



Inês Nascimento de Carvalho Reis

**Espaços públicos invisíveis:
perdas e conquistas na Promoção da Saúde**

Tese de Doutorado

Tese apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Serviço Social do Departamento de Serviço Social da PUC-Rio como parte dos requisitos parciais para obtenção do título de Doutor em Serviço Social.

Orientadora: Profa. Ilda Lopes Rodrigues da Silva

Rio de Janeiro
Maio de 2012



Inês Nascimento de Carvalho Reis

**Espaços públicos invisíveis:
perdas e conquistas na Promoção da Saúde**

Tese de Doutorado

Tese apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Serviço Social do Departamento de Serviço Social da PUC-Rio como parte dos requisitos parciais para obtenção do título de Doutor em Serviço Social. Aprovada pela Comissão Examinadora abaixo assinada.

Profa. Ilda Lopes Rodrigues da Silva

Orientadora
Departamento de Serviço Social – PUC-Rio

Prof. Julio Alberto Wong Un

Centro de Ciências Médicas-UFF

Profa. Maria de Fátima Lobato Tavares

ENSP-Fiocruz

Profa. Mônica de Castro Maia Senna

Serviço Social-UFF

Profa. Sandra Aparecida Venâncio de Siqueira

ENSP-Fiocruz

Profa. Mônica Herz

Vice-Decana do Centro de Ciências Sociais da PUC-Rio

Rio de Janeiro, 22 de Maio de 2012

Todos os direitos reservados. É proibida a reprodução total ou parcial do trabalho sem autorização da universidade, da autora e da orientadora.

Inês Nascimento de Carvalho Reis

Graduou-se em Serviço Social pela Pontifícia Universidade Católica do Rio de Janeiro (1984). Possui mestrado em Serviço Social pela Pontifícia Universidade Católica do Rio de Janeiro (1988). Tem experiência de mais de vinte anos na Atenção Básica do Sistema Único de Saúde, na Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca, da Fundação Oswaldo Cruz, atuando principalmente nos seguintes temas: promoção da saúde, educação, ética e espaço público de sala de espera, Atenção Básica de Saúde em diversos contextos.

Ficha Catalográfica

Reis, Inês Nascimento de Carvalho

Espaços públicos invisíveis: perdas e conquistas na promoção da saúde / Inês Nascimento de Carvalho Reis; orientadora: Ilda Lopes Rodrigues da Silva. – 2012.

282 f. : il. (color.) ; 30 cm

Tese (doutorado)–Pontifícia Universidade Católica do Rio de Janeiro, Departamento de Serviço Social, 2012 .

Inclui bibliografia.

1. Serviço social – Teses. 2. Promoção da saúde. 3. Espaço público. 4. Educação. 5. Diálogo. 6. Cidadania. 7. Conscientização. 8. Atenção básica de saúde. 9. Centro de saúde escola. 10. Sala de espera. I. Silva, Ilda Lopes Rodrigues da. II. Pontifícia Universidade Católica do Rio de Janeiro. Departamento de Serviço Social. III. Título.

CDD: 361

Ao presente-futuro,
expresso nas minhas filhas,
nos cidadãos usuários e profissionais do SUS
que buscam caminhos, diariamente,
para uma vida melhor.
A força da família e da fé.

Agradecimentos

Agradecer faz parte do momento de mostrar ao outro o meu reconhecimento do quanto ele foi importante em minha caminhada. Tenho a felicidade de olhar para trás e sentir que recebi muito apoio, até de quem nem me conhecia, como grande parte dos gestores, profissionais de saúde e usuários dos Centros de Saúde Escola do país, que entrevistei. Muitos que me rodeiam se dedicaram a conversar comigo, ou a simplesmente ouvir-me e me fazer acreditar no meu trabalho, incentivando-me a dar o melhor de mim, em cada passo. Muitos sentiram minha ausência, em casa e no trabalho, e agiram com delicadeza e respeito, facilitando as necessidades de renúncia e de imersão, inerentes ao doutorado. Dentre tantos, finalizando o exercício desta Tese, cito aquelas pessoas que enfaticamente estiveram presentes.

À Else Gribel, minha chefe no momento da decisão de fazer o doutorado, que apoiou concretamente a temática e a pesquisa. À Emília Correia, Gisele D'Owyer, Solange Amaral e Maria Laudime Arruda que continuaram a apoiar-me. À Angela Castilho e Gilberto Reis pelo apoio à tranquilidade nos momentos de visita de campo. À Gíssia Galvão, que supriu minha ausência como docente, em diversos momentos. À profissional e cidadã Dona Antonia, pelo exemplo de solidariedade e garra para enfrentar a questão social, força dentro do Serviço Público.

À PUC-Rio, pelo auxílio de isenção de mensalidade, sem o qual este trabalho não poderia ter sido realizado.

Aos profissionais da PUC-Rio que, além de me isentarem da mensalidade, passaram-me seus conhecimentos. Destaco Ilda Lopes Rodrigues da Silva, minha Orientadora, exemplo de respeito ao diálogo e à pluralidade, uma coerência arendtiana. À Ana Quiroga, que, com meus parceiros de doutoramento, ajudaram-me a amadurecer e recortar a temática. Ao Grupo de Estudos Hannah Arendt, pela riqueza em compreender a complexidade desta pensadora. À Joana Maria, do Departamento de Serviço Social, pelas diretrizes institucionais; bem como ao Sr. Nilton e Ana, da CCPG; e à Márcia, da Biblioteca Central.

À dedicação da Banca, não só pelas contribuições neste momento ápice, mas também pela disponibilidade em me ajudar durante estes anos de aprendizado. À Maria de Fátima Lobato Tavares, a Fafá, por apresentar-me a Promoção da Saúde e me orientar nessa caminhada. À Mônica Castro Maia Senna, pelas palavras incentivadoras, e por me ajudar a acreditar e a divulgar a riqueza existente na Sala de Espera, enquanto espaço público transformador. À Sandra Aparecida Venâncio de Siqueira, pelas reflexões sobre o SUS. Ao Júlio Alberto Wong Un, que aceitou partilhar seus conhecimentos com a Banca, antes mesmo de conhecer detalhes do trabalho.

Finalmente, agradeço a quem mais foi privado de minha dedicação, minha família e amigos. Em especial, minhas filhas, Amanda e Larissa, meu esposo Gilberto, meus pais, Cacilda e Fernando Mauro. Às minhas filhas também agradeço a fonte de inspiração, ao perceber que ambas já fazem parte do mundo que busca relações éticas, justiça, diálogo, e respeito à pluralidade; ao meu marido, por acreditar no meu êxito e por estar ao meu lado em caminhadas que, sem ele, seriam mais longas e pesadas; a meus pais, pelo exemplo de caminhos éticos e porto seguro para trazer-me tranquilidade frente a cada meta que vivo. Agradeço também a minha avó, que me deixou sua presença em cada instante, e ensinou-me a ter Fé.

A todas e a todos, que estão representados em cada momento, junto aos nomes aqui citados, que possibilitaram que este aprendizado fosse possível e enriquecedor, meu muito obrigada.

A todas e a todos, que ainda contribuirão para que esse aprendizado saia do papel, para que os espaços públicos e a Promoção da Saúde sejam fortalecidos, para que cada passo seja dado na direção do diálogo, da educação, