOR, N. **Guia de qualidade de vida**. Barueri, SP: Manole, 2007. n. 1.

DINIZ, D. P.; SCHOR, N. **Guia de qualidade de vida: a receita da felicidade**. Barueri, SP: Manole, 2005. n. 6.

DINIZ, D. P.; SCHOR, N. **Guia de qualidade de vida: o segredo da longevidade**. Barueri, SP: Manole, 2005. n. 11.

LEOPARDI, M. T. **Metodologia da pesquisa na saúde**. Santa Maria: Palloti, 2002.

SALGADO, M. das G. Trabalhos de face em interações profissionais. **Rev. Linguagem em (Lis)curso**, Tubarão, v. 7, n. 1, p. 9-26, jan./abr. 2007. Disponível em: <<http://www3.unisul.br/paginas/ensino/pos/linguagem/revista/revista.htm>>. Acesso em: 10 jul. 2008.

SÃO PAULO. Secretaria Municipal de Saúde. **Almanaque DANT: Doenças e agravos não-transmissíveis**. São Paulo: COVISA, maio 2005.

SÃO PAULO. Secretaria Municipal da Saúde. Coordenação de Desenvolvimento da Gestão Descentralizada - COGest. Centro de Formação dos Trabalhadores da Saúde - CEFOR. **Caderno Temático da Medicina Tradicional Chinesa**. São Paulo: [s.n., s/d].

A PERCEÇÃO DOS MÉDICOS QUE ATUAM NA REDE BÁSICA DE SAÚDE SOBRE VIOLÊNCIA INTRAFAMILIAR

Limites Institucionais para o Atendimento às Vítimas de Violência Intrafamiliar

Alexandre de O. Leme¹; Bernardete L. Brosso Alves²; Célia R. Cezar Rojo³; Christiane T. Valezim⁴; Simone Nogueira⁵; Viviane E. Diniz da Silva⁶

O presente artigo tem a proposta de contribuir para a compreensão do trabalho realizado pelos profissionais da área de saúde, em especial os médicos, sobre a percepção da violência intrafamiliar, que é aquela que ocorre entre parceiros íntimos e entre os membros da família, principalmente no ambiente da casa. Tivemos como *locus* de pesquisa a região de Pirituba e Perus, periferia da cidade de São Paulo e focamos o estudo nos profissionais médicos, pelo fato de os mesmos ocuparem um lugar estratégico na concepção do modelo assistencial de saúde vigente.

O objetivo principal foi compreender as alternativas engendradas por esses profissionais para o atendimento à vítima de violência, incluindo-se nesse contexto a compreensão do espaço institucional, da rede de serviços e das políticas públicas de combate à violência.

Para tanto, foi realizada uma pesquisa qualitativa por meio da técnica do grupo focal, permitindo explorar e confrontar em profundidade as opiniões relativas ao tema. Foram realizados três grupos focais, com a participação total de 19 médicos que trabalham em unidades básicas de saúde, tanto em unidades com estratégia saúde da família como em unidades tradicionais, e o critério de escolha dos participantes foi a indicação dos diretores dos serviços.

Dentre os resultados obtidos, a questão das relações institucionais de trabalho aparece com destaque, tanto no âmbito do trabalho multiprofissional, como nos entraves e limites institucionais.

Em relação aos atendimentos, os pesquisados fazem referência a um sentimento de isolamento e relatam que sentem a falta de retaguarda e amparo institucional:

“a gente tá meio perdido, eu acho assim, que a gente se depara com situações difíceis de lidar que precisa de equipe, precisa de discussão de caso, são estruturais e são multidisciplinares”

Confirmam que é difícil atender os casos de violência sozinhos e quando existem profissionais de outras categorias – psicólogos, terapeutas ocupacionais, enfermeiros e assistentes sociais o fluxo se altera, ficando ao encargo dos mesmos o atendimento do caso. Uma das entrevistadas trata desse aspecto:

“Encaminhamos para profissionais quando eles existem, quando não existem a gente fica sem ter condições de resolver”

No que diz respeito à dimensão organizacional, ou seja, como o serviço organiza seu processo de trabalho para atendimento à vítima de violência, um dos entrevistados afirma desconhecer o processo, quando fala que:

1. Psicólogo, Mestre em Saúde Pública, orientador da pesquisa.

2. Psicóloga, Especialista em Psicologia e Educação, Cecco Perus.

3. Assistente Social, Terapeuta Familiar, Supervisão Técnica de Pirituba/ Perus.

4. Terapeuta Ocupacional, Especialista em Saúde Pública, UBS Pirituba I.

5. Psicóloga, Educadora em Saúde Pública, UBS V. Pereira Barreto.

6. Assistente Social, Mestre em Serviço Social, gestora do projeto, Suvis Pirituba.

“Não sei qual é o trâmite. Juro para você. Na minha UBS não sei qual é o trâmite”

Outro entrevistado reforça esse sentimento:

“Não sei a quem me dirigir, estamos largados”

O desconhecimento do seguimento dos casos aparece em outro relato. Isso mostra um modelo de gestão que limita a capacidade de intervenção das equipes e não incentiva a grupalidade.

“eu atendi uma criança de 8 anos com condiloma anal, e aí chamei minha diretora, passei o caso para ela, caso claro de violência sexual, e o estranho foi que a mãe não se chocou, a gente vai investigar um pouquinho, quem eram os familiares, mas foram poucas as informações, a gente passou o caso para a diretora, depois não tivemos retorno”

A atuação diante de um caso de violência obedece aos extremos em algumas situações: ou pegam o problema para si ou evitam envolver-se com a situação, como se não houvesse um “meio-termo”, uma ação partilhada. Isso fica claro na seguinte afirmação:

“eu não sou psicóloga, a gente acaba sendo tudo e se desgasta, sou ginecologista, tudo bem, eu vou ouvir a paciente, mas, assim, eu precisaria ter um tempo maior para essa conversa, não posso fazer a minha medicina, tratar o corpo, a alma, o espírito desse ser humano, que, às vezes, eu falo até de Deus, eu não posso tratar tudo em cinco minutos, em dez minutos”

Como forma de proteção ao sentimento de impotência, alguns profissionais optam por “não enxergar” a violência, pois os desdobramentos desses casos, geralmente, são dramáticos e difíceis de se lidar:

“eu não vou fazer perícia no consultório, por exemplo, criança às vezes chega, a gente tem até um certo medo do envolvimento. Eu tenho criança que até imagino que está sendo violentada, crianças com manchas roxas, então você fica... você pergunta para a mãe, que é isso, “ah, bateu”, imagina que parece uma mordida... e eu vou me envolver se ela não quer se expor”

Alguns profissionais queixam-se da falta de tempo para atender os casos de violência. A burocratização do serviço, os limites técnicos e o grande número de consultas por profissional geram uma sobrecarga de tarefas e inviabilizam o incremento do atendimento para as demandas espontâneas. Isso é observado quando um dos sujeitos de pesquisa fala que:

“existe um problema sério de sobrecarga de trabalho, como estava conversando com a colega, em 15 minutos fica bastante difícil o paciente contar isso, o acompanhante te contar isto, ou você perceber isso”

A questão da retaguarda e do suporte profissional aparece como essencial para a resolutividade dos casos de violência. No relato apresentado é possível perceber a gravidade da situação:

“não existe estratégia, o atendimento de um caso de violência não é pensado, não é discutido e nem sempre encaminhado, além de não se conhecer como lidar com o que desencadeia a violência”

O atendimento aos casos de violência intrafamiliar também depende da disponibilidade pessoal associada à capacidade técnica. A confiança e o vínculo são estratégias fundamentais para o atendimento às

vítimas de violência, pois além de propiciar a humanização da relação do profissional de saúde e usuários, facilita a adesão e permanência dos envolvidos no caso. Essa questão é abordada por um dos entrevistados:

“Eu estava fazendo uma sessão, grupo de relaxamento e automassagem. E nesta a gente começa a vivenciar uma coisa bem diferente. Trouxe a mulher para dentro do consultório, que ela foi dar um tempo para ela, você observa que ela traz a família com ela. E nisso a questão da violência, muitas vezes, foi colocada também”

A falta de discussão de caso, treinamento e capacitação dos profissionais, inclusive de outros setores da unidade, como, por exemplo, a recepção, aparece como obstáculo para o atendimento à vítima de violência. Um dos pesquisados traz essa questão ao fazer referência às Organizações Sociais (OS) que passaram, a partir de 2006, a administrar uma parcela significativa das unidades de saúde municipal.

“Espero que uma pesquisa como essa gere demanda que dê resposta para as OS, para a prefeitura, de que o que está faltando nos postos de saúde é treinamento, é capacitação”

Tendo em vista que a violência está intimamente relacionada às questões de saúde pública, desencadeando mortes, aumento do número de atendimentos hospitalares, debilidades físicas e sofrimento mental, os profissionais da saúde deveriam estar preparados para acolher e acompanhar esse tipo de situação, mas se eles estão se sentindo sozinhos e sem apoio a situação fica mais difícil.

Especificamente no que diz respeito a sentirem-se sozinhos e sem reconhecerem parceiros no seu trabalho, destaca-se a fala de um dos sujeitos:

“Às vezes a gente se sente agredida pelo comportamento de um colega até, ou pela omissão de alguém, né!”

Pode-se ousar dizer omissão do próprio serviço. De qualquer forma eles se sentem violentados, sofrem pelos usuários, carentes de atendimentos e por sua própria impotência, carentes de um funcionamento em equipe e com dificuldades em lidar com um tema tão complexo como a violência, que traz diretamente as dificuldades da sociedade, dos indivíduos e das famílias.

Fica claro que a violência institucional, muitas vezes, é também fruto do tipo de estruturação organizacional em que se associa um processo gradativo de burocratização ao distanciamento das relações interpessoais, quer dos profissionais entre si ou destes com os usuários.

A mudança na atenção, priorizando a construção de vínculos entre equipes e usuários, o investimento no trabalho em rede e em recursos humanos e a responsabilização sanitária aparecem como estratégias que viabilizariam mudanças.

Referências Bibliográficas

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria MS/GM nº 737, de 16 de maio de 2001: Política Nacional de Redução da Morbimortalidade de Acidentes e Violências. **Diário Oficial (da) República Federativa do Brasil**, Poder Executivo, Brasília, DF, 18 maio 2001. Seção 1.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Promoção de Saúde**: Declarações de Alma-Ata, Carta de Ottawa, Declaração de Adelaide, Declaração de Sundsvall, Declaração de Santafé de Bogotá, Declaração de Jaccarta, Rede de Megapaíses e Declaração do México. Brasília: PNUD/ Ministério da Saúde, 2001.

CAMPOS, G. W. de S. Humanização na saúde: um projeto em defesa da vida? **Interface - Comunicação, Saúde, Educação**, v.9, n. 17, mar./ago. 2005.

IERVOLINO, A. S.; PELICIONI, M. C. F. A utilização do grupo focal como metodologia qualitativa na promoção da saúde. **Revista Escola de Enfermagem da USP**, v. 35, n. 2, p. 115-21, jun. 2001.

MINAYO, M. C. S. (Org.). **Impacto da violência na saúde dos brasileiros**. Brasília: Ministério da Saúde, 2005.

AVALIAÇÃO DE CONHECIMENTOS E PRÁTICAS EM NUTRIÇÃO E ALIMENTAÇÃO DE SERVIDORES MUNICIPAIS DE UNIDADES BÁSICAS DE SAÚDE

A Assistência e Vigilância Nutricional na Supervisão Técnica de Saúde Pirituba/Perus com vistas à promoção de saúde na prática profissional diária

Celeste Elvira Viggiano¹; Edna Hitomi Sesoko²; Edna Massae Miyata Koyama³; Heloisa Lara da Silva Nunes Guardado⁴; June Maria Medaglia Favaro Lucchesi⁵; Viviane E. Diniz da Silva⁶

O estado nutricional é o equilíbrio entre o suprimento de nutrientes (ingestão alimentar/consumo) e o gasto ou necessidade energética do organismo. Portanto, relaciona-se com o estado de saúde do indivíduo e com a capacidade do organismo em utilizar adequadamente os nutrientes da dieta.

O principal problema nutricional da população adulta brasileira é a obesidade. Dados da PNSN – Pesquisa Nacional sobre Saúde e Nutrição (Ministério da Saúde, 1990) evidenciaram cerca de 32% de indivíduos com sobrepeso, sendo a prevalência maior em mulheres (38%) do que em homens (27%).

Por outro lado, segundo estimativas mundiais, iniciamos o novo milênio com 800 milhões de desnutridos crônicos; destes, 200 milhões são crianças moderadamente desnutridas e 70 milhões gravemente desnutridas. (Fenandes, 2002). A desnutrição energético-proteica (DEP) é ainda um dos maiores problemas de saúde pública.

Estudos epidemiológicos em populações latino-americanas têm relatado dados alarmantes. Cerca de 200 mil pessoas morrem anualmente em decorrência destas complicações na América Latina (IBGE, Inan/Ipea, 1989). Além de buscarmos planos terapêuticos mais eficazes, faz-se necessário, também, a adoção de medidas de prevenção e de promoção de saúde para conter o surgimento de casos novos.

Nesse sentido, seguindo-se as diretrizes da OMS – Organização Mundial de Saúde (2004) – é justificada a capacitação dos profissionais de saúde pela importância do equilíbrio metabólico e da nutrição na qualidade de vida, promoção de saúde e na prevenção e terapia de doenças.

Na região de Pirituba/Perus esta capacitação compõe o Projeto de Assistência e Vigilância Nutricional a ser desenvolvido pela equipe da Supervisão de Vigilância em Saúde de Pirituba/Perus, que pretende estender o mesmo treinamento aos profissionais da área da educação de escolas municipais de educação infantil (EMEI) e fundamental (EMEF), de forma a fornecer subsídios que permitam a oferta de refeições adequadas e educação alimentar daqueles que cuidam da alimentação das crianças e de suas famílias na região.

Antes do início do trabalho de campo, foi feita uma pesquisa com o objetivo de avaliar o índice de conhecimentos em servidores municipais, lotados em Unidades Básicas de Saúde, antes e após o treinamento em vigilância nutricional, assim como sua utilização na prática profissional diária, com vistas à promoção de saúde da clientela atendida.

A metodologia aplicada foi de estudo descritivo e consistiu em avaliações prévia e posterior ao treinamento do conhecimento teórico, realizadas através de instrumento próprio, constando de quatro questões abertas e conceitos sobre:

- 1) Promoção à saúde;
- 2) Alimentação saudável e nutrição adequada;
- 3) Educação e vigilância nutricional nos ciclos de vida;
- 4) Fatores socioambientais.

A análise das questões pré e pós-treinamento foi realizada pela equipe de vigilância nutricional da Supervisão de Saúde de Pirituba/Perus.

1. Nutricionista – Suvis Pirituba/Perus, Mestre em Saúde Pública, orientadora da pesquisa.

2. Nutricionista – Cecco São Domingos.

3. Nutricionista – Suvis Pirituba/Perus.

4. Nutricionista – UBS Jd. Cidade Pirituba, Especialista em Saúde Pública.

5. Médica - Suvis Pirituba/Perus, especialista em Saúde Pública, gestora da pesquisa.

6. Assistente Social – Suvis Pirituba/Perus, Mestre em Serviço Social.

Na análise de dados foram avaliados os conceitos básicos trabalhados no treinamento, presentes nas quatro questões e a capacidade dos treinandos de citar e/ou correlacionar tais conceitos.

Inscreeveram-se para a capacitação 55 funcionários entre médicos, enfermeiros, auxiliares de enfermagem, agentes comunitários de saúde e nutricionista. Frequentaram o curso 42 funcionários, dos quais 34 responderam ao questionário pré-treinamento e 31 responderam ao pós-treinamento.

Analisando as respostas, observamos que houve uma melhora no desempenho geral, passando de 25,73% de acerto antes do treinamento para 62,9% de acerto.

Tabela 1

Total de respostas adequadas e não adequadas antes e após a capacitação em vigilância nutricional.

Avaliação	Adequadas		Não adequadas		Não responderam	
	Nº	%	Nº	%	Nº	%
Pré-teste	35	25,7	73	53,7	28	20,6
Pós-teste	78	62,9	42	30,9	4	2,9

Na primeira questão que se relaciona à promoção de saúde observamos dificuldade em diferenciar *promoção* e *prevenção*. A forma como são conduzidos os programas e projetos nas Unidades pela Secretaria Municipal da Saúde de São Paulo prioriza as ações de prevenção e tratamento como prestação de serviços de saúde. Tabela 2.

Tabela 2

Conceito de promoção de saúde

Avaliação	Adequadas		Não adequadas		Não responderam	
	Nº	%	Nº	%	Nº	%
Pré-teste	7	20,6	23	67,6	4	11,8
Pós-teste	19	61,3	12	38,7	0	0

O maiores índices de acertos ocorreram nas questões relacionadas à definição de alimentação saudável e à nutrição adequada, bem como sobre vigilância nutricional, conforme evidenciam as tabelas 3 e 4.

Tabela 3

Alimentação saudável e nutrição adequada

Avaliação	Adequadas		Não adequadas		Não responderam	
	Nº	%	Nº	%	Nº	%
Pré-teste	6	17,6	26	76,5	2	5,9
Pós-teste	24	77,4	7	22,6	0	0

Tabela 4
Vigilância nutricional

Avaliação	Adequadas		Não adequadas		Não responderam	
	Nº	%	Nº	%	Nº	%
Pré-teste	11	32,4	13	38,2	10	29,4
Pós-teste	20	64,5	11	32,3	1	3,2

A boa assimilação destes conteúdos, provavelmente, foi favorecida pela estrutura do treinamento, o qual deu muita ênfase neste item.

Observamos que entre alguns profissionais avaliados ainda permanece o equívoco de associar alimentação inadequada com situação econômica em relação à questão da falta de recursos financeiros.

A tabela 5 mostra como ainda há dificuldade de associação de fatores sociais e ambientais com a questão nutricional.

Tabela 5
Fatores socioambientais

Avaliação	Adequadas		Não adequadas		Não responderam	
	Nº	%	Nº	%	Nº	%
Pré-teste	11	32,4	11	32,4	12	35,3
Pós-teste	15	48,4	16	41,9	3	9,7

Consideramos que atingimos o objetivo de levantar os conhecimentos e despertar para a importância da vigilância nutricional.

Com a participação de diferentes categorias profissionais no treinamento, espera-se que ocorra uma mudança de atitude e favoreça propostas de intervenção que permitam enriquecer o trabalho diário, utilizando os conceitos assimilados para avaliar a condição nutricional em todos os usuários acompanhados nas Unidades, independentemente do agravo ou idade. Em seguida difundir na comunidade medidas de promoção de saúde de forma a disseminar informações e conceitos que resultem no aumento da qualidade de vida da população.

Referências Bibliográficas

-
- FERNANDES, B.S. et al. **Vencendo a desnutrição: abordagem clínica e preventiva**. São Paulo: Editora Salus Paulista, 2002.
- IBGE. **Estudo Nacional da Despesa Familiar** – ENDEF [S.l.: s.n.], 1975.
- IBGE; INAN/IPEA. **Pesquisa Nacional sobre Saúde e Nutrição** – PNSN, 1989.
- BRASIL. Ministério da Saúde. **Pesquisa Nacional sobre Saúde e Nutrição: resultados preliminares e condições nutricionais da população brasileira – adultos e idosos**. Brasília: [s.n.], 1990.
- ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DE SAÚDE (OMS). **Estratégia global para a promoção de alimentação saudável, atividade física e saúde**. [S.l.: s.n.], 2004.
-

AS PRÁTICAS COMPLEMENTARES E A QUALIDADE DE VIDA ENTRE USUÁRIOS DE UNIDADES DE SAÚDE DA SUPERVISÃO VILA MARIA – VILA GUILHERME

Aimara Cruz¹; Alexandre Oliveira Leme²; Maria Célia Guerra Medina³; Elisabeth Baffini de Paula⁴; Elisabete Castro⁵; Vera Lúcia Suzuki⁶

Introdução

O avanço tecnológico na área da saúde possibilitou um forte incremento no prolongamento da vida e na redução da mortalidade no último século. No entanto, para o atual perfil de saúde, o caráter especializante, centrado na doença e fortemente apoiado no uso de medicamentos da medicina ocidental não tem trazido os benefícios esperados para a grande maioria da população. Ela não consegue transformar condições inadequadas à saúde como estresse, depressão, sedentarismo, obesidade, isolamento social, entre outros.

As necessidades para boas condições de saúde demandam intervenções amplas e multidirecionadas, que repercutam em qualidade de vida: “Para atingir um estado de completo bem-estar físico, mental e social, os indivíduos e grupos devem saber identificar aspirações, satisfazer necessidades e modificar favoravelmente o meio ambiente. A saúde deve ser vista como um recurso para a vida e não como um objetivo de viver.” (*Carta de Ottawa, 1986*).

Nesta direção, uma opção trazida pelo Sistema Único de Saúde na cidade de São Paulo foi a introdução das Práticas Complementares (PC), que se caracterizam como sistemas de cura em que a harmonia homem/natureza e natureza/cultura são sinônimos do que se designou, de equilíbrio. Estas práticas consistem de séries de exercícios desenvolvidos no âmbito da Medicina Tradicional Chinesa, contemplando as necessidades físicas e emocionais do ser humano e harmonizando o corpo e o espírito. Trata-se de meio terapêutico simples e de baixo custo, podendo ser ministrado por um profissional de saúde e até pelos próprios usuários.

Na área da Supervisão de Vila Maria - Vila Guilherme, na região norte da cidade de São Paulo, as PC são desenvolvidas em todas as 11 unidades de saúde, definiu-se que a avaliação da influência das PC na promoção da saúde dos participantes seria realizada em três delas: Luiz Paulo Gnecco (V.Maria), Parque Novo Mundo I e Parque Novo Mundo II.

Esta pesquisa foi realizada com o objetivo de avaliar a influência das práticas Liang Gong, I Qi Gong, Xiang Gong, Tai Chi Pai Lin, Tai Chi Chuan, Dança Circular; Yoga e Terapia Comunitária na qualidade de vida dos participantes. Foram considerados a saúde física e emocional, a autonomia, alguns comportamentos com repercussões direta na saúde, consumo de medicamentos, sociabilidade; e ainda os níveis de satisfação dos usuários em relação às práticas, levantando sugestões para o aprimoramento das mesmas.

Metodologia

Para a abrangência dos objetivos propostos optou-se por utilizar uma abordagem metodológica mista: qualitativa através de *Grupos Focais* (Merton, 1987) e quantitativa, usando o modelo de estudo epidemiológico *Coorte Retrospectiva* (Rouquayrol, 2002, Foss, 2003, Medronho, 2005).

1. Médica Sanitarista Suvis V. Maria.
2. Psicólogo, Mestre em Saúde Pública – Orientador da pesquisa.
3. Médica Sanitarista Epidemiologista – Orientadora da pesquisa.
4. Enfermeira da UBS Luiz Paulo Gnecco.
5. Enfermeira da UBSF Parque Novo Mundo I.
6. Enfermeira da UBSF Parque Novo Mundo I.

1 - Qualitativa: Os Grupos Focais foram dirigidos aos participantes das PCs, em encontros realizados em ambientes reservados, próximos às unidades de saúde, com a participação de 10 a 12 pessoas. Coordenados pelos pesquisadores, evitando que os profissionais não participassem dos encontros de participantes de unidades de sua atuação, de forma a evitar vínculo anterior com os mesmos. As questões levadas aos grupos focais foram:

- 1-** Por que você decidiu participar dessa atividade (práticas corporais)?;
- 2-** Você recomendaria as práticas para outras pessoas, por quê?;
- 3-** O que mudou em sua vida e/ou no relacionamento com a família, após participar dessas práticas?;
- 4-** Você tem sugestões ou críticas em relação às práticas?

As falas foram gravadas em fita cassetes e posteriormente transcritas pelos pesquisadores.

2 - Quantitativa: Organizada de forma a entrevistar todos os participantes das PC e o mesmo número de usuários das mesmas unidades de saúde, porém não “expostos” às práticas. Estabelecidos como critérios de pareamento: sexo, idade com intervalo de até 5 anos acima e abaixo e situação ocupacional. Evitou-se que pesquisadores realizassem entrevistas de usuários frequentadores das unidades onde atuassem. Este tipo de estudo permite comparar um grupo de “expostos” a determinada condição a outro de “não expostos”, no caso a situação de “exposição” às práticas, fator de proteção. Foram excluídos entre os “não expostos” aqueles que por alguma condição de saúde pudessem estar impedidos a participar das PC.

Utilizou-se questionário padronizado, elaborado a partir da síntese de três instrumentos: o do Projeto Mega Country da Organização Mundial de Saúde (Malta, 2006), o teste de medida de estresse utilizado no Inquérito Domiciliar dos Fatores de Risco para Doenças Crônicas Não Transmissíveis do Centro de Vigilância Epidemiológica Alexandre Vranjac (CVE/OPS, 2002) e a versão para o português do Instrumento de Avaliação de Qualidade de Vida (WHOQOL) da (OMS).

Em síntese as questões são as seguintes:

- 1)** saúde: doenças referidas, autoavaliação da saúde, evolução no último ano, referência de dores e consumo de medicamentos;
- 2)** autonomia: limitações nas atividades diárias e relacionais;
- 3)** saúde emocional: estresse, depressão e outros estados emocionais;
- 4)** comportamentos: perfil alimentar, tabagismo e sedentarismo;
- 5)** níveis pressóricos, colesterol e glicemia e obesidade.

Os dados obtidos foram digitados e analisados através do programa Epi-Info (CDC/OMS, 2008). Como teste de significância estatística para análise das associações o quiquadrado obedeceu ao nível de significância de 5% e o intervalo de confiança de 95%.

Resultados

1. Grupos Focais: Foram realizados 11 Grupos Focais, com a participação de 110 participantes das PC. A análise das gravações evidenciou vários aspectos que demonstram a importância desta participação na vida dos usuários. Atendendo aos objetivos deste trabalho, selecionamos quatro exemplos de depoimentos (citados com nomes fictícios):

Saúde física: “... me sinto muito bem, parecia que eu vivia entredada, passava pelo convênio, eles me davam remédio, eu parecia que estava morrendo, ... hoje eu me sinto uma pessoa feliz, com disposição, ... hoje sou outra pessoa ... (Carmem, 59 anos).

Saúde emocional: “Mudou muito, era briguenta, fiquei menos briguenta, estou mais calma, aprendi a rir mais do que chorar” (Luiza, 57).

Saúde relacional ou sociabilidade: “Comecei a dançar com a Ana Célia, a gente aqui somos como uma família, tenho amizade com todo mundo” (Margarida, 80).

Emponderamento: “... Eu não podia fazer nada, pois só fazia serviços para os outros, e agora ganhei esse presente... sou dona da minha vida” (Rosa, 74).

2. Estudo epidemiológico - Coorte Retrospectiva: Estimou-se inicialmente uma amostra de 324 indivíduos: o mesmo número para expostos e não expostos: 162. No entanto, a UBS Paulo Gnecco (Vila Maria) por ter perdido o espaço onde eram realizadas as práticas sofreu dispersão de seus participantes que se reduziram a 87, reduzindo-se a amostra total para 264, ou seja, 81,5% do proposto inicialmente. Entre os principais resultados destacam-se: predomínio do sexo feminino, 84,9%, idade entre 27 e 85 anos e média de 60, a maioria casada, 59,1%, com nível fundamental de escolaridade, 81,6%. Muitos exercem atividade remunerada, 18,8%, mas a maioria é dona de casa, aposentada ou pensionista, 75,2%.

Ao se comparar expostos (E) e não expostos (NE) às PC, em relação as principais variáveis em estudo, a associação mostrou-se significativa para todas as situações estudadas, exceto *consumo de alimentos protetores*, que é boa entre os dois grupos (E:92,4% e NE:90,1%) e *consumo de medicamentos*, também alta em ambos (E:77,9% e NE:78,8%). Todas as demais associações tiveram nível de significância inferior a 5%, sendo assim consideradas estatisticamente significantes, destacam-se: *Melhora da saúde no último ano* (E:70,6% e NE: 30,1%, $p=0,000$), *Incapacidades por problemas físicos* (E: 20,8% e NE:40,2%; $p=0,000$) e *Nível grave de Estresse* (E:13,4% e NE:35,7%, $p=0,001$).

Não foi possível coletar alguns dados entre os não participantes das práticas: medidas bioquímicas, peso e estatura e níveis pressóricos, ficando prejudicada a análise comparativa.

Conclusões

As duas metodologias utilizadas complementaram-se e permitiram concluir que as Práticas Complementares contribuem para a melhora geral dos participantes, no que se refere à saúde física, emocional, a autonomia e comportamentos saudáveis. Ocorrem ainda ganhos de percepção pessoal na melhoria da qualidade de vida, aumento de autoestima, atitude positiva em relação às possibilidades de convívio e participação, além da melhora nítida da situação relacional, retirando do isolamento e melhorando o convívio na família e nas demais relações.

As maiores das sugestões foram no sentido de ampliar a possibilidade de participação, aumentando a frequência, o número de participantes e o tempo de desenvolvimento das atividades. Outro fato a ser mencionado é a necessidade contínua de espaço para novos participantes, já que os participantes são excelentes exemplos e entusiastas trazendo sempre novos convidados. Conclui-se, portanto, até o momento, que as práticas complementares nas unidades de saúde em estudo constituem-se em importante fator de promoção de saúde individual e coletivo, política pública a ser apoiada, ampliada e levada a outras populações.

Referências Bibliográficas

-
- FOSS, P.J.; FINE, D.J. **Desining health care for populations**. Jossey-Bass: San Francisco, 2000.
- MALTA, D.; CEZARIO, A. A construção da vigilância e prevenção das doenças crônicas não transmissíveis no contexto do Sistema Único de Saúde. **Epidemiologia e Serviços de Saúde**, Brasília, v. 15, n. 3, set. 2006.
- MEDRONHO, R.A. **Epidemiologia**. Rio de Janeiro: Editora Atheneu, 2005.
- MERTON, R. **The focussed interview and focus groups**. Public Opinion Quarterly. [S.l.; s.n], v. 51, p. 550-66, 1987.
- ROUQUAYROL, M. Z.; ALMEIDA FILHO, N. **Introdução à epidemiologia**. Rio de Janeiro: Editora Medsi-Guanabara Koogan, 2002.
-

AS PRÁTICAS COMPLEMENTARES/ ATIVIDADE FÍSICA E A QUALIDADE DE VIDA DE USUÁRIOS DE UNIDADES DE SAÚDE DA REGIÃO NORTE DA CIDADE DE SÃO PAULO

Elizabeth Menezes Alves da Costa¹; Magali Baldaconi²; Maria Beatriz Maion³; Rosana Marcolino Diego⁴; Alexandre Oliveira Leme⁵; Maria Célia Guerra Medina⁶

Introdução

O atual quadro de saúde da população de São Paulo caracteriza-se pelo predomínio das doenças e agravos Não Transmissíveis, responsável por perto de 80% dos óbitos em anos recentes (SMS/COVISA/CCD/DANT). Entre os determinantes deste quadro estão situações de vida, hábitos e características dos ambientes onde vivem os diferentes grupos desta população. As condições desfavoráveis associadas ao transporte e à moradia, aos alimentos disponíveis, ao consumo de cigarro e álcool, à qualidade do ar, e aos ambientes com violência e estresse, estão entre as principais causas das doenças cardiovasculares, câncer, doenças pulmonares, hipertensão, entre outras. É neste quadro que diferenciadas formas terapêuticas vêm sendo introduzidas na rede do Sistema Único de Saúde (SUS), especialmente as que contemplam as necessidades físicas e emocionais, que tratam e previnem doenças, promovem saúde e melhoram a qualidade de vida. Entre estas práticas corporais (PC) estão: a Yoga, o Xiang Gong, a Acupuntura, o Tai Chi Pai Lin, o Tai Chi Chuan, o I QI Gong, alongamento, caminhadas, dança circular, dança sênior, entre outras. Estas práticas envolvem atividades coletivas e coordenadas, envolvendo mente e corpo na harmonização de energias. Esta pesquisa, integrante do Projeto CAEPS foi desenvolvida para avaliar e aprimorar estas práticas nas Unidades de Saúde: Casa Verde, Adelaide Lopes e Vila Barbosa, da Supervisão de Saúde Casa Verde - Cachoeirinha - Limão.

Objetivo

O objetivo principal do projeto foi avaliar a efetividade das práticas complementares na promoção de saúde e qualidade de vida dos participantes das práticas complementares. Especificando, foram avaliadas a saúde física, emocional, autonomia, a sociabilidade e a própria realização das práticas.

Metodologia

Para alcançar o diagnóstico proposto, optou-se por utilizar uma metodologia científica de caráter quali-quantitativo. Neste artigo apresentamos os resultados da investigação qualitativa. O modelo de coleta e análise de dados qualitativos utilizados foi o de Grupo Focal (Merton, 1987).

Grupos Focais: Foram desenvolvidos 13 grupos focais, com composições que variaram entre cinco e 12 indivíduos por grupo, totalizando 112 participantes das PC, 71% do universo. Os encontros foram realizados em ambientes reservados nas próprias UBS ou em suas proximidades, tendo duração entre 1h30 e 2h por encontro semanal. Coordenados pelos próprios pesquisadores, com o cuidado de não haver vínculo anterior de coordenador com o grupo de forma a evitar indução ou outro tipo de viés.

Devido ao cuidado ético proposto por esta pesquisa, optou-se por não identificar os depoentes. As perguntas propostas aos grupos focais objetivaram verificar qual a percepção dos participantes de atividades corporais acerca do impacto destas no que se refere à melhoria das condições de saúde, conforme segue:

- 1** - *Você notou alguma mudança na sua saúde física após a sua participação nas Práticas Corporais?*
- 2** - *Você notou alguma mudança em sua saúde emocional após a sua participação nas Práticas Corporais?*
- 3** - *Você notou alguma mudança no seu relacionamento com amigos ou familiares após a sua participação nas Práticas Corporais?*
- 4** - *Quais as críticas e sugestões para o desenvolvimento das práticas?*

1. Médica, Gerente da UBS Casa Verde.

2. Enfermeira UBS Adelaide Lopes.

3. Enfermeira UBS Vila Barbosa.

4. Psicóloga UBS Casa Verde.

5. Psicólogo Mestre em Saúde Pública.

6. Médica Sanitarista e Epidemiologista – Orientadora da pesquisa

Após a transcrição de todas as entrevistas realizadas efetuamos a análise dos dados buscando identificar as categorias produzidas pelo conjunto de depoimentos. A produção de categorias obedeceu às bases propostas por Spink e Menegon (1998): “A discussão sobre o uso de categorias nas nossas práticas discursivas – incluindo aí a pesquisa – possibilita trazer um novo olhar para a discussão sobre a contraposição do qualitativo e quantitativo. As categorias constituem importantes estratégias linguísticas, estando presentes na própria organização da linguagem (verbal, escrita, gestual, icônica).” (p. 78)

Resultados

Os entrevistados apontaram diferentes aspectos que puderam ser agrupados de acordo com as seguintes categorias:

1. SAÚDE FÍSICA, destaques:

a) Aumento da disposição física, melhora do equilíbrio, maior agilidade e mobilidade para a realização das tarefas diárias. Um dos aspectos mais citados refere-se à diminuição das dores musculares após o início das Práticas Corporais, como ilustram os relatos a seguir:

- “...eu não conseguia caminhar de tanta dor. Aí comecei a fazer o Tai Chi, tô me sentindo bem melhor, graças a Deus.”; - “Fui no reumatologista e ele diminuiu o remédio (emociona-se e chora)... e diminuiu mais ainda.”

b) Maior controle da hipertensão arterial, conforme sublinham os relatos abaixo:

- “Eu tinha pressão alta, minha pressão diminuiu, graças a Deus. Tinha 17, 18, 20. Agora tô com 13, 14... diminuiu bem, e também o nervoso, eu era muito nervosa, irritada. Me acalmei mais por causa do Tai Chi”; - “Eu tinha problema de pressão alta e eu tomava muito medicamento, depois que eu comecei aqui minha pressão baixou, e eu tive de voltar ao cardiologista e ele teve de tirar o medicamento”.

c) Controle maior do Diabetes após o início das Práticas Corporais:

- “Melhorei das dores que tinha no peito, a pressão alta, melhorei o diabetes, agora só faço controle, me dou muito bem com essas práticas, essas ginásticas”; - “Essas atividades são muito melhores que remédio que tomamos. Controla a pressão, nos dá alegria. A gente ri muito, a gente brinca. O governo economiza nos remédios e nos ajuda a recuperar a saúde.”

2. SAÚDE EMOCIONAL:

a) Melhora da depressão, do humor, ansiedade e irritação:

- “Estou muito satisfeito de vir aqui na ginástica. Eu sempre tive pavio curto, mas agora, graças a Deus, estou mais calma, sossegada, escuto as pessoas, brinco bastante. Durmo bem.”;

- “Eu era muito ansiosa. Aqui aprendi a me controlar. Melhorei 90% em relação ao bom humor”; - “Estou há pouco tempo, dois meses. Aos poucos estou melhorando aqui. Eu era muito nervosa... muito triste. No meio da turma me recuperei.”

b) Alegria também é mencionado de forma significativa em diversos relatos:

- “Eu fico sozinha em casa, então para mim é uma alegria quando venho para a ginástica.”; “Quando eu comecei aqui houve uma mudança muito grande na minha vida, eu era muito mal-humorada... meu humor melhorou 100%”.

c) Melhora de insônia:

- “Eu sofria muito de insônia e depressão. Eu me sinto muito bem depois que comecei a frequentar o grupo”;

d) Maior controle emocional, mais tolerância, menos impulsividade:

- “Melhorou minha concentração e meu equilíbrio emocional”; - “Era muito ansiosa antes, após o Tai Chi melhorei bastante. Estou mais calma e paciente”.

e) Superação da introversão:

- “Mudei. Não cumprimentava quase ninguém, não olhava nem para os lados. Agora não! Hoje quando saio de minha casa, vou cumprimentando todo mundo! Dando bom dia até para quem eu não conheço... Fiquei bem para fazer amizade, me levantou! Levanta a cabeça!... mesmo com problemas, fiquei melhor”;

f) Melhora da autoestima e o autocuidado:

- “Sou costureira, não tinha tempo para mim. Pelo menos uma vez por semana cuido de mim.”

3. SOCIABILIDADE:

Os seguintes aspectos destacam-se no que se refere à sociabilidade: vínculo com os colegas, melhora no relacionamento familiar, ampliação do círculo de amizades e consequente diminuição do isolamento e solidão, tão característicos nos idosos.

- “Era impulsiva, agora sou mais paciente, mais controlada com meus parentes.”; - “Antigamente era de poucos amigos. Hoje frequento outros grupos e tenho muitas amizades.”;

- “É sempre bom, né? Conhecer novas pessoas... pra mim, que estou recém-aposentada, sinto falta do meu trabalho. Está sendo ótimo.”; - “Me sinto muito feliz aqui”. Fiz várias amizades. Encontro amigos, a gente ri, conversa, faz piada, se distrai. “Me sinto feliz com toda essa idade.”; - “Meu relacionamento melhorou 100% desde que comecei aqui, fiz amizade com todos e me sinto muito bem.”; - “Moro sozinha e gosto de vir aqui, não vejo a hora de encontrar minhas amigas, conversar e me divertir.”

4. CRÍTICAS E SUGESTÕES:

Em síntese: melhorar o espaço físico usado para o grupo, equipamentos (som, colchonetes e pesinhos); ventiladores; aumento de frequência e duração das práticas, ônibus para passeios para os participantes, maior número de profissionais capacitados para aumentar a oferta.

Conclusões

As categorias identificadas na pesquisa permitem avaliar que as práticas corporais atuam decisivamente na melhoria da qualidade de vida e saúde de seus participantes. Destacam-se: Saúde Física e Emocional dos participantes. Ainda em consonância com a definição de Promoção de saúde proposta pela Carta de Ottawa, foi possível identificar que as práticas corporais estimulam o convívio grupal em torno da preocupação de produzir saúde como destacou a categoria Sociabilidade: formação de vínculos com os colegas, melhorias no relacionamento familiar, ampliação do círculo de amizades e consequente diminuição do isolamento e solidão. A possibilidade de formar grupos sociais em torno das práticas complementares fomenta a coesão grupal, a veiculação de informações e valores produtores de saúde, a participação na rotina da UBS, o fortalecimento de vínculos afetivos, etc. Identifica-se ainda que os participantes das práticas corporais percebem significativas melhoras na vida social, desenvolvimento de uma maior preocupação com o autocuidado e a autoestima, mais condições para combater determinantes do adoecimento e mais motivação para o autocuidado. Além disso, o caráter multidisciplinar desta pesquisa, cuja preocupação principal é estudar e desenvolver novas tecnologias promotoras de saúde, alinha ainda mais as práticas corporais à promoção de saúde em acordo com os presentes resultados coletados e analisados.

É frequente, entre os participantes, pronunciamentos de reconhecimento do trabalho dos profissionais de saúde que ministram as práticas e até mesmo mudanças de atitudes no sentido de colaboração em relação ao trabalho do conjunto da unidade. Esse resultado não constava da lista de indicadores de avaliação planejada no início da pesquisa, trata-se, no entanto, de desdobramento positivo que merece ser mencionado.

Além de motivador e norteador do aprimoramento das práticas complementares, os instrumentos utilizados no projeto têm possibilitado a avaliação de outros programas desenvolvidos nas unidades de saúde, evidenciando o emponderamento dos profissionais participantes do Projeto CAEPS.

Referências Bibliográficas

-
- BUSS, P.M.; IGNARA, R. M. **Promoção de saúde:** introdução às declarações internacionais. Brasília: Ministério da Saúde, 1996. p. 5-10.
- MERTON, R. **The focussed interview and focus groups.** Public Opinion Quarterly. [S.l.; s.n], v. 51, p. 550-66, 1987.
- SPINK, M. J.; FREZZA, R. M. Práticas discursivas e produção de sentidos: a perspectiva da psicologia social. In: SPINK, M. J. (Org.). **Práticas discursivas e produção dos sentidos no cotidiano:** aproximações teóricas e metodológicas. 3. ed. São Paulo: Cortez, 2004.
-

A TERAPIA COMUNITÁRIA NA FALA DOS SEUS ATORES: SOLIDÃO, PERDAS E DEPRESSÃO

Andrea Lucia Torres Amorim¹; Chang Chung Sing Waldman²; Jair Lourenço da Silva³; Luciane Vieira Mendes⁴;
Maria Tereza de Almeida Marciano⁵; Regina Maria Ignarra⁶; Roseli Di Mauro⁷

Este artigo discute o papel que, na opinião dos usuários, a Terapia Comunitária (TC) vem desempenhando no lidar com situações de solidão e perdas e reflete sobre as suas possibilidades como ação de Promoção de Saúde na rede de atenção básica, a partir de resultados parciais da pesquisa A Terapia Comunitária na Fala de Seus Atores, que integra o Projeto CAEPS/DANT/SMS-SP.

A TC é uma metodologia de trabalho em grupo, criada há 20 anos pelo psiquiatra e antropólogo Adalberto Barreto. Identificada com o novo pensar totalizador da Promoção de Saúde, baseia-se no pensamento sistêmico, na teoria da comunicação, na visão antropológica da cultura e na pedagogia de Paulo Freire. Inclui, na sua proposta, olhares multidisciplinares e transdisciplinares e estimula a convivência com a diversidade das manifestações de cultura popular como modo de enfrentamento de situações de sofrimento. Os encontros se iniciam com dinâmicas de integração e apresentação da TC e das suas regras. Os participantes que quiserem, podem expor suas dificuldades e o grupo escolhe uma das questões expostas para ser aprofundada. Em seguida, os demais são convidados a relatar histórias de superação referentes à questão apresentada e cada depoimento se transforma em alternativa de solução ou melhora, que a pessoa pode ou não acolher. O encontro se encerra com rituais de agregação e relatos de impressões sobre ele. Valoriza-se, a todo o momento, expressões da cultura do grupo, estimulando canções, ditos populares, brincadeiras, etc.

A pesquisa foi realizada na periferia da cidade de São Paulo, região noroeste, área de abrangência da Supervisão Técnica de Saúde Pirituba /Perus. É uma região de muitos contrastes e profundas desigualdades. Nela vive um grande contingente de população submetida a condições socioeconômicas precárias, como a carência de serviços essenciais e o alto grau de vulnerabilidade para o adoecer físico, psíquico e social. A rede pública de saúde vem realizando, desde 2002, encontros semanais de TC na região. Em 2006, quando se iniciou o projeto que deu origem a este artigo, esses encontros se realizavam em 15 equipamentos da rede pública de saúde ou em espaços da comunidade. Após seis anos de trabalho, terapeutas comunitários da região de Pirituba/Perus sentiram a necessidade de produzir e sistematizar conhecimento sobre sua experiência. O projeto de pesquisa teve como objetivo geral analisar a TC como ação de Promoção de Saúde.

A metodologia utilizada na pesquisa tem como fundamento a teoria das representações sociais, desenvolvida inicialmente por Moscovici. Para esse autor, as visões de mundo, o senso comum, os consensos e estereótipos, crenças e preconceitos que caracterizam a subjetividade manifestada pelos indivíduos, são marcados pelas diferentes formas de inserção dos grupos sociais na sociedade. Essa formulação é adequada para o objetivo de captar o ponto de vista dos participantes a respeito da sua vivência na TC – vivência estreitamente ligada à questão saúde/doença.

Para tomar as opiniões dos usuários na sua singularidade e espontaneidade foi escolhido o Discurso do Sujeito Coletivo (DSC) – estratégia metodológica que reúne numa só fala todas as respostas semelhantes, como se fosse o discurso de um único sujeito. Foi utilizado o *Qualiquantsoft*, programa eletrônico de-

1. Médica Saúde da Família: UBS Aldeia Jaraguá Kwarãý Djekupe.
2. Médica Saúde Pública: Coordenadoria Interlocação de V/S / CRS Norte.
3. Médico Psiquiatra: Hospital Dr. José Soares Hungria.
4. Psicóloga: Hospital Dr. José Soares Hungria.
5. Educadora em Saúde: UBS Perus.
6. Assistente Social Dra. em Saúde Pública – Orientadora da pesquisa.
7. Psicóloga: UBS Jardim Ipanema.

envolvido pela Faculdade de Saúde Pública de São Paulo, que facilita o agrupamento de grande número de respostas em categorias.

O universo da pesquisa foi definido, em primeiro lugar, pela escolha dos seis grupos de TC que habitualmente contavam com maior número de participantes nas reuniões. Em cada grupo foram entrevistados, em média, quatro usuários assíduos, dois esporádicos e dois que vieram pela primeira vez, perfazendo um total de 72 entrevistados. A partir dos objetivos da pesquisa, foram elaboradas questões abertas para desencadear a expressão da subjetividade dos entrevistados sobre sua experiência com a TC.

As respostas foram agrupadas por semelhança, produzindo 50 DSCs. O DSC apresentado a seguir focaliza um dos temas destacados pelos usuários, entre todos os que são discutidos nos encontros. Denomina-se SOLIDÃO, PERDAS E DEPRESSÃO, e expressa as falas de parte dos entrevistados ao responder à questão:

Conversa-se muita coisa nestes grupos, não é? Na sua opinião, quais foram os assuntos mais importantes?

A resposta desse grupo de sujeitos foi:

Ah, na minha opinião o assunto que foi tratado no grupo foi solidão. Solidão, pra mim, é a pior coisa no mundo. Eu só vivia chorando. Hoje ... choro, mas não é tanto. Acho que depressão, depressão. As pessoas não querem nem sair de casa. É devido a um filho, é devido a um casamento, mas todos caem na depressão. Um porque perdeu o filho, outro porque o filho não aprende, e tudo, se for colocar tudo, tudo determina a depressão, a irritação, o nervosismo. Perda de parentes ... coisas que eu não tinha esperado da minha vida, eu achava que eu tava sozinha, né, que ninguém mais tinha aquele problema, e aí você acaba descobrindo que muita gente passa por isso, porque todo mundo é humano, quem não passou um dia vai passar... São sentimentos que a gente não consegue às vezes nem entender esse sentimento e também às vezes não consegue distinguir, né, e controlar. Eu acho que trabalha muito sentimento pra que a gente entenda na verdade o que estamos sentindo, que sentimento a gente está tendo no momento do desespero. A gente muitas vezes chega aqui com baixa-estima e a gente consegue levar muita coisa daqui. Foi o caso de uma moça que tomou chumbinho pra se matar, ela queria se matar, mas hoje ela está arrependida.

O discurso acima reflete as múltiplas dimensões da situação de exclusão social em que vivem os sujeitos da pesquisa, entre elas a perda da capacidade de definir e concretizar projetos, dificuldades de acesso à informação e ao isolamento do indivíduo. Caracteriza-se uma situação de vulnerabilidade social que dificulta a capacidade de lidar com crises previsíveis e não previsíveis do ciclo vital da família, elemento importante no enfrentamento da solidão e das perdas, como o luto por morte de filhos e de parentes. Os encontros de TC, ao propiciar a expressão e a reflexão em grupo sobre essas situações e os sentimentos que desencadeiam, podem assumir funções semelhantes às das redes de apoio sociofamiliar, oferecendo oportunidades para a exposição e partilha de questões até então vividas como tormento particular, individual. Numa sociedade em que “ser bem-sucedido” é um valor social muito importante, a angústia por perdas objetivas é assim acrescida da sensação angustiante de ser diferente, de ter um problema/defeito que ninguém tem.

O encontro com os *pares*, clima acolhedor da terapia comunitária, resulta, no discurso dos participantes aqui analisado, em algo mais do que alívio. Quando as pessoas vivem uma experiência de intimidade, na TC, pelo contato com seus sofrimentos, são estimuladas a refletir e redimensionar sua história pessoal e perspectivas futuras. Solidão, irritação, conflitos familiares, luto, sentimentos difíceis de entender, a imprevisibilidade da vida, desespero, são condições que aproximam as pessoas à medida que se reconhecem na fala das outras. É a oportunidade de pensar se existe remédio para a tristeza ou se a tristeza faz parte da vida, faltando apenas apoio para superá-la. Os encontros podem funcionar como espaços de expressão livre, de momentos de prazer e de construção de caminhos solidários para uma vida melhor, abordando diretamente as relações cotidianas e fortalecendo a autoestima, pela descoberta da possibilidade de ser ajudado e de ajudar o ou-

tro. Possibilitam, ainda, a reflexão sobre a exposição a riscos, o que pode acrescentar novos conhecimentos/instrumentos para vivenciar a situação de solidão. O Discurso da Solidão, Perdas e Depressão não se refere a situações de doença, mas de sofrimento e perda de perspectiva de vida, trabalhadas de modo que o grupo possa apontar soluções oriundas da sua bagagem, do seu potencial e experiência. Esse contexto favorece o **empoderamento** dos sujeitos, processo que pode repercutir no âmbito familiar.

Este DSC levanta a possibilidade de que os encontros de TC, para os sujeitos da pesquisa, têm funcionado como ação coerente com a compreensão ampliada de saúde assumida pela OMS, que extrapola o campo específico da assistência médico-curativa e que aponta para o princípio da **intersectorialidade**, na medida em que é o início de um processo de abertura para outros serviços da comunidade. Além disso, por se tratar de uma técnica simples de tecnologia leve, acolhe a população de forma aberta, podendo trabalhar com grupos grandes e repercutir na comunidade, atendendo assim ao princípio da **sustentabilidade** em Promoção de Saúde.

A amplitude dos efeitos benéficos da TC, em discussão neste artigo, merece ser objeto de maior reflexão por parte dos terapeutas comunitários, a fim de alcançar uma percepção mais clara da dimensão do trabalho que realizam. Da mesma forma, é importante que os gestores da rede de saúde tenham acesso a este estudo, que pode indicar novas alternativas para a atenção básica.

Concluindo: os resultados parciais aqui analisados apontam para o potencial da TC como importante ação de promoção de saúde, e para a adequação de seu fortalecimento na rede municipal de saúde, de modo a atender de maneira integralizada às necessidades da população.

Referências Bibliográficas

CZERESNIA, D. O conceito de saúde e a diferença entre prevenção e promoção. In: CZERESNIA, D. (Org.). **Promoção da saúde, conceitos, reflexões, tendências**. Rio de Janeiro: Editora FIOCRUZ, 2003.

GRANDESSO, M. A. Terapia comunitária: uma prática pós-moderna crítica, considerações teórico-epistemológicas. In: GRANDESSO, M.; BARRETO, M. R. (Org.) **Terapia comunitária**: saúde, educação e políticas públicas. São Paulo: Casa do Psicólogo: ABRATECOM, 2007.

LEFÈVRE, F.; LEFÈVRE, A. M. C. **O discurso do sujeito coletivo**: um novo enfoque em pesquisa qualitativa (Desdobramentos). Caxias do Sul: Educs, 2003.

MCGOLDICK, M.; CARTER, B. **As mudanças no ciclo de vida familiar**. Porto Alegre: Artes Médicas, 1995.

SÍCOLI, J. L.; NASCIMENTO, P. Conceitos, princípios e prática, Interface - Comunicação, Saúde, Educ. **Revista Promoção de saúde**, v. 7, n. 12, p. 91-112, 2003.

CONSELHO GESTOR: PARTICIPAÇÃO E CONTROLE SOCIAL NA PROMOÇÃO EM DOENÇAS E AGRAVOS NÃO TRANSMISSÍVEIS

O potencial do Conselho Gestor na Promoção em DANT: uma crença?

Elisabete Ozeki¹; Maria Cristina R. de Oliveira²; Maria Helena B. César³; Selma Patti Spinelli⁴

A ideia de realizar este trabalho partiu da observação de uma instigante realidade da região em que trabalhamos: a atuação dos Conselhos Gestores na construção da história do SUS – Sistema Único de Saúde. Na região, a luta dos moradores por melhores condições de vida e saúde tem suas origens nos movimentos sociais das décadas de 1970 e 1980.

Segundo Sacardo e Castro (Fórum 2002), a organização popular da região norte teria se originado na década de 1970 oriunda de movimentos que buscavam melhorias na regularização de ocupações de terra, condições de saneamento básico, abastecimento de água, fornecimento de equipamentos para a área da saúde, e que, ao final da década de 1980 e início da década de 1990, lograram a sua institucionalização.

Esses autores demonstram que a melhoria dos serviços nessa região fora resultado da articulação e organização popular em torno de conselhos de gestão, e que por meio de sua institucionalização obtiveram uma maior visibilidade por parte da administração pública, que passa a observar as reivindicações oriundas desses conselhos com maior atenção.

Esse enfoque se enquadra na concepção mais ampla de Promoção da Saúde, como conjunto de ações em que a comunidade deve estar envolvida.

“Essa postura impede a centralização... difícil é assumir a mediação entre as normas e o cotidiano, pois obriga a todos serem criativos, inventivos, com evidentes perigos para as hierarquias estabelecidas” (Stotz e Araújo, 2004).

Segundo esses autores, a Promoção da Saúde e a Cultura Política devem buscar constantemente a reconstrução do consenso, caminhando juntas e tendo como base para suas ações a participação popular e o controle social por referência aos serviços.

E na moldura desse balizamento está a definição contida na Carta de Ottawa, de 1986:

“Promoção da Saúde é o nome dado ao processo de capacitação da comunidade para atuar na melhoria de sua qualidade de vida e saúde, incluindo uma maior participação no controle do processo” (Ministério da Saúde, 2001).

Essa definição é incorporada no discurso contemporâneo da Saúde Coletiva, que em nosso país estendeu sua abrangência de ações na área de saúde ao ambiente local e global, num sentido amplo.

1. Enfermeira Suvis Jaçanã.

2. Nutricionista da UBS Wamberto D. Costa.

3. Assistente Social da UBS Mariquinha Sciascia.

4. Sanitarista, socióloga, professora aposentada e pesquisadora do CEALAG-Centro de Estudos Augusto Leopoldo Ayrosa Galvão, da FCM SantaCasa-SP – Orientadora da pesquisa.

“... constata-se que partindo de uma concepção ampla do processo saúde-doença e seus determinantes, a promoção da saúde propõe uma articulação de saberes técnicos e populares e a mobilização de recursos institucionais e comunitários, públicos e privados, para seu enfrentamento e resolução” (Buss, 2000).

Mediante instrumental de Pesquisa Qualitativa fomos a campo para avaliar as dimensões assumidas pelas ações de Promoção, no âmbito dos Conselhos Gestores da Região Santana-Jaçanã. Esta realidade foi recortada em campos de atuação, a saber:

- 1º)** As reuniões dos Conselhos – Num universo de 26 conselhos, presenciamos a reunião de 16 Conselhos no espaço do trabalho de campo decorrido em sete meses. A técnica empregada foi a observação participante (Chizzotti, 1991).
- 2º)** Entrevistas com Conselheiros – Sendo aplicado como instrumento um questionário semiestruturado. As respostas tiveram conteúdo discutido e analisado (Franco, 1986).
- 3º)** Estudo de Caso de um Conselho Gestor de Unidade Básica de Saúde – Selecionado pelo seu histórico de luta e por ter registros e atas organizados, permitindo uma análise documental (Franco, 1986).

De todo esse material que constitui o relatório extenso, escolhemos para destacar aqui as “falas dos conselheiros”, que têm por foco as ações de Promoção, e uma reflexão sobre as possibilidades da disseminação, por meio desses sujeitos históricos, da necessária consciência e incorporação pela comunidade, de comportamentos desejáveis para assegurar uma melhor qualidade de vida. Ressalve-se que em todo o material, a Promoção, quando aparece, não está focada necessariamente em DANT. Na maioria das observações colhidas ela é relacionada a melhores condições de vida e saúde em geral.

A partir das perguntas formuladas nas entrevistas, *O que é promoção de Saúde? O Conselho Gestor se preocupa com as ações de promoção?*, foram identificadas as seguintes concepções:

- 1ª)** Concepção de Promoção associada às práticas correntes na Unidade Básica de Saúde – Elas foram, de imediato, lembradas pelo segmento dos conselheiros trabalhadores de saúde, numa resposta direta por referência às ações. Por exemplo: “É a caminhada, as danças circulares, a ginástica, a yoga, o tai-chi-chuan”. Entre os trabalhadores, essa lembrança pontual elidiu uma compreensão do que é Promoção, revelando a percepção do processo de trabalho realizado no espaço das UBS.
- 2ª)** Concepção de Promoção associada a atividades de participação e na comunidade – Elas foram mais lembradas pelo segmento dos conselheiros usuários. Exemplo: “São os passeios, o mutirão, a feira da saúde, o artesanato, o tirar de casa pra atividades e ações de cidadania”. Um cotejo com as demais respostas da entrevista deixa ver também a inserção dos conselheiros na dinâmica do conselho e do serviço.
- 3ª)** Concepção de Promoção inclusiva da Prevenção – A qual não aparece nítida, mas sim mesclada com outras observações e presente nas respostas dos conselheiros usuários, que citam medidas preventivas específicas. Exemplo: “É a vacinação, exame de ultrassonografia, visitas ao pediatra...”.
- 4ª)** Concepção de Promoção associada à educação/ comunicação/ divulgação – Ela aparece em geral, embora com diferentes tonalidades entres os dois segmentos. Entre os trabalhadores com o teor de reivindicação dirigida aos meios de comunicação e como queixa de que a comunidade “confunde o que é direito com o que não é”. Entre os usuários a queixa de falta de maior divulgação vem associada ao pouco poder reivindicativo da população e seguida de descrições de como um conselheiro atua para “repassar as informações”. Algumas citações: “As pessoas não procuram saber. Quando tem reunião, o pessoal fala para eu vir representando...” (usuário). “Mesmo com a Cartilha dos Direitos do Usuário do SUS, tem gente

que não sabe o que é a sigla, nem se interessa” (usuário). “Sou bem-informado por ser um profissional da saúde e acompanhamento de perto o trabalho...” (profissional, que alegou ser a promoção “mais voltada para o PSF” – Programa de Saúde da Família).

Pelo exposto, pode-se constatar que, embora os Conselhos tenham seu funcionamento limitado e condicionado pela realidade concreta das instituições e da cultura política de seus membros, não deixam de ser uma câmara de ressonância das ações, revelando um papel educativo potencial para as ações de promoção. Os participantes do conselho enfrentam relações desiguais, de corte social e também burocrático, as quais interferem na comunicação; enfrentam o problema das democracias modernas, em que a representação cede lugar à delegação, reduzindo assim a participação. Mas o processo de construção do SUS pela via cidadã permite lastrear conceitos, que embora vagos ainda, e, sobretudo, na problemática das doenças e agravos não transmissíveis, são absolutamente necessários para uma região que tem 63% de sua população na faixa etária acima de 25 anos (Fundação Seade/CEInfo, 2005).

Mais que uma crença é patente a possibilidade de se utilizar o espaço dos Conselhos para comunicação e divulgação das medidas de Prevenção/Promoção. Isso requer foco e desenvolvimento de programas de capacitação de Conselheiros, que contemplem esses conteúdos.

Referências Bibliográficas

- BRASIL. Ministério da Saúde. **Promoção da saúde**. Brasília, DF [s.n.], 2001.
- BUSS, P. M. Uma introdução ao conceito de promoção da saúde. In: CZERESNIA, D.; FREITAS, C. M. (Org.). **Promoção da saúde: conceitos, reflexões, tendências**. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2003.
- CHIZZOTTI, A. **Pesquisa em ciências humanas e sociais**. São Paulo: Editora Cortez, 1991.
- FRANCO, M. L. P. B. **O que é análise de conteúdo**. São Paulo: Fundação Carlos Chagas. PUCSP/Unicamp, 1986.
- PREFEITURA DO MUNICÍPIO DE SÃO PAULO. **Almanaque DANT**. Secretaria Municipal de Saúde. [S.l.]: COVISA, 2007.
- SACARDO, G. A.; CASTRO, I. E. do N. Saúde: conselho municipal. In: **Fórum de Movimentos sociais na Cidade de São Paulo**. Série Observatório de Direitos do Cidadão. São Paulo: Instituto Polis - PUC, 2002.
- STOTZ, E. N.; ARAÚJO, J. W. G. Promoção da saúde e cultura política: a reconstrução do consenso. **Saúde e Sociedade**, v. 13, n. 2, maio/ago. 2004.
-

UMA EXPERIÊNCIA DE PROMOÇÃO DE SAÚDE BASEADA NO LIAN GONG NA SUPERVISÃO TÉCNICA DE SAÚDE IPIRANGA

Lian Gong como ação promotora de saúde, definida pela Carta de Ottawa

Maria Ângela Agresta¹; Carmen Silvia Carmona de Azevedo²; Eliana de Oliveira Januário³; Hitomi Arimori Kuroiwa⁴; Silvana Rossetini Palombo⁵; Rosangela Rocha Ferreira da Silva⁶

Este trabalho faz parte de uma pesquisa mais ampla que pretendeu desencadear um processo de reflexão junto aos profissionais de saúde da região do Ipiranga/SP, relativo ao potencial das práticas corporais, em especial o Lian Gong* (LG), como ação promotora de saúde, segundo as cinco estratégias da Carta de Ottawa:

elaboração e implementação de políticas públicas saudáveis; criação de ambientes favoráveis à saúde; reforço da ação comunitária; desenvolvimento de habilidades pessoais e reorientação dos sistemas e serviços de saúde, considerando Promoção de Saúde tal qual “um processo de capacitação da comunidade para atuar na melhoria da sua qualidade de vida e saúde, incluindo uma maior participação no controle deste processo, para atingir um completo bem-estar físico, mental e social, os indivíduos e grupos devem saber identificar aspirações, satisfazer necessidades e modificar favoravelmente o meio ambiente”

O Ministério da Saúde oficializa as práticas corporais ao instituir a Política Nacional de Práticas Integrativas e Complementares no Sistema Único da Saúde – SUS, por meio da aprovação da Portaria nº 971 de 3 de maio de 2006, baseando-se no que tem sido preconizado pela Organização Mundial da Saúde que vem estimulando o uso da Medicina Tradicional/Medicina Complementar/Alternativa nos sistemas de saúde de forma integrada às técnicas da medicina ocidental moderna.

A política municipal voltada para as DANT atende à política Nacional de Práticas Integrativas e Complementares, através da Lei nº 14.682 de 30 de janeiro de 2008, que institui o Programa de Qualidade de Vida com Medicinas Tradicionais e Práticas Integrativas em Saúde (Tai Chi Chuan, Lian Gong, Dança Circular), além do *Programa Agita Sampa*, com grupos de hipertensão e diabetes e de caminhada. A política de saúde municipal revela assim seu reconhecimento da necessidade da reorganização da atenção aos doentes crônicos com a adoção de ações de promoção de saúde, pois o atendimento predominantemente individual, assistencial/terapêutico não tem alterado os elevados índices de morbi-mortalidade das DANT.

Na região do Ipiranga, as doenças cardiovasculares, respiratórias e *diabetes mellitus* são responsáveis por cerca de 32% dos óbitos em todas as faixas etárias e tendo em vista a adoção da prática do LG como uma das estratégias para o enfrentamento desta problemática, em parte dos serviços de saúde que agregam portadores de DANT, é necessário investigar a eficácia desta prática como ação promotora de saúde e estimular sua valorização, por meio do desencadeamento de um processo de reflexão entre os profissionais da saúde.

Para o alcance do objetivo desta pesquisa buscou-se conhecer as experiências e percepções dos profissionais de saúde que desenvolvem as práticas corporais, identificar a percepção dos demais profissionais de saúde e dos participantes dos grupos de Lian Gong, relativas à Promoção de Saúde (PS).

1. Médica Ginecologia/Obstetrícia, UBS São Vicente de Paula, STS Ipiranga, CRS Sudeste.
2. Médica Veterinária/Educadora em Saúde, COVISA – Orientadora da pesquisa.
3. Assistente Social, CEinfo, CRS Sudeste.
4. Médica Pediatra/ Homeopata, Suvis Ipiranga, STS Ipiranga, CRS Sudeste.
5. Enfermeira, Suvis Sudeste, CRS Sudeste.
6. Psicóloga, AE Flávio Giannotti, STS Ipiranga, CRS Sudeste.

Foi adotado o método etnográfico da Triangulação, que permite observar a realidade a partir de diferentes ângulos e possibilita discussão interativa dos dados para verificar sua consistência e para validá-los. Para a coleta dos dados foram adotadas entrevistas semiestruturadas individuais com profissionais de saúde (monitores e não monitores de LG) (14), e grupos focais com os praticantes (7) e com profissionais monitores do Lian Gong (1), bem como a observação participante. Os dados foram colhidos nas Unidades Básicas de Saúde da região do Ipiranga, onde existe a prática do LG: E. R. Reschilian, Dr. L. E. Mazzoni, O. Marasca, Neusa Morales, Água Funda, V. Gumerindo e AE Flávio Giannotti.

O conteúdo das entrevistas semiestruturadas e dos grupos focais foi analisado sob a ótica do referencial teórico da PS. Os discursos foram analisados segundo a técnica da enunciação que permite a sua realização por pessoas sem formação específica em psicanálise ou linguística em três fases: a) leitura e identificação dos temas presentes no material coletado; b) análise temática do conteúdo com foco nas representações, com demarcação dos núcleos de sentido e das principais categorias; c) fase interpretativa, tecendo relações críticas entre as ideias categorizadas na fase anterior.

Considerando o conceito de promoção de saúde e como referência o pressuposto que destaca a função do setor de saúde: “O papel do setor saúde deve mover-se, gradativamente, no sentido da PS, além das suas responsabilidades de prover serviços clínicos e de urgência. Os serviços de saúde precisam adotar uma postura abrangente que apoie as necessidades individuais e comunitárias para uma vida mais saudável”; verificamos que as principais vertentes da promoção fomentadas pela prática do Lian Gong estão relacionadas ao **desenvolvimento das habilidades pessoais** e ao **reforço da ação comunitária**. Estas permeiam diversas falas e indicam que os grupos recebem informações e trocam conhecimentos que favorecem maior controle sobre sua própria saúde, conforme preconizado pela Carta de Ottawa:

“O desenvolvimento das comunidades é feito com recursos humanos e materiais nelas existentes, com intensificação da autoajuda e do apoio social e com desenvolvimento de sistemas flexíveis de reforço da participação popular na direção dos assuntos de saúde (...)”.

“Eu levava a vida só cuidando da casa e dos netos, comecei a participar do grupo, me senti bem e fui buscar outros serviços. Me sinto leve e mais disposta” (grupo focal usuários).

“(...) pessoas que praticam o Lian Gong tornam-se donas de sua saúde. Tem coisas que elas mesmas podem resolver. As pessoas estão mais voltadas, olhando para si, mais donas do seu corpo, menos dependentes de seus problemas e dos profissionais. São mais ativas na cura, as pessoas ficam animadas nas reuniões” (grupo focal monitores).

“(...) nós queremos mais apoio da SMS, pois o grupo tem investido dinheiro para a prática do Lian Gong (...) Precisamos de mais espaço para a atividade, nossa maior reivindicação. (...) não temos apoio, precisa limpeza na praça, não tem tomada para ligar o som, não tem som, nós é que compramos. Utilizamos uma camiseta que identifica o grupo, que foi adquirida através de doação. Quando a monitora não pode dar a atividade (...) nós fazemos sozinhas. Para conseguirmos as coisas é uma luta. Conseguimos a limpeza de outra praça, onde praticamos também o Lian Gong, lá temos patrocínio de uma farmácia e apoio de um deputado do bairro” (grupo focal usuários).

Como processo, as ações coletivas e orientadas para um objetivo têm em seus primórdios o agrupamento que surge a partir de necessidades, desejos ou interesses pessoais que aos poucos vão se tornando afins e encaminhando para o surgimento de grupos, que se organizaram em torno de objetivos comuns.

A participação nos grupos de Lian Gong tem contribuído para a interrupção do isolamento, para o fortalecimento de vínculos, para o encorajamento da ajuda mútua – “*cuidar de si mesmo e do outro*” – e o agrupamento estimula a inserção dos indivíduos na sociedade em busca de ambientes saudáveis.

A prática coletiva do Lian Gong, sob seu aspecto terapêutico e grupal, colabora no desenvolvimento de habilidades pessoais para o autocuidado e surge como polo aglutinador da população, prestando-se como meio e processo incubador de educação e instrumentalização favorecendo o poder das comunidades.

A experiência de promoção de saúde com base no Lian Gong na Supervisão Técnica de Saúde do Ipiranga caminha neste sentido, pois as mudanças individuais estão presentes na maioria dos grupos e a incorporação de pensamento coletivo e implementação de mudanças sociais é promissora entre eles. O aprimoramento deste processo deve levar à organização de espaços de reflexão, trocas e questionamentos que promovam cidadania e propiciem ações para maior controle social.

Recomenda-se que o tema promoção de saúde, seja incorporado à área temática das Práticas Corporais Integrativas em Saúde, a fim de fortalecer seus resultados e fomentar a implementação das demais estratégias da PS.

Referências Bibliográficas

BARDIN, L. **Análise de conteúdo**. Lisboa: Edições 70, 1977.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria 971 de 3 de maio de 2006. Aprova a Política Nacional de Práticas Integrativas e Complementares (PNPIC) no Sistema Único de Saúde. **Diário Oficial (da) República Federativa do Brasil**, Poder Executivo, Brasília, DF, 04 maio 2006. Seção 1, p. 20-5.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Promoção de saúde**: carta de Ottawa, declaração de Adelaide, Sundsvall e Santa Fé de Bogotá [originais publicados pela Organização Mundial de Saúde]. Brasília, DF, 1996.

PATTON, M. Q. **Qualitative evaluation methods**. London: Sage Publications, 1987.

SECRETARIA do Governo Municipal de São Paulo. Lei nº 14.682, de 30 de janeiro de 2008. Programa de qualidade de vida com medicinas tradicionais e práticas integrativas em saúde. **Publ. DOC**, p. 1. São Paulo, SP, 31 jan. 2008.

A INTERFACE DAS DOENÇAS CRÔNICAS E A PRÁTICA DO LIAN GONG

Aspectos de Interação Social, Convivência e Empoderamento

Ângela H. H. Yamakawa¹; Edna Bugulin²; Luciene de Campos³; Dinalva Tavares⁴

Introdução

Esta pesquisa analisou os impactos da prática do Lian Gong nas doenças e agravos não transmissíveis, nas três unidades da Supervisão Técnica de Saúde Penha, a saber: UBS Antonio Pires Ferreira Villalobo, UBS Eng^o Goulart – Dr. José Pires e Centro de Convivência e Cooperativa Pe. Manoel da Nóbrega. O perfil epidemiológico da região Penha tem como principal causa de morbi-mortalidade as doenças cardiovasculares (PRO-AIM-CEinfo-SMS-2005), que podem ser prevenidas com a adoção de hábitos alimentares saudáveis, interrupção/diminuição do consumo de álcool, tabaco e drogas ilícitas aliados ao exercício físico diário, no caso a prática do Lian Gong em 18 terapias.

Este estudo teve como objetivo avaliar a eficácia da prática do Lian Gong na promoção da saúde, no universo de cem usuários praticantes das três unidades pesquisadas. Deste modo, foi necessário conhecer as condições de vida da população atendida quanto ao perfil da saúde e doença, dieta alimentar, tabagismo, uso/abuso de álcool, atividade física, acesso à cultura e ao lazer e captar e analisar informações quanto à dimensão, à concepção e às vivências experimentadas no âmbito biopsicossocial.

Metodologia

A metodologia utilizada foi a quali-quantitativa por permitir maior compreensão da realidade e da condição de vida dos participantes. Entendemos a Promoção da Saúde eficaz como o processo cujo objeto consiste no fortalecimento das habilidades e capacidades das pessoas e na capacidade de grupos ou comunidades de atuarem coletivamente para conduzir as mudanças nos determinantes da saúde (NUTBEAM, 1999).

Como instrumento de pesquisa foi utilizado um formulário semiestruturado com questões abertas e fechadas levantadas por meio de entrevistas com o objetivo de caracterizar o perfil da população que pratica Lian Gong. O formulário-questionário abrangeu quatro itens assim organizados:

1 - Dados sociodemográficos do entrevistado (idade, estado civil, sexo, ocupação, cor, escolaridade e número de filhos);

2 - Motivos e condições de procura pelo serviço e pela prática;

3 - Diagnóstico localizado, diabetes, hipertensão, antecedentes familiares;

4 - Condições de vida quanto a outras atividades físicas, lazer, de trabalho e cultura.

Para aprofundar o conhecimento quanto à dimensão, à concepção e às vivências experimentadas no âmbito biopsicossocial foi utilizada a metodologia denominada Grupo Focal, por ser uma técnica reconhecidamente eficiente na obtenção de dados, possibilitando uma identificação mais rápida dos problemas, a partir do entendimento da população.

De acordo com Minayo (1994), “as abordagens qualitativas são capazes de incorporar a questão do significado e da intencionalidade como inerentes aos atos, às relações e às estruturas sociais como constru-

1. Enfermeira, UBS Antonio Pires Ferreira Villalobo.

2. Educadora em saúde pública, UBS Eng^o Goulart – Dr. José Pires.

3. Fonoaudióloga, Centro de Convivência e Cooperativa Pe. Manoel da Nóbrega.

4. Doutora em Saúde Pública – FSP-USP – Orientadora da pesquisa.

ções humanas significativas”. Podemos, então, compreender os indivíduos como sujeitos coletivos, uma vez que o depoimento de cada um, enquanto sujeito social, expressa o discurso de muitos.

A partir do discurso nos grupos focais, os relatos foram destacados e agrupados para facilitar a interpretação, o entendimento e a visualização do repertório. Desta forma, criaram-se quatro categorias de análise, a saber:

- Análise dos aspectos afetivos e emocionais;
- Análise da representação no corpo: dores, flexibilidade, coordenação motora e equilíbrio;
- Análise da interação social e convivência;
- Análise do empoderamento e inserção da cidadania.

Neste artigo daremos maior enfoque a duas das quatro categorias: aspectos de interação social, convivência e empoderamento.

A aplicação do questionário, dos grupos focais e a análise dos dados foram realizadas pelos próprios pesquisadores durante o ano de 2007. Optou-se por dois encontros em cada unidade de saúde sendo um para a aplicação do questionário e outro para o grupo focal.

Resultados

A UBS Villalobos (unidade de saúde que atende uma parte da população no Programa Saúde da Família – PSF e outra como unidade básica comum) recebe a demanda proveniente dos profissionais médicos e enfermeiros do PSF. Este programa – PSF – traz como um dos enfoques a promoção e prevenção à saúde, a mudança de estilo de vida, adoção de novos hábitos como atividade física, alimentação saudável e o estabelecimento de relações afetivas, solidárias e cidadãs para a melhoria na qualidade de vida.

No Centro de Convivência e Cooperativa Pe. Manoel da Nóbrega – Cecco constatamos a mudança de foco da doença para a saúde, uma vez que é um espaço de convivência, entretenimento e socialização favorecendo a melhora biopsicossocial, autonomia e bem-estar, além da oportunidade de troca de experiências.

Para a UBS Eng° Goulart – Dr. José Pires, a demanda para o grupo é espontânea e traz considerações como: autoestima, crescimento intelectual e conhecimento técnico, além de haver a preocupação em superar a solidão e as condições de pobreza. Também aparece a necessidade de participação política através da divulgação do Lian Gong nas diferentes Secretarias Municipais, ou seja, Educação e Meio Ambiente, e nas Associações de Bairros, etc.

Na análise do perfil dos praticantes do Lian Gong das três unidades pesquisadas observou-se que 62% dos praticantes são hipertensos, na faixa etária de 40/70 anos e são, em sua maioria, donas de casa preocupadas com o sedentarismo, dieta alimentar e a prática do exercício físico. Cinquenta e dois por cento dos praticantes são viúvos, divorciados e solteiros sendo que 59% possuem ensino fundamental completo e há predominância da raça branca. Além disso, 20% dos integrantes dos grupos de Lian Gong fazem uso de bebidas alcoólicas, 30% fumam e 59% estão inseridos em outras modalidades esportivas.

Neste estudo percebeu-se que muitos dos praticantes do Lian Gong vivem sozinhos, isolados e buscam nesta prática a integração social e o convívio com outras pessoas; sentem-se valorizados e fortalecem a autoestima e a “alegria de viver”, diminuindo a ansiedade, a agressividade e a depressão.

Segundo A. S., 67 anos, UBS Dr. José Pires,

“...Fazendo exercícios, as pessoas ficam bem e não precisam tomar remédio, o governo devia pensar nisso.”

I. B., 63 anos, UBS Villalobo, relata:

“...O Lian Gong faz parte da minha vida tanto para mim quanto para os outros. Gosto de ajudar a comunidade, gosto de ouvir as pessoas.”

A prática do Lian Gong proporcionou condições de obter transformações sutis na comunidade, decorrentes das relações interpessoais, com a valorização individual e coletiva e a participação nas políticas locais e regionais, como grupos de voluntários, conselhos gestor e popular. Consequentemente proporcionou a melhora do seu entorno social, ambiental e urbanístico.

Para J.C., 62 anos, praticante de Lian Gong,

“...a prática me trouxe contato social com colegas...me trouxe atividade social, passei a fazer várias coisas: tango, ioga, canto, teatro e capoeira.” M.P., 70 anos, também praticante Lian Gong, conclui: “...sentia-me sozinha, abandonada, com problemas de visão, perdi uma vista; melhorei o equilíbrio e a convivência.”

Para Jung (apud, Carvalho, 1986), “O homem é um ser social. Nenhum homem é uma ilha, fechada sobre si; todos são parte de um continente, uma parcela da terra principal”. Aprender é eminentemente um ato de socialização, não é uma postura individual, mas organizacional. É por meio da troca de ideias e informações que as pessoas entram em contato com outros pontos de vista e diferentes percepções, podendo crescer e chegar a outras ideias, assim como procuram entender o ponto de vista de outras pessoas, o que estreita laços e amplia a possibilidade de relações de maior confiança.

Assim, a longevidade tem implicações importantes para a qualidade de vida; com consequências sérias nas diferentes dimensões da vida humana, física, psíquica e social. Esses anos vividos a mais podem ser anos de sofrimento para os indivíduos e suas famílias, anos marcados por doenças, aumento da dependência, perda da autonomia, isolamento social e depressão. No entanto, se os indivíduos envelhecerem mantendo-se autônomos e independentes, a sobrevida aumentada poderá ser plena de significado (Paschoal, 1996).

Conclusões

Os resultados desta pesquisa demonstram que o exercício do Lian Gong em 18 terapias é um exercício físico terapêutico de promoção da saúde na medida em que: promove na esfera individual o desenvolvimento de habilidades pessoais, propicia a discussão e a construção do conceito de saúde, promoção da saúde e o fortalecimento dos indivíduos na esfera coletiva; e permite o questionamento na esfera institucional do modelo de saúde.

Referências Bibliográficas

-
- CARVALHO, E. M. M. **O pensamento vivo de Jung**. São Paulo: Martin Claret, 1986.
- MINAYO, M. C. S. et al. **Pesquisa social: teoria, método e criatividade**. Rio de Janeiro: Vozes, 1994.
- MING, Z. Y. **Lian Gong Shi Ba Fa**: Liang gong em 18 terapias. São Paulo: Pensamento, 2000.
- PASCHOAL, S. M. P. Autonomia e independência. In: PAPALÉO NETTO, M. **Gerontologia**. São Paulo: Atheneu, p. 313-323, 1996.
- SÃO PAULO (Município). Lei nº 14.682, de 30 de janeiro de 2008. Instituiu no âmbito do Município de São Paulo, o programa qualidade de vida com medicinas tradicionais e práticas integrativas em saúde e dá outras providências. **Diário Oficial da Cidade**, São Paulo, SP, 31 jan. 2008. Seção I, p. 1.
-

ATENÇÃO À SAÚDE DAS PESSOAS VÍTIMAS DE VIOLÊNCIA DOMÉSTICA

Alcances e limitações das práticas de Promoção da Saúde na Atenção Básica

Francisco Donizetti Ventura¹; Raquel Aparecida Góis de Campos²;
Sílvia Elisa Pecoroni Landi³; Sophia Karlla Almeida Motta do Espírito Santo⁴

Este artigo é baseado na pesquisa “Identificação das práticas de Promoção de Saúde relacionadas às vítimas de violência doméstica na atenção básica na região de Vila Prudente e Sapopemba na cidade de São Paulo: um estudo de caso”. A referida pesquisa é parte integrante do Projeto CAEPS – Curso de Capacitação em Avaliação da Efetividade da Promoção da Saúde em Doenças e Agravos Não Transmissíveis na cidade de São Paulo.

A motivação pelo tema surgiu a partir de experiência exitosa vivenciada pelo Ambulatório de Especialidades de Vila Prudente da Coordenadoria de Saúde de Vila Prudente e Sapopemba. Essa experiência permitiu compreender que a violência doméstica revela tratar-se de uma questão social importante e que deveria ser aprofundada na perspectiva da promoção da saúde desde que sejam observadas as condições de vida e saúde específicas de cada região. A violência doméstica, como um fenômeno multicausal e intersetorial, requer ações interdisciplinares. Assim sendo, o conceito de violência doméstica deve ser tratado, de acordo com Souza (2007), “como fruto e consequência das relações sociais e o seu foco de análise e compreensão serão os conflitos familiares transformados em intolerância, abusos e opressão”.

A violência, fenômeno universal com séculos de história, cresce nos últimos tempos, alcança novos contornos e ceifa a vida de muitas pessoas. Como uma questão complexa de difícil abordagem e que deixa sequelas orgânicas e emocionais, por vezes por toda a vida das pessoas, é assim um problema de e para a saúde pública.

A violência doméstica, qualquer que seja a sua natureza, é silenciosa. Por isso, é fundamental identificar precocemente os maus-tratos para garantir um tratamento mais eficaz e prevenir a repetição dos mesmos, evitando chegar a uma situação crônica. Se no processo do tratamento a vítima consegue se “empoderar” das decisões que deve tomar, ela resolverá a situação e se prevenirá para que outras situações de violência não ocorram futuramente.

O entendimento de que a promoção de saúde se situa além do atendimento da pessoa em sua doença (visão curativa), preconiza que a violência doméstica precisa ser enfrentada pelos profissionais da saúde por uma visão ampliada do processo saúde-doença, visto que o fenômeno violência extrapola a situação individual. A questão da saúde do ser humano na relação com o meio social é revestida de uma complexidade tal que requer ações que garantam e promovam o seu direito à vida e à saúde.

Desse modo, a promoção de saúde se efetiva quando as pessoas se mobilizam para transformar o meio ambiente e a si mesmas através do processo de mobilização social. Este se constitui no caminho para as pessoas conquistarem a cidadania ativa que é uma conquista individual e coletiva.

A questão da violência doméstica, enquanto questão social relevante se articula com a proposta de promoção em saúde, pois entendemos que a saúde como direito de todos e política de Estado assimila o ser humano em sua totalidade, conforme disposto pelo artigo 196 da Constituição Federal de 1988 e pelas Normas Operacionais Básicas - NOB-96. Desse modo, o homem e a mulher necessitam ter atendidas suas

1. Assistente Social do SAE Herbert de Souza “Betinho”.

2. Enfermeira da SUVIS - Supervisão de Vigilância à Saúde Vila Prudente e Sapopemba.

3. Assistente Social do Ambulatório de Especialidades de Vila Prudente/SAE.

4. Coautora/ orientadora da pesquisa – Mestre em Linguística e Especialista e Doutoranda em Saúde Pública, FSP/USP

necessidades básicas (biológicas e fisiológicas) e fundamentais (psicológicas e sociais), direito preconizado pela Declaração Universal dos Direitos Humanos de 1948 e pelo Princípio da Integralidade do Sistema Único de Saúde – SUS (Lei 8.080/90).

Neste contexto, percebemos que os desafios colocados para a saúde pública na contemporaneidade e, em especial no Brasil, como, por exemplo, a violência doméstica, dentre as Doenças e Agravos Não Transmissíveis (DANT), enfatizam a necessidade de pensar modos de gestão e de construção das políticas públicas envolvendo todos os atores: gestores, trabalhadores e usuários dos serviços (Humaniza SUS, 2003-04). Há necessidade de maior ênfase na visão ampliada de saúde, em que se toma a saúde como decorrência da satisfação de necessidades humanas, sendo ela determinada por fatores econômicos, socioambientais, psicológicos – individuais e coletivos – a Promoção de Saúde estreita sua relação com a Vigilância de Saúde. (Ministério da Saúde, 2006, p. 7-8).

Isto posto, neste trabalho entendemos as práticas de Promoção da Saúde como um processo de capacitação da comunidade para atuar na melhoria da qualidade de vida e saúde da população local/regional, conforme proposto por Wallerstein (1992).

Em relação ao método da pesquisa, utilizamos a pesquisa de natureza qualitativa, uma vez que ela é recorrente nas pesquisas humanas e sociais, pois “(...) tanto a realidade quanto a relação humana são qualitativas”. “(...) o fundamental para participar da pesquisa é a identidade da experiência do sujeito e a sua expressão na qualidade da narrativa” (Martinelli, 2005:118 e 123). Utilizamos a técnica de Estudo de Caso, tendo como sujeito da pesquisa um informante-chave com larga experiência na Atenção Básica de Saúde e para a coleta de dados um roteiro de perguntas semiestruturadas.

A análise partiu das informações colhidas na entrevista e seu confronto com os conceitos teóricos no trabalho. Para realizá-la, a partir dos dados coletados que teve como objetivo identificar as práticas de promoção de saúde relacionadas às vítimas de violência na atenção básica de Vila Prudente/Sapopemba da cidade de São Paulo construiu-se sete eixos de análise, a saber:

- 1** - marco legal: a questão da violência e a legislação brasileira;
- 2** - identificação da violência doméstica e das ações/práticas de atenção à saúde;
- 3** - dinâmica familiar e social;
- 4** - sigilo profissional;
- 5** - notificação obrigatória;
- 6** - formação de redes de solidariedade às vítimas de violência;
- 7** - promoção de saúde.

Da análise da entrevista, destacamos como resultados algumas questões:

- a)** Viu-se que nos serviços – unidades básicas, ambulatórios ou outros – as vítimas ficam, não raras vezes, desassistidas, pois não existem serviços específicos para atendê-las e profissionais sensibilizados para solucionar suas necessidades psicossociais;
- b)** Saber identificar a violência é condição primeira e essencial para garantir o atendimento;
- c)** Ter uma equipe multiprofissional para garantir um atendimento eficaz. Um profissional apenas não dá conta de todo o trabalho, adequadamente, mesmo que se esforce.“

(...) Eu acho que é o trabalho em equipe, é um assunto muito complexo para você trabalhar só”. (L.132)⁵;

- d)** A violência doméstica incorpora multifatores, não se reduz a um foco temático, indicando a necessidade de trabalhar a intersetorialidade;
- e)** Devido à falta de articulação entre os serviços, os casos notificados ficam sem acompanhamento e não se sabe que solução será dada aos mesmos;

5. L.132 – linha transcrita da entrevista com informante-chave.

- f) A assistência à saúde e o atendimento à violência doméstica apontam para a constituição de rede que deve articular serviços que se localizam em esferas específicas de um poder público, destes com os serviços de outras esferas, além da sociedade civil;
- g) A promoção de saúde, por incorporar a necessidade de participação ativa das pessoas, individual e coletiva, requer a constituição de um espaço local para a discussão, a definição de propostas e o monitoramento e avaliação do trabalho executado.

Diante do exposto, chegamos a seguinte conclusão:

Perante a necessidade de um trabalho em rede, com vistas à obtenção da garantia da atenção à saúde às vítimas de violência na atenção básica, os profissionais de saúde deveriam pensar em estratégias de enfrentamento desta epidemia silenciosa – “a violência doméstica” que possibilitassem a realização de ações de promoção de saúde e prevenção às suas vítimas. Apesar de capacitação em rede, ainda não se pode, de fato, identificar ações/práticas de promoção de saúde relacionadas a este grupo populacional. Observa-se ainda que as tentativas de implementação de ações de promoção de saúde em DANT não podem ser identificadas como gostaríamos.

Referências Bibliográficas

BRASIL. Lei nº. 8080, 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) República Federativa do Brasil**, Poder Executivo, Brasília, DF, 20 set. 1990. Disponível em: <<http://www.planalto.gov.br/ccivil/LEIS/l8080.htm>>. Acesso em: 10 set. 2006.

BRASIL. 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) República Federativa do Brasil**, Poder Executivo, Brasília, DF, 31 dez. 1990. Disponível em: <<http://www.planalto.gov.br/CCIVIL/leis/L8142.htm>>. Acesso em: 11 set. 2006.

BRASIL. Ministério da Saúde. Norma operacional básica do Sistema Único de Saúde/NOB-SUS 96. **Ministério da Saúde**, Brasília, DF, 1997. Disponível em: <<http://www.saude.rj.gov.br/Ces/Legisl/NOB96.pdf>>. Acesso em: 11 abr. 2008.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Política nacional de promoção da saúde. **Ministério da Saúde**, Brasília, 2006. Disponível em: <http://bvsmis.saude.gov.br/bvs/publicacoes/politica_promocao_saude.pdf>. Acesso em: 11 abr. 2008.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria-executiva Núcleo Técnico da Política Nacional de Humanização. HumanizaSUS: política nacional de humanização, a humanização como eixo norteador das práticas de atenção e gestão em todas as instâncias do SUS. Série B.

Textos Básicos de Saúde. Brasília, DF, 2004. Disponível em: <http://dtr2001.saude.gov.br/editora/produtos/impressos/folheto/04_0923_FL.pdf>. Acesso em 11 abr. 2008.

MARTINELLI, M. L. Os métodos na pesquisa: a pesquisa qualitativa. In: REVISTA DA ASSOCIAÇÃO BRASILEIRA DE ENSINO E PESQUISA EM SERVIÇO SOCIAL. **ABEPSS**. Recife: Edição Universitário; n. 9, p. 117-130, jan./jun. 2005.

SOUZA, E. R. de (Org.). **Bases conceituais e históricas da violência e setor saúde**. Módulo I, Unidade I, Brasília, DF: Ministério da Saúde. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2007.

WALLERSTEIN, N. Powerlessness, empowerment, and health: implications for health promotion programs. **American Journal of Health Promotion**, n. 6, p. 197-205, 1992.

AS PRÁTICAS CORPORAIS DA MEDICINA TRADICIONAL CHINESA E A EFETIVIDADE DA PROMOÇÃO DA SAÚDE NA REGIÃO SUL DO MUNICÍPIO DE SÃO PAULO

As Contribuições das Práticas Corporais da Medicina Tradicional Chinesa para os Sujeitos Participantes

Suely Feldman Bassi¹; Tiekō Aoki²; Mary Assako Fugiwara Matsuo³; Idalina Maria Diniz das Neves Rollo⁴;
Fátima Madalena de Campos Lico⁵

Introdução

A partir dos últimos anos da década de 1990 e neste início do século 21, a prevenção das doenças crônicas não transmissíveis (DCNT), em especial das cardiovasculares, tornou-se uma preocupação de várias organizações internacionais, com ênfase nos países em desenvolvimento e com previsões sombrias para o futuro. Os diagnósticos são feitos em fases tardias e as DCNT correspondem à maior proporção das mortes nos países industrializados e nos emergentes. No Brasil ainda “persistem as políticas de saúde em optar maciçamente pela medicina curativa, pelo atendimento e tratamento das DCNT em serviços de urgência ou sob hospitalizações”, opções que não favorecem mudanças desejáveis e ainda implicam custos elevados (LESSA, 2004:934).

A transição do quadro epidemiológico, com alterações na vida em sociedade, tem impactado a área de saúde pública no País. Diante desse contexto, a vigilância epidemiológica das DAN e dos seus fatores de risco são de fundamental importância para a implementação de políticas públicas voltadas para a promoção geral da saúde, prevenção e controle dessas doenças, constituindo uma prioridade para o Sistema Único de Saúde (SUS).

A Medicina Tradicional Chinesa (MTC) e outras práticas integrativas em saúde, construídas a partir de uma concepção holística, vêm nesse sentido contribuir para repensar a lógica da organização dos serviços de saúde, promover a integralidade, ampliar o alcance das condutas terapêuticas e o espectro das medidas preventivas e de promoção da saúde.

Considerando o conceito de Promoção da Saúde, como foi definido na Carta de Ottawa como “processo de capacitação da comunidade para atuar na sua qualidade de vida e saúde” foi realizado este estudo que teve como objetivo analisar as contribuições das práticas corporais Tai Chi Pai Lin, Lian Gong e Lien Chi, para a promoção da qualidade de vida, na perspectiva da integralidade do cuidado dos sujeitos participantes em três unidades de saúde da região sul.

A região Sul da cidade de São Paulo é composta por cinco Supervisões Técnicas de Saúde e 129 Unidades de Saúde. Tem como as cinco principais causas de morte: doenças isquêmicas; doenças cerebrovasculares; pneumonias; homicídios; bronquite, enfiema e asma (SMS, 2006). Na região sul a implantação das práticas corporais ocorreu em 1992. Atualmente 102 unidades (80%) desenvolvem práticas corporais gerais e 81 (64%) práticas da MTC. Participaram do estudo as unidades: UBS Jardim Umuarama, Centro de Convivência e Cooperativa – Cecco Interlagos e UBS Jardim República.

Neste artigo apresentaremos os resultados qualitativos parciais, dos benefícios obtidos das práticas corporais na ótica dos usuários. Esses resultados compõem a pesquisa “Avaliação da Efetividade da Promoção

1. Psicóloga, Assessora Técnica das Medicinas Tradicionais da Coordenadoria Regional de Saúde Sul-CRSSUL/SMS.

2. Educadora de Saúde Pública, SUVIS Santo Amaro/Cidade Ademar – CRSSUL/SMS.

3. Médica, UBS Jd. Eliane, Supervisão Técnica de Saúde Capela do Socorro – CRSSUL/SMS.

4. Educadora de Saúde Pública, UBS Jd. Umuarama, Supervisão Técnica de Saúde S. Amaro/C. Ademar CRSSUL/SMS.

5. Orientadora/coautora da pesquisa – Mestre em Psicologia Social – Pontifícia Universidade Católica de São Paulo – PUC/SP, Doutoranda da Faculdade de Saúde Pública/USP, Especialista em Saúde Pública – FSP/USP, Psicóloga, Supervisão Técnica de Saúde Santo Amaro/Cidade Ademar – CRSSUL/SMS.

da Saúde”, que envolveu usuários, monitores e funcionários das unidades selecionadas. O estudo está ancorado na escolha do método qualitativo de pesquisa e teve como proposta a *investigação avaliativa por triangulação de métodos* (MINAYO, 2005).

Metodologia

A *Triangulação* é um conceito oriundo do interacionismo simbólico e foi desenvolvido, dentro dessa corrente, primeiramente por DENZIN (1973). Significa “a combinação e o cruzamento de múltiplos pontos de vista; a tarefa conjunta de pesquisadores com formação diferenciada; a visão de vários informantes e o emprego de uma variedade de técnicas de coleta de dados que acompanha o trabalho de investigação. Seu uso, na prática, permite interação, crítica intersubjetiva e comparação” (MINAYO, 2005:29).

Para a coleta de dados foram utilizadas a análise documental e entrevistas semiestruturadas. Foram realizadas 52 entrevistas e, para conhecer os sentidos e os benefícios das práticas corporais para a melhoria das condições de saúde e qualidade de vida dos usuários das práticas *Tai Chi Pai Lin, Lian Gong e Lien Chi*, utilizou-se um roteiro com 14 questões. As entrevistas tiveram a duração de aproximadamente 20 minutos; foram gravadas, com a devida permissão dos entrevistados, e, posteriormente, o conteúdo foi transcrito integral e literalmente.

Após a transcrição, como é comum nas pesquisas que buscam entender os sentidos, iniciou-se uma imersão no conjunto das informações coletadas, sem procurar enquadrar os dados em categorias ou tematizações (SPINK, 1999). Posteriormente, foram definidas as categorias gerais de natureza temática. Os conteúdos foram organizados a partir dessas categorias, evitando descontextualizá-los e identificar os processos de interanimação dialógica a partir de trechos selecionados da entrevista. Para alcançar este objetivo, o diálogo foi mantido intacto, sem fragmentação, apenas sendo deslocado para as colunas previamente definidas em função dos objetivos da pesquisa. Foram definidas quatro categorias temáticas, consideradas suficientes para incorporar todas as falas dos entrevistados: contribuições/benefícios da MTC para qualidade de vida, expectativas e motivos ao iniciar a prática, noções de saúde, qualidade de vida e cuidados, características de uma alimentação saudável.

Em seguida a partir da análise do conteúdo foram definidos os temas/subtemas referidos na fala dos entrevistados, temas/subtemas esses distribuídos nas devidas categorias. Para analisar os dados utilizou-se um processador de dados, tipo *Word for Windows*, construiu-se uma tabela com o número de colunas correspondentes às categorias utilizadas e o texto foi transferido para as colunas, segundo a sua pertinência. Chegou-se, assim, aos mapas dos sentidos das falas dos entrevistados. Procedeu-se, então, ao tratamento dos produtos obtidos, ou seja, à interpretação dos sentidos das falas dos entrevistados, estabelecendo as relações entre os conteúdos dos depoimentos e os referenciais teóricos que embasaram a pesquisa (*ver quadro na página seguinte*).

Conclusão

O estudo permitiu verificar que as práticas corporais da MTC promovem a saúde e qualidade de vida dos participantes, reforçando a autoestima, a confiança em si mesmo, autocontrole. Levam o indivíduo a ter visão crítica sobre o seu próprio corpo e, até mesmo, a assumir uma outra postura perante a própria vida, através da prática do autocuidado. Propiciam, ainda, a formação e fortalecimento de vínculos e a solidariedade entre os participantes, contribuindo para que os sujeitos se apropriem da sua saúde.

Contribuições da MTC para a qualidade de vida dos usuários das Práticas Corporais

Mudanças no pensar e bem-estar físico, emocional, paz, harmonia e equilíbrio	Autocuidado Autonomia	Condições de Saúde	Convivência
<p>1- Não sei, eu mudei a minha maneira de pensar também, porque eu enxergava as coisas de outro jeito...</p> <p>2- Melhorar no emocional. Acho que o primeiro aspecto foi melhoria no emocional, a tranquilidade, fisicamente...</p> <p>3 - Eu acredito que o Tai Chi só beneficia na vida da gente, só traz benefícios pra nós, para quem pratica. Harmonia, paz interior, o Tai Chi trouxe tudo isso para mim, e eu acredito que todas minhas amigas que praticam também têm a mesma opinião também.</p> <p>4 - ...te traz um bem-estar melhor, tanto na parte física como na parte emocional, e eu acho que sempre tem uma melhora, os problemas não deixam de aparecer, sempre aparecem, às vezes a gente tem uma queda, vai lá pro fundo, mas como a gente tem uma base, sempre consegue retornar, não fica parada naquele buraquinho lá, você começa a subir... não, eu já tive outras coisas e essa prática me ajudou, e vamos lá, e a gente consegue.</p> <p>5- Eu acredito assim que modifiquei 80% dos meus problemas... se acabaram, só os 20% que são financeiros (ri), que não pagam pra ninguém, mas eu tive assim ótimos resultados, nossa. (se emociona). Além da minha expectativa, eu me emociono, porque é além do que esperava.</p>	<p>1-Depois que eu comecei a fazer o Tai Chi Pai Lin, antes disso eu não ligava muito pelos meus tratamentos, tipo, eu tinha consulta marcada, mas se dava pra ir eu ia, senão também não ia, eu ia porque estou fazendo tratamento da asma agora. Mas depois do Tai Chi, eu comecei a ver que é preciso me cuidar, que o Tai Chi é pra você se valorizar, pra você se sentir bem. E eu, se eu não procurar o tratamento, como que eu vou me sentir bem? Se eu continuar com as minhas dores, se eu continuar com os meus problemas, como eu vou me sentir bem?</p> <p>2- Então eu me sinto bem, porque pode fazer aquelas massagens, mesmo deitada, a gente pode se cuidar e eu acho que isso é ótimo para a saúde. Graças a Deus eu estou bem.</p> <p>3- É momento que tira para gente mesmo.</p>	<p>1- É como se fosse um remédio, porque os remédios pra mim fazem mal, eu me sinto mais deprimida se eu tomar o remédio, e o Tai Chi me faz ficar mais calma e a minha depressão às vezes eu tenho a impressão que ela sumiu, só percebo que ela não sumiu quando eu paro de fazer o Tai Chi.</p> <p>2-...tive o problema que eu tenho, de fibromialgia, dores, né, a pressão, então estou me sentindo bem.</p> <p>....A dor no joelho sumiu, não tenho mais dor em lugar nenhum mais, graças a Deus estou bem.</p> <p>3-...Tanto é que vários remédios que eu tomava, parei, não preciso mais, fui liberada. A psicóloga eu fui liberada na terceira sessão, porque ela disse que eu já estava ficando ótima. E realmente foi isso.</p> <p>4-....muito melhor, mas muito melhor mesmo. Se eu chego com dor, que eu tenho problema de coluna, tenho problema no ombro e tal, depois da prática você sai outra, com certeza você sai outra. E as pessoas que eu observo sentem a mesma coisa.</p> <p>5-As dores diminuíram, melhorou a respiração, dor nas pernas; emagreceu, até controlar a diabetes ajudou.</p> <p>6-....acho, muito importante, porque ajuda muito na saúde da gente, né, principalmente eu que tenho problema das articulações que é artrite, eu acho assim, que é muito bom,</p> <p>7-...pra mim foi excelente, está sendo excelente, sempre que eu faço a prática direitinho meus problemas de saúde diminuem muito, melhora muito todo o estado geral</p>	<p>1-Alivia a depressão. Eu tive depressão então, se eu fico sozinha já fico deprimida, já fico triste, já começa a vir coisas na cabeça; então eu estando sempre em grupo, elas sempre estão conversando, sempre que eu estou fazendo um movimento errado alguém vem e fala "é assim".</p> <p>2- Olha, a cada dia eu descubro mais coisas, porque no início eu estava meia, no início eu estava meia... grupo, nessa prática, eu acho que era coisa para estar fazendo mais sozinha, no final das contas eu tô começando a perceber o que é um grupo agora, atuar num grupo porque, pra mim está sendo muito bom.</p> <p>3- O grupo ajuda a gente a ter autoestima, a gostar das outras pessoas, a harmonizar com as outras pessoas e também ter uma noção de vida diferente, mais tranqüila, a gente fica mais tranqüila, mais...</p> <p>4- Não vejo a hora a vir e juntar com a turma. Faz bingo em casa e reúne para ter conversa.</p>

Referências Bibliográficas

- DENZIN, N. K. **The research Act.** Chicago: Aldine Publishing Company, 1973.
- MINAYO, M. C. (Org.). **Avaliação por triangulação de métodos:** abordagem de programas sociais. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz; 2005.
- LESSA, I. Doenças crônicas não-transmissíveis no Brasil: um desafio para a complexa tarefa da vigilância. **Ciências & Saúde Coletiva**, v.9, p.931-943, 2004.
- SECRETARIA MUNICIPAL DA SAÚDE. **Boletim Ceinfo:** Coordenação de Epidemiologia e Informação em Saúde. [S.l.: s.n.], 2006.
- SPINK, M. J.; MEDRADO, B. Produção de sentidos no cotidiano: uma abordagem teórico-metodológica para análise das práticas discursivas. In: SPINK, M. J. (Org.) **Práticas discursivas e produção de sentidos no cotidiano:** aproximações teóricas e metodológicas. São Paulo: Cortez, 1999.

MORTE PRECOCE POR DOENÇA HIPERTENSIVA E DIABETES NA REGIÃO SUL DA CIDADE DE SÃO PAULO: DETERMINANTES E REPRESENTAÇÕES SOCIAIS

Relato de experiência, perfil dos óbitos e dos entrevistados

Beatriz Freitas Cavezale Moraes Vieira¹; Judith Marques Saraiva²; Maria Cristina Perlino Toledo Mota³;
Rosa Maria Dias Nakazaki⁴; Sandra Maria Jackson⁵; Sylvia Grimm⁶; Yayeko Suzuki⁷;
Alessandra Cristina Guedes Pellini⁸; Ana Maria Bara Bresolin⁹

O perfil de mortalidade na região sul do município de São Paulo despertou o interesse de um grupo de profissionais que atuam nessa região em pesquisar os fatores associados aos óbitos por hipertensão e/ou diabetes, ocorridos precocemente, em pessoas com menos de 60 anos de idade, uma vez que se espera que essas causas de morte estejam presentes nas faixas etárias mais velhas da população. Além disso, essa investigação poderia permitir a proposição de estratégias e medidas de prevenção de novos óbitos, visando à transformação das práticas assistenciais, tanto no âmbito da assistência, como da prevenção e promoção de saúde.

Método

O grupo de pesquisadores foi composto por profissionais de nível universitário das Supervisões de Vigilância em Saúde (Suvis) Cidade Ademar/Santo Amaro, Campo Limpo, M'Boi Mirim e Capela do Socorro, além da CRSS e da COVISA/CCD.

O projeto foi elaborado após reuniões sistemáticas, tendo sido aprovado pelo Comitê de Ética e Pesquisa (CEP) da Secretaria Municipal de Saúde (SMS), em janeiro de 2007. O delineamento do estudo foi transversal e utilizou dois métodos: o descritivo e o quali-quantitativo, tendo como referencial o Discurso do Sujeito Coletivo (DSC) de Lefèvre e col (2000). Os óbitos foram selecionados no Banco do Sistema de Informação de Mortalidade (SIM) do Programa de Aprimoramento de Informações de Mortalidade (PRO-AIM) da SMS, por meio da busca das Declarações de óbitos (DO) dos residentes na região sul do município, com idade inferior a 60 anos, que tiveram como causa básica ou associada de morte a doença hipertensiva ou o diabetes, segundo a Classificação Internacional de Doenças (CID-10). A coleta de dados iniciou-se em junho de 2007 e foi concluída após 12 meses. Utilizou-se um instrumento padronizado, preenchido por ocasião de entrevista domiciliar com os familiares ou cuidadores dos casos eleitos, e visitas aos serviços cuja área de abrangência incluía o endereço do caso, registrado na DO. Obteve-se a história do óbito, as impressões sobre o acesso aos serviços da região de residência dos entrevistados e as ideias e representações sobre o processo saúde-doença e a causa da morte precoce. A visita às Unidades Básicas de Saúde (UBS) e o acesso aos prontuários permitiram a coleta de informações sobre a inserção dos pacientes nos serviços.

Resultados preliminares

O perfil dos óbitos e sua inserção nos serviços de saúde

A amostra estudada foi composta por 135 óbitos de menores de 60 anos, ocorridos no período de abril a junho de 2007. Destes, a hipertensão arterial e/ou diabetes foram a causa básica em 53 óbitos (32 por hipertensão e 21 por diabetes) e a causa associada em 82 óbitos. Na amostra total, 64 óbitos foram mulheres

1. Médica Supervisão de Vigilância em Saúde M. Boi Mirim.

2. Médica Supervisão de Vigilância em Saúde do Campo Limpo.

3. Médica Supervisão de Vigilância em Saúde Santo Amaro/Cidade Ademar.

4. Médica sanitária Coordenadoria Regional de Saúde Sul.

5. Mestre em Pediatria. Médica Supervisão de Vigilância em Saúde Capela do Socorro.

6. Dentista epidemiologista. Mestre em Saúde Pública. Supervisão de Vigilância em Saúde do Campo Limpo.

7. Médica Coordenadoria Regional de Saúde Sul.

8. Médica epidemiologista CCD/COVISA/SMS.

9. Doutora em Medicina. Médica CCD/COVISA/SMS – Orientadora da pesquisa.

(47,4 %) e 71 homens (52,6 %). Entre as mulheres, 6,2% tinham de 20 a 39 anos, e entre os homens, este percentual foi de 9,8%, sugerindo que nesse gênero a morte é ainda mais precoce. Os óbitos ocorreram predominantemente em hospitais públicos da região (68,8%). Apenas três serviços da região concentraram 48,6% dos óbitos. Dos serviços públicos, 14,3% eram apenas serviços de urgência/emergência isolados de hospital (Pronto Socorro Municipal/Pronto-Socorro).

Em relação aos 53 óbitos cuja causa básica foi hipertensão arterial ou diabetes, 23 (43,4%) eram mulheres e 30 (56,6%) homens; 12 óbitos (22,6%) ocorreram no domicílio e 34 (64,2%) foram submetidos à necropsia. As causas associadas mais frequentes dos óbitos foram: edema pulmonar (34,0%), insuficiência renal crônica (18,9%) e transtornos mentais e comportamentais devidos ao uso de álcool (15,1%). Para os 53 óbitos foram previstas visitas ao domicílio e ao serviço responsável pelo endereço de residência. A consulta à lista da área de abrangência dos serviços permitiu que, por meio dos endereços de residência, fossem identificadas 40 UBS a serem visitadas. Destas, 10 (25%) tinham mais de um óbito em sua área de abrangência. Em 27 casos (50,9%) os prontuários foram localizados nos serviços, sendo que em 18 (66,7%) havia registro de atendimento nos anos de 2006 e 2007, e em quatro (14,8%), no período de 2002 a 2005. Cinco casos tinham prontuário, mas não foi registrada a data do último atendimento.

O perfil dos entrevistados e o acesso aos serviços de saúde

Foram entrevistados 21 familiares/cuidadores nos domicílios, após a concordância e assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido; 32 entrevistas não puderam ser realizadas pelos seguintes motivos: 10 recusas (familiar trabalha o dia todo, não quis dar entrevista ou falar sobre o assunto); 22 familiares/cuidadores não encontrados (endereço e/ou telefone não localizados, o indivíduo morava sozinho, era morador de rua, não era conhecido no endereço ou o familiar mudou de endereço). Das entrevistas realizadas, uma não pôde ser transcrita por problema com a gravação da fita magnética. Dos entrevistados, 85,7% eram mulheres e a faixa etária predominante foi de 40 a 49 anos (cinco entrevistadas). Apenas um entrevistado tinha menos de 20 anos, e três, mais de 60 anos. Quanto à escolaridade, 52,4% possuíam 1º grau incompleto; um entrevistado não tinha escolaridade e um tinha nível superior completo. Em relação ao grau de parentesco dos entrevistados com o caso estudado, observou-se que seis eram companheiros (as), quatro eram filhos(as), duas mães, três irmãos, três cunhados, duas noras e uma sobrinha. O acesso aos serviços foi avaliado por meio de uma questão formulada aos entrevistados: *“Quais serviços perto da sua casa o Sr./Sra. conhece? Usa estes serviços? Por quê? Para quê?”*

A maioria dos entrevistados conhece, sabe nominar e utiliza os serviços de saúde localizados próximos à residência (90%). Os motivos referidos para o uso dos serviços foram: a localização próxima à residência, que não implicava o custo de transporte; a necessidade de consultas para o tratamento de saúde e o encaminhamento feito pela professora ou pelos Agentes Comunitários de Saúde. As restrições alegadas para o não uso dos serviços foram: dificuldades no agendamento de consultas, em função do número limitado de vagas, restrições devidas à limitação da área de abrangência, falta de médicos, não atendimento às urgências e, em um relato, dificuldade de acesso à pessoa portadora de necessidade especial (cadeirante). Alguns entrevistados informaram que utilizavam convênios ou hospitais localizados ou não na própria região, e por essa razão, não utilizavam os Postos de Saúde. Apenas três famílias referiram uso de convênio, totalizando seis usuários. Os entrevistados relataram utilizar os serviços predominantemente para consultas médicas, ter acesso aos medicamentos, realizar exames e, ainda, para alguns outros procedimentos, como a mensuração da pressão arterial e a realização de curativos. Em cinco relatos foi referido o controle da saúde ou o acompanhamento de tratamentos.

Conclusões

O presente trabalho denotou alguns aspectos positivos que puderam ser vivenciados pelo grupo de pesquisadores, apesar das dificuldades operacionais para se realizar uma pesquisa na rotina dos serviços: a oportunidade dos profissionais que atuam na vigilância em saúde em realizar um estudo sistemático; a motivação, interesse e possibilidade de integração de um grupo regional; a oportunidade de aprofundar o co-

nhecimento na abordagem e vigilância de doenças crônicas. Concluiu-se que é recomendável incorporar na rotina dos serviços a investigação dos óbitos ocorridos na área de responsabilidade das unidades, como uma estratégia de vigilância das doenças e agravos não transmissíveis.

A aproximação com as famílias enlutadas possibilitou conhecer suas ideias e representações sociais em relação às doenças e aos fatores determinantes da morte precoce, além de conhecer a trajetória dos óbitos. As percepções dos pesquisadores nas entrevistas foram de que muitos familiares desconheciam os diagnósticos e a proposta terapêutica. Observou-se, ainda, rejeição e preconceito na abordagem de pacientes etilistas, tanto por parte da família como dos serviços. Parte dos doentes crônicos não encontrava apoio na família e/ou na comunidade, não aderiu ao tratamento e permaneceu isolada e impotente, em especial quando da presença de comorbidades, como problemas emocionais e o alcoolismo.

Os serviços de saúde estão preparados para o atendimento pontual de problemas de saúde agudos, porém, necessitam de uma melhor capacitação para o atendimento de doentes crônicos, buscando a inserção da família e o apoio de uma rede social para dar conta dos múltiplos fatores relacionados a essas doenças. Enfocar a promoção e a prevenção da saúde é um desafio a ser vencido, pois a ênfase na abordagem ainda está fundamentada na doença, e no modelo biologicista. O óbito precoce por hipertensão e/ou diabetes pode ser considerado um evento-sentinel, cuja investigação permite identificar diversos fatores associados à morte por essas doenças, como a adesão do paciente e da família, o papel dos serviços de saúde diante das doenças crônicas que ultrapassam o limite individual, devendo ser necessariamente abordadas pelos serviços no contexto familiar e social.

Referências Bibliográficas

CHIAGEVATTO, F.A. D. et al. Mortalidade por doença hipertensiva em mulheres de 20 a 49 anos no Município de São Paulo, SP, Brasil. **Revista Brasileira de Epidemiologia**. v. 7, n. 3, p. 252-258, 2004.

GOLDENBERG, P.; SCHENKMAN, S.; FRANCO, L. J. Prevalência de diabetes mellitus: diferenças de gênero e igualdade entre os sexos. **Revista Brasileira de Epidemiologia**. n. 6, p. 18-28, 2003.

LEFÈVRE, F.; LEFÈVRE, A. M. C.; TEIXEIRA, J. J. V. **O discurso do sujeito coletivo**: uma nova abordagem metodológica em pesquisa qualitativa. Caxias do Sul, EDUCS, 2000.

LOTUFO, P. Mortalidade pela doença cerebrovascular no Brasil. **Revista Brasileira de Hipertensão**. v. 7, n. 4, p. 1387-1391, 2000.

MALTA, D. C. et al. A construção da vigilância e prevenção das doenças crônicas não transmissíveis no contexto do Sistema Único de Saúde. **Epidemiologia e Serviços de Saúde**. n. 15, p. 47-65, 2006.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DE SAÚDE. **Classificação Estatística Internacional de Doenças e Problemas Relacionados à Saúde** – CID 10. 5. ed. São Paulo, 1997.

VIGILÂNCIA, PROMOÇÃO DA SAÚDE E SUAS INTERFACES COM AS REDES SOCIAIS: ALGUMAS REFLEXÕES

Denise Guedes Condeixa¹; Rosana Burguez Diaz²; Ruy Paulo D'Elia Nunes³; Ianni Régia Scarcelli⁴

Este artigo desenvolve reflexões sobre as interfaces da promoção da saúde e da vigilância em saúde com as redes sociais. O tema aparece nos objetivos específicos de quase todos os projetos de pesquisa agregados pelo Projeto CAEPS, do qual fizemos parte no âmbito da subgerência de Doenças e Agravos Não Transmissíveis (DANT). É instigante observar que, ao final de três anos, pouco se avançou em termos de reflexão e prática neste aspecto. Para a subgerência de DANT - SP, uma ação ativa de vigilância em saúde no município de São Paulo não pode prescindir da construção de uma inter-relação com a malha de rede social.

Compreendemos que tal construção deve pautar-se nos princípios do Sistema Único de Saúde (SUS), que pressupõe nas suas raízes o fortalecimento de ações intersetoriais, descentralizadas e participativas. Sustentadas por esses princípios é fundamental, também, que as redes sociais tenham poder, desenvolvam mecanismos de intervenção, produzam conhecimento e informações necessárias para agirem em prol de uma coletividade.

As redes sociais, com toda a sua heterogeneidade ideológica, limitam a naturalização de alguns condicionantes sociais, expõem contradições e enfrentam o imobilismo social. Por outro lado, estão expostas, também, às pressões hegemônicas da sociedade. Esta é uma das questões envolvidas na dificuldade que o setor público tem para estabelecer uma interlocução de fato com representantes da sociedade organizada, sem estimular uma hierarquização e falsa participação, já que pouco espaço é aberto para as diferenças culturais e sociais.

Nesta realidade multifacetada, devemos identificar a origem do discurso: de que lugar e de qual interesse ele vem, seja da fala do poder público, seja da fala da sociedade organizada, seja da fala de indivíduos. Ou, como salienta Pedro Jacobi,

“o engajamento desses atores está geralmente associado a questões concretas, imediatas, do dia a dia, ou que afetam elevados valores éticos. Também pode ser associado a estratégias de ação e oportunidades de poder que configuram uma articulação de interesses difusos na busca de alianças sustentadas em vários eixos (...) as redes representam as capacidades de os movimentos sociais e as organizações da sociedade civil explicitarem sua riqueza intersubjetiva, organizacional e política e concretizarem a construção de intersubjetividades planetárias, buscando consensos, tratados e compromissos de atuação coletiva.”

Nesse contexto, o setor de DANT, implantado em 2001, definiu como missão: *recolher, sistematizar e analisar toda a informação sobre as DANT, seus fatores de risco e de proteção, apoiando e participando das iniciativas que visem à redução da morbimortalidade por essas doenças, dentro dos princípios da promoção da saúde*. Não são tarefas simples, considerando-se que discutir a promoção da saúde em relação à vigilância dos fatores de risco e de proteção em DANT é adentrar num palco repleto de debates.

1. Assistente Social, atuante no setor de DANT/CCD/COVISA da Cidade de São Paulo.

2. Enfermeira e Mestre em Enfermagem na Saúde do Adulto, atuante no setor de DANT/CCD/COVISA da Cidade de São Paulo/Prof^a Uninove.

3. Médico Psiquiatra e Sanitarista, Subgerente do setor de DANT/CCD/COVISA da Cidade de São Paulo.

4. Psicóloga-Sanitarista, Docente do Instituto de Psicologia USPacompanhou a etapa de avaliação do CAEPS.

No centro deste palco, estão os convites à transformação de modelos de atenção que tendem a priorizar o risco individual aos determinantes sociais da saúde. Lembremos que a vigilância em saúde pública emergiu, tradicionalmente, na atuação em relação às doenças transmissíveis como ação impositiva, inclusive com linguagem militar: campanhas, controle, erradicação, estratégia. A reorganização dessa prática sanitária na ótica de vigilância e promoção da saúde implica a mudança desse paradigma. O novo paradigma coloca a necessidade de que o planejamento da vigilância em DANT, na cidade de São Paulo, se faça com uma escuta qualificada da polifonia⁵ que emana dos profissionais da saúde e dos usuários, mesmo que esta seja conformada pelas diretrizes político-administrativas em vigor e, habitualmente, traduzidas em modelos de atenção. Outro aspecto a ser considerado em relação à vigilância em saúde, de acordo com Freitas,

“estaria relacionado não diretamente às ações e decisões, mas sim à elaboração de subsídios para a prevenção e o controle de determinados agravos à saúde, dos quais destacamos aspectos como planejamento de serviços de saúde que, através da base factual da vigilância, pode contribuir para decisões acerca de alocação de recursos, escolha de prioridades, predição de necessidades futuras; elaboração e implementação dos programas de saúde para identificação e intervenção, bem como recomendação de medidas necessárias.”

Os movimentos de transformação de qualquer cultura institucional não são isolados ou motivados por uma única força de propulsão. Podemos citar as ações de enfrentamento da violência que vêm tendo expressiva participação popular e os movimentos em prol da preservação do meio ambiente, de controle do tabagismo, entre outros. Não existe projeto social sustentável sem que a sociedade civil, através de suas múltiplas expressões, esteja envolvida.

Quando da implementação do Projeto CAEPS, partimos de diretrizes das esferas político-administrativas federais, estaduais e municipais, as quais são traduzidas em ações programáticas realizadas ou idealizadas pelos profissionais e usuários de saúde. Estes programas têm sido adaptados, reinterpretados e ampliados, a partir de necessidades e características regionais e inúmeros interlocutores. Desta forma, vários grupos de prevenção de doenças e promoção de saúde são criados, com suas características particulares. Esperamos, ao compreender o resultado das avaliações dos diferentes grupos analisados pelo projeto CAEPS, nos aproximarmos de estratégias populacionais mais efetivas e voltadas para as necessidades da população, organizada em redes sociais ou não. A partir das pesquisas em serviço realizadas, constatou-se que aquelas que melhor se desenvolveram foram as que conseguiram caminhar por alternativas intersetoriais ainda pouco exploradas pelos serviços de saúde.

Através de projeto desenvolvido simultaneamente ao CAEPS, que teve como objetivo criar Instrumento de Avaliação das Ações de Promoção⁶, percebemos que o controle social nem sempre está presente ou é bem definido. Categorias como *participação social* e *empoderamento* merecem um aprofundamento para sua compreensão como estratégias de promoção da saúde; neste sentido, podemos afirmar que nas relações de rede e intersetoriais é imperativo estarmos atentos para o possível reaparecimento de mecanismos de exclusão e de novas maneiras de manipulação das desigualdades.

Ainda dentro do âmbito da definição e da construção das redes sociais, devemos refletir sobre o que nos apontam Araújo e Cardoso: o termo “rede” é altamente legitimado e hegemônico, sendo usado de forma diferente por vários grupos e tendências, necessitando de um novo olhar:

5. A ideia de polifonia faz referência justamente à presença de múltiplas vozes que ora se articulam e ora concorrem entre si. In: Araújo, I - A reconversão do olhar, prática discursiva e produção de sentidos na interação social; São Leopoldo - Ed Unisinos, 2000.

6. Este projeto foi realizado a partir de ação interinstitucional com o Cepedoc – Centro de Estudos, Pesquisas e Documentação em Cidades Saudáveis da Faculdade de Saúde Pública da USP e com o apoio financeiro do CNPq – Conselho Nacional de Pesquisa.

“podemos mesmo afirmar que as redes são potencialmente lugares de mudanças, mas certamente estas não se dão automaticamente, só por estarem em rede. Podemos começar perguntando: quem são os interlocutores que se interconectam em rede? São pessoas, grupos, comunidades, instituições, comunidades discursivas (...) De onde falam? Qual seu lugar de fala, que determina seu capital simbólico e um lugar de interlocução mais ou menos poderoso?”

Os profissionais de saúde, assim como os usuários, estruturam suas produções e experiências de adoecimento e acolhimento a partir de seu modo de vida. A atuação dos profissionais ainda está concentrada na doença e no risco e, não podemos deixar de salientar, está historicamente colocada como uma relação de poder. A transformação de uma relação baseada na hierarquia para outra, dialógica, pressupõe a reordenação dos poderes, com o necessário acolhimento da diversidade e das contradições nas interações subjetivas.

Por outro lado, hoje já são discutidas ações de vigilância em saúde transnacionais, num mecanismo cada vez mais complexo de ações integradas de países, estados e municípios. São cada vez mais necessárias ações em *Rede* em todo o planeta que impulsionem interesses éticos. Estes interesses não podem ser limitados a apoiar certos estilos de vida, determinadas opções pessoais ou a contemplar apenas pequenos grupos.

Em meio a tantas perspectivas, neste trabalho ficam algumas certezas, entre elas a da sua relevância técnica e estratégica. Sob o ponto de vista técnico, a forma de trabalhar a vigilância e a promoção da saúde em DANT necessita de novas abordagens que priorizem as Redes Sociais. Sob o ponto de vista estratégico há uma crescente demanda operacional que necessita ser atendida. Em outros termos, as DANT são responsáveis, hoje, por cerca de 80% dos óbitos na cidade de São Paulo e representam a maior fatia dos gastos e internações hospitalares do SUS.

Enfim, é importante salientar que a promoção da saúde está contemplada como prioridade no *Pacto pela Vida*, compromisso assumido pelos gestores do SUS para a melhoria da situação de saúde da população. Neste cenário, integrar vigilância, Promoção da Saúde, Redes Sociais e fomentar a sua continuidade para além do projeto CAEPS apresenta-se como um grande desafio.

Referências Bibliográficas

ARAÚJO, I.S.; CARDOSO, J.M. **Comunicação e saúde**. Rio de Janeiro: Editora FioCruz, 2007.

BRASIL. Ministério da Saúde. Diretrizes operacionais: pactos pela vida, em defesa do SUS e de gestão. In: **Série Pactos pela saúde**, Brasília, DF, v.1, 2006.

FREITAS, C. M. A vigilância da saúde: dos modelos assistenciais para a promoção da saúde. In: CZERESNIA, D. **Promoção da saúde: conceitos, reflexões, tendências**. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2003. p. 145.

JACOBI, P.R. Meio Ambiente e redes sociais: dimensões Intersetoriais e complexidade na articulação de práticas coletivas. RAP. **Revista Brasileira de administração pública**, Rio de Janeiro, v.34, nº 6, p.131-158, 2000.

PAIM, J. S. A vigilância da saúde: dos modelos assistenciais para a promoção da saúde. In: CZERESNIA, D. **Promoção da saúde: conceitos, reflexões, tendências**. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2003. p.161.

AGRADECIMENTOS

Agradecemos às Coordenações, funcionários e usuários das Unidades de Serviços Pesquisadas:

- AE Dr. Fernando De Ramirez Cruz
- AE Flávio Giannotti, STS Ipiranga
- AE Jardim Peri-Peri
- Ambulatório de Especialidades de Vila Prudente/SAE
- Ambulatório de Especialidades Tito Lopes
- Assessoria de Saúde Bucal da SMS do Município de São Paulo
- Assessoria Técnica da Subprefeitura de São Mateus
- CAPS Itaim Bibi
- CCD/COVISA/SMS
- Cecco Bacuri
- Cecco Chico Mendes
- Cecco Interlagos
- Cecco Perus
- Cecco Previdência
- Cecco Santa Amália
- Cecco São Domingos
- CEInfo - CRS Sudeste
- Centro de Convivência e Cooperativa de Ermelino Matarazzo
- Centro de Convivência e Cooperativa Pe. Manoel da Nóbrega
- Centro de Práticas Naturais de São Mateus
- Centro de Práticas Naturais de São Mateus
- Coordenadoria da Atenção Básica
- Coordenadoria Interlocação de VS / CRS Norte
- Coordenadoria Regional de Saúde Centro-oeste
- Coordenadoria Regional de Saúde Leste
- Coordenadoria Regional de Saúde Norte
- Coordenadoria Regional de Saúde Sudeste
- Coordenadoria Regional de Saúde Sul
- CRST Lapa
- CS Barra Funda
- CSE Butantã
- CTA Dr. Sergio Arouca
- ESF Thésio Ventura
- Hospital Dr. José Soares Hungria
- SAE Campos Elíseos
- SAE Herbert de Souza "Betinho"
- STS Butantã
- STS Lapa Pinheiros
- STS SÉ
- Supervisão da Vigilância em Saúde do Butantã.
- Supervisão de Suvis Itaquera
- Supervisão de Vigilância em Saúde Capela do Socorro
- Supervisão de Vigilância em Saúde do Campo Limpo
- Supervisão de Vigilância em Saúde M'Boi Mirim
- Supervisão de Vigilância em Saúde Santo Amaro/Cidade Ademar
- Supervisão Lapa/Pinheiros
- Supervisão Técnica de Pirituba/ Perus
- Supervisão Técnica de Saúde de Ermelino Matarazzo
- Supervisão Técnica de Saúde Santo Amaro/Cidade Ademar
- Suvis - Supervisão de Vigilância à Saúde Vila Prudente e Sapopemba
- Suvis Ipiranga, STS Ipiranga
- Suvis Itaim Paulista
- Suvis Jaçanã
- Suvis Pirituba/Perus
- Suvis Santo Amaro/Cidade Ademar
- Suvis Sé
- Suvis V. Maria
- UBS Adelaide Lopes
- UBS Água Funda
- UBS Aldeia Jaraguá Kwarãý Djekupe
- UBS Alto De Pinheiros
- UBS Antonio Pires Ferreira Villalobo
- UBS Bom Retiro
- UBS Butantã
- UBS Cambuci
- UBS Carlos Olivaldo Lopes Muniz
- UBS Casa Verde
- UBS Dr. Humberto Pascalli (UBS Sta Cecília).
- UBS Dr. João de Azevedo Lage (UBS Humaitá)
- UBS Dr. L. E. Mazzoni
- UBS Dr. Thésio Ventura
- UBS E. R. Reschilian
- UBS Engenheiro Guilherme Henrique Pinto Coelho
- UBS Engo Goulart – Dr. José Pires
- UBS Itaquera
- UBS Jardim Boa Vista
- UBS Jardim D'abril
- UBS Jardim Ipanema
- UBS Jardim Jaqueline
- UBS Jardim República.
- UBS Jardim Vera Cruz
- UBS Jd. Camargo Novo – Itaim Paulista
- UBS Jd. Cidade Pirituba
- UBS Jd. Eliane
- UBS Jd. Nossa Senhora do Carmo
- UBS Jd. Umuarama
- UBS José Bonifácio III
- UBS Luiz Paulo Gnecco
- UBS Mariquinha Sciascia
- UBS Neusa Morales
- UBS O. Marasca
- UBS Parada XV de Novembro
- UBS Parque da Lapa
- UBS Pedro de Souza Campos
- UBS Perus
- UBS Pirituba I
- UBS Prefeito Prestes Maia
- UBS São Jorge
- UBS São Vicente de Paula
- UBS V. Gumercindo
- UBS V. Pereira Barreto
- UBS Vila Barbosa
- UBS Vila Curuçá
- UBS Vila Dalva
- UBS Vila Jaguará
- UBS Vila Nova Jaguaré
- UBS Vila Romana
- UBS Vila Sônia
- UBS Wamberto D. Costa
- UBSF Parque Novo Mundo I e II
- UBSF Vila Piauí
- Unidade de Medicinas Tradicionais Centro

A Subgerência de Doenças e Agravos Não Transmissíveis – DANT-CCD-COVISA agradece:

- Aos órgãos financiadores do Vigisus II
- Ao Ministério da Saúde através da Coordenação Geral de Vigilância de Doenças e Agravos Não Transmissíveis e ao Departamento de Análise de Situação de Saúde
- A todos os profissionais de saúde que participaram diretamente deste projeto com dedicação, esforço e paciência.
- Aos tutores (orientadores dos grupos de pesquisa) e suas respectivas instituições de ensino
- À Coordenação de Vigilância em Saúde – SMS, especialmente: Dra. Inês Suarez Romano, Dra. Sonia Regina Testa Silva Ramos, Dr^a Rosa M. D. Nakazaki, Dr. Luiz Cláudio Ferreira Espindola e demais equipes da COVISA-SMS
- À Coordenação de Atenção Básica, Equipes Temáticas e Assessorias Técnicas, especialmente à equipe de Medicinas Tradicionais e Práticas Integrativas em Saúde
- Aos Coordenadores Regionais de Saúde e Supervisores de Vigilância em Saúde por acreditarem e investirem neste processo
- Ao Centro de Estudos, Pesquisa e Documentação Cidades Saudáveis - CEPEDOC: Profa. Dra. Márcia Faria Westphal, Juan Carlos Aneiros Fernandez, Lúcia Márcia André, Sophia Karla Motta do Espírito Santo, Rosilda Mendes, Marco Akerman e Neide Maria Claudino
- Aos Professores Doutores: Ana Maria Cavalcanti Lefèvre e Fernando Lefèvre
- Aos consultores que colaboraram com os pareceres dos artigos deste Caderno Técnico
- Aos demais profissionais presentes em diferentes momentos do processo: Dr. José da Silva Guedes, Dra. Célia Medina, Dra. Isaura Oliveira Isoldi, Dra. Luzia Fátima Baiert, Dra. Tatiana Gabriela Brassea Galleguillos, Alexandre Oliveira Leme, Dra. Ianni Regia Scarcelli, Dr. Nivaldo Carneiro Junior, Dra. Ausônia Favorido Donato, Dr. Antonio Carlos do Espírito Santo, Vera Helena Lessa Villela; Darlene Dias

Agradecimentos dos grupos de pesquisa

CENTRO-OESTE

Estudo da visita domiciliar de agentes comunitários da saúde na UBS Vila Dalva do Município de São Paulo: possibilidades e limites nas ações de promoção à saúde

- Centro de Saúde Escola Butantã - Samuel B. Pessoa da FMUSP
- UBS Engenheiro Guilherme Henrique Pinto Coelho -Vila Dalva
- Aos colaboradores, Prof^a Dra. Ana Lucia da Silva, Dr. Rubens Kon e Sra. Maria Goreti Barros Salgueiro, Prof^o Alexandre de Oliveira Leme e Dr. Luís Gracindo Costa Bastos pelo incentivo na realização deste projeto
- Às pessoas hipertensas e aos Agentes Comunitários de Saúde da UBS Vila Dalva que participaram deste projeto

A relação das Práticas Corporais e Meditativas com a Promoção de Saúde e a caracterização do perfil dos usuários da Coordenadoria Regional de Saúde Centro Oeste

Os autores gostariam de agradecer pelo suporte financeiro ao Vigisus - Ministério da Saúde, Secretaria Municipal de Saúde de São Paulo, Coordenação de Vigilância em Saúde - Centro de Controle de Doenças (CCD), Doenças e Agravos Não Transmissíveis, Coordenadoria Regional de Saúde Centro-Oeste e aos membros da equipe. O projeto que originou este manuscrito é produto da capacitação em avaliação da efetividade em promoção de saúde em doenças e agravos não transmissíveis.

Agradecemos ainda a Universidade Nove de Julho pelo suporte e apoio na realização da coleta de dados, fornecimento de espaço físico para o treinamento dos alunos e pela participação dos alunos em várias etapas da pesquisa.

Alcance e Limitações da Promoção em DANT: Avaliação e monitoramento da adesão à dieta em diabéticos

À Equipe DANT, que propiciou essa experiência. A Ana Lúcia da Silva, que conduziu o treinamento prático da Entrevista Aberta. Agradecimento especial à professora Selma Patti Spinelli, que acompanhou a realização deste trabalho. Ao Depto. de Medicina Social da Faculdade de Ciências Médicas da Santa Casa de São Paulo, que nos cedeu o espaço e as condições materiais para a realização do projeto.

Avaliação das ações de Promoção de Saúde em Hipertensão e Diabetes em três Unidades Básicas de Saúde no Município de São Paulo

Aos usuários portadores de DM e HA que participaram como sujeitos da pesquisa; aos profissionais e gestores das Unidades Básicas de Saúde incluídas no estudo e à equipe do CCD/DANT pelo apoio, em especial, a Denise Guedes Condeixa pela transcrição das fitas cassete gravadas durante os grupos focais e a Renata Yuriko Yida pelas sugestões no questionário alimentar.

LESTE

Atividades Corporais: Quais os benefícios para a Promoção da Saúde e Qualidade de Vida percebidos pelos próprios hipertensos?

- A COVISA / CCD / DANT pela iniciativa do CAEPS e por nos possibilitar participação no mesmo
- A todos da Administração direta que nos apoiaram na execução deste trabalho (Coordenadoria de Saúde, Supervisores de área e gerentes de Unidades)
- Aos nossos usuários, que prontamente nos atenderam com seus depoimentos e entrevistas
- A Cristina Valéria Ponchirolli – Nutricionista da Vigilância Epidemiológica Suvis Itaquera
- A Alessandro Pereira Gonçalves – Professor Educação Física e Agente de Apoio da Suvis Itaquera

Práticas Corporais, dores crônicas e Promoção da Saúde

- Julie Silvia Martins – Cirurgião-dentista – Núcleo de Pesquisa da Casa de Saúde Santa Marcelina
- Zenaide Neto Aguiar – Educadora em Saúde Pública – Coordenadora da Escola Técnica do SUS Leste 2
- Aos instrutores das práticas corporais das Unidades: UBS Dr.Thérso Ventura - Superv.Técnica de Saúde de São Miguel UBS Prefeito Prestes Maia – Sup.Técnica de Saúde Cidade Tiradentes e Centro de Práticas Naturais de São Mateus – S.T.S. São Mateus

A percepção dos servidores públicos em relação ao Ambiente Livre de Tabaco em duas Unidades de Saúde da Supervisão Técnica de Saúde de Ermelino Matarazzo

- Dra. Márcia Aparecida Kersul de Brito – Gestora do tema
- Solange Calixto – Coordenadora da UBS Dr. Carlos Olivaldo Muniz
- Fátima Aparecida Ribeiro de Oliveira – Coordenadora da UBS Pedro de Souza Campos
- A todos os funcionários da UBS Carlos Olivaldo Lopes Muniz e UBS Pedro de Souza Campos, cuja colaboração tornou possível a pesquisa

As Práticas Integrativas e Complementares contribuindo para a Promoção da Saúde em Doenças e Agravos Não Transmissíveis

- primeiramente a Deus
- Unicsul– Universidade Cruzeiro do Sul – Câmpus São Miguel
- monitores das Práticas Integrativas e Complementares das Unidades de Saúde pesquisadas
- voluntários das Unidades de Saúde pesquisadas
- gerentes das Unidades de Saúde pesquisadas
- Centro de Práticas Naturais de São Mateus
- Centro de Testagem e Aconselhamento Dr. Sérgio Arouca-Itaim Paulista
- Subprefeitura de São Mateus
- estagiários de biologia da Subprefeitura de São Mateus: Evelyn Cristina do Nascimento e Fábio de Jesus Galdino
- e a toda equipe de DANT/COVISA

NORTE

A percepção dos médicos que atuam na rede básica de saúde sobre violência intrafamiliar

- Agradecemos ao Grupo de Prevenção e Atendimento às Vitimas de Violência de Pirituba/ Perus, que fez emergir o interesse pelo tema de pesquisa
- Agradecemos aos médicos das Unidades Básicas de Saúde de Pirituba/Perus, que participaram da pesquisa e contribuíram para refletir sobre a questão da violência
- Agradecemos à Supervisão Técnica de Pirituba/ Perus, pelo apoio destinado aos técnicos que realizaram a pesquisa
- Agradecemos aos técnicos de DANT/ COVISA, pelo empenho para a realização da pesquisa
- Agradecemos aos profissionais do CAPS Pirituba-Jaraguá, pela cessão de espaço e acolhimento no decorrer da pesquisa

Avaliação de conhecimentos e práticas em nutrição e alimentação de servidores municipais de Unidades Básicas de Saúde

- As autoras do Projeto de Pesquisa: *Avaliação de conhecimentos e práticas em nutrição e alimentação de servidores municipais em Unidades Básicas de Saúde agradecem*
- À Supervisão Técnica de Saúde Pirituba/Perus que permitiu a realização do projeto

- À Suvis Pirituba/Perus, pela liberação de parte da equipe que foi gestora, tutora e realizadora do projeto, além do suporte logístico para a realização da capacitação
- Aos gerentes das Unidades de Saúde da Supervisão Técnica de Saúde Pirituba/Perus, que ao liberarem seus funcionários para a capacitação tornou possível a realização do projeto
- Aos funcionários das Unidades de Saúde da Supervisão Técnica de Saúde Pirituba/Perus, por se candidatarem a capacitação e participarem da pesquisa
- Ao Hospital Psiquiátrico Felipe Pinel, pela liberação do espaço onde foi realizada a capacitação em Vigilância

As práticas complementares e a qualidade de vida entre usuários de unidades de saúde da Supervisão Vila Maria - Vila Guilherme

Pesquisadoras:

- Agentes Comunitários de Saúde das Equipes: Azul – PSF Pq. Novo Mundo I e II
- Luciana Guerra Gallo - voluntária

Consultoria estatística:

- Maria Regina Alves Cardoso

Supervisor de Saúde:

- Dr. Ruy Guilherme Cordéro da Silva

Gerentes atuais e anteriores:

- Rosemary L.A. Conde, Lydia M.F. Duarte dos Santos, Cassio Friggi Bissoli, Suzana Baptista Ramos, Maria Lucia Moreno Garcia, José Mauro Del Roio Correa
- Luciene Lupatelli, Armino Carretoni Lopes, Sônia Regina S. de Moraes

Digitadoras:

- Andréa M. Nascimento e Wilma P. Goes dos Santos

Informática:

- Leopoldino A. Galvão e Roberto Susuki

Consultoria Epi-info/COVISA:

- José Olimpio de Albuquerque e Márcia Dodrowisch

Motoristas:

- Mário Genaro Sanches, João Moratore Neto
- Antonio Batista Martins e Carlos Roberto de Oliveira

As Práticas Complementares/ Atividade Física e a Qualidade de Vida de usuários de Unidades de Saúde da região norte da Cidade de São Paulo

Agradecemos às pesquisadoras:

- Luciana Guerra Gallo, Guilherme Menezes Alves Da Costa, Ivete Aparecida Vieira De Moraes, Dr^a. Vera Buzio

Consultoria estatística:

- Maria Regina Alves Cardoso

A Terapia Comunitária na fala dos seus atores

- Dr^a. Vânia Soares de Azevedo Tardelli – Coordenadora Regional de Saúde
- Dr^a. Andrea Buonamigo – Supervisora Técnica de Saúde Pirituba/Perus
- Prof. Dr. Fernando Lefevre
- Prof^a. Dr^a. Ana M. Lefèvre
- Pesquisadoras do Instituto de Pesquisa do Discurso do Sujeito Coletivo
- Prof^a. Dr^a. Márcia F. Westphal
- Equipe CAEPS DANT
- Terapeutas Comunitários da região de Pirituba/Perus
- Participantes dos grupos de TC entrevistados

Conselho Gestor: Participação e Controle Social na Promoção em Doenças e Agravos Não Transmissíveis

- À Equipe DANT-CCD-COVISA que planejou essa capacitação
- Aos colegas que participaram na primeira etapa de elaboração do Projeto: Dr. Luis Carlos A. Heyn e Silvana Migliore
- Aos colegas profissionais das Unidades pesquisadas e aos Conselheiros dessas Unidades
- Agradecemos à professora Selma Patti Spinelli, do Departamento de Medicina Social da Faculdade de Ciências Médicas da Santa Casa de São Paulo, consultora do Projeto de Pesquisa

SUDESTE

Uma Experiência de Promoção de Saúde Baseada no Lian Gong na Supervisão Técnica de Saúde Ipiranga

- Com relação aos agradecimentos, gostaríamos de agradecer aos nossos familiares (pela compreensão das horas e dias dedicados à elaboração do trabalho), aos nossos colegas de trabalho (também pela compreensão pelos dias atribulados diante das demandas e prazos do trabalho), à tutora Carmen Silvia Carmona e à equipe de COVISA/DANT (por todo apoio dedicado à equipe do Ipiranga)

“Atenção à saúde das pessoas vítimas de violência doméstica: Alcances e limitações das práticas de Promoção da Saúde na Atenção Básica”

- Queremos agradecer a todas as pessoas que empreenderam esforços para a realização deste estudo, que está em sua fase final, esperando que o mesmo contribua para a formulação de políticas públicas de saúde na cidade de São Paulo em prol da população
- Evitando correr o risco de esquecimentos, citamos os órgãos nos quais essas pessoas trabalham: Coordenadoria de Saúde da Região Sudeste, Supervisão Técnica de Saúde de Vila Prudente e Sapopemba, COVISA/CCD/DANT, professores da Faculdade de Saúde Pública de São Paulo, gerentes dos serviços de saúde em que trabalham os pesquisadores e colegas de trabalho
- À nossa tutora Sophia Karlla Almeida Motta do Espírito Santo, cuja contribuição tem sido imprescindível na elaboração deste trabalho

SUL

As Práticas Corporais da Medicina Tradicional Chinesa e a Efetividade da Promoção da Saúde na região Sul do Município de São Paulo

- Coordenadoria Regional de Saúde Sul
- Supervisões Técnicas de Saúde: Santo Amaro/Cidade Ademar e Capela do Socorro
- Suvis Santo Amaro/Cidade Ademar
- A toda a equipe e usuários das unidades de saúde que participaram do projeto: UBS Jd. Umuarama, UBS Jd. República e Cecco Interlagos
- Área Técnica da Medicinas Tradicionais e Práticas Integrativas em Saúde - SMS
- Aos profissionais e voluntários que participaram dando depoimentos da História da Implementação da Medicina Tradicional Chinesa no município
- Tutora do Grupo: Fatima Madalena de Campos Lico
- COVISA
- Carmen Helena Seoane Leal

Morte precoce por doença hipertensiva e diabetes na região sul da cidade de São Paulo: determinantes e representações sociais

- Ana Maria Cavalcanti Lefèvre. Doutora em Saúde Pública. Faculdade de Saúde Pública da USP
- Dressiane Zanardi Pereira. Bolsista CNPQ da Universidade de São Paulo
- Edir Daher Haddad Marques. Dentista. Assessora Técnica RH Desenvolvimento CRSSul
- Mauro Tanigushi. Médico. Coordenador Técnico do PRO-AIM (Programa de Aprimoramento das Informações de Mortalidade) no Município de São Paulo

ORIENTADORES DOS PROJETOS DE PESQUISA

Alexandre Oliveira Leme
Psicólogo, Mestre em Saúde Pública

Ana Lúcia da Silva
Enfermeira – Doutora em Enfermagem – Instituto de Saúde-SES-SP/Grupo de Pesquisa de Práticas e Políticas de Saúde/Universidade Nove de Julho

Ana Maria Bara Bresolin
Médica – Secretária Municipal de Saúde – Coordenação de Vigilância em Saúde. Doutora em Medicina

Andrea Focesi Pelicioni
Geógrafa – Doutora em Saúde Pública, Docente das Faculdades Metropolitanas Unidas

Andreza Campos Moretti
Bacharel e Licenciada em Dança (Unicamp); Mestre em Artes (Unicamp); Doutoranda em Pedagogia do Movimento Humano – Educação Física (EEFE-USP)

Carmen Silvia Carmona de Azevedo
Médica Veterinária – Secretária Municipal de Saúde – Coordenação de Vigilância em Saúde
Doutora em Saúde Pública.
Departamento de Prática de Saúde Pública/Faculdade de Saúde Pública/Universidade de São Paulo.

Celeste Elvira Viggiano
Nutricionista – Suvis Pirituba/Perus – Secretária Municipal de Saúde, Mestre em Saúde Pública, pela FSP da Universidade de São Paulo

Dinalva Menezes Castro Tavares
Psicóloga – Doutora em Saúde Pública – FSP-USP

Elisa Harumi Kozasa
Bióloga – Universidade Federal de São Paulo e Universidade Nove de Julho
Pós doutoranda do Departamento de Psicobiologia da Universidade Federal de São Paulo

Fatima Madalena de Campos Lico
Psicóloga – Secretária Municipal de Saúde – Coordenadoria Regional de Saúde – Sul
Mestre em Psicologia Social – Saúde Pública/USP, Especialista em Saúde Pública – FSP/USP

Laércio Fidélis Dias
Antropólogo – Doutor em Antropologia pela Universidade de São Paulo, Universidade Nove de Julho

Maria Aparecida Modesto Dos Santos
Enfermeira – Prof.^a MS da Universidade Cruzeiro do Sul – UNICSUL e da Faculdade Santa Marcelina – FASM. Mestre em Educação pela Universidade Metodista de São Paulo

Maria Célia Guerra Medina
Médica Sanitarista e Epidemiologista

Regina Maria Ignarra
Assistente Social – Doutora em Saúde Pública, Instituto de Pesquisa do Discurso do Sujeito Coletivo

Rosiani de Cássia B. M. L. de Castro
Enfermeira – Prof.^a do Departamento de Enfermagem, Universidade Cruzeiro do Sul. Doutora em Enfermagem pela Universidade de São Paulo

Selma Patti Spinelli
Socióloga – sanitarista, pesquisadora do CEALAG-Centro de Estudos Augusto Leopoldo Ayrosa Galvão, da Faculdade de Ciências Médicas da Santa Casa de São Paulo. Mestrado em Administração Sanitária pela Faculdade de Saúde Pública / USP

Sophia Karlla Almeida Motta Do Espirito Santo
Mestre em Linguística e Especialista e Doutoranda em Saúde Pública, FSP/USP

Este livro foi impresso nas oficinas
gráficas da Imprensa Oficial do
Estado de São Paulo, rua da Mooca,
1.921, em setembro de 2009.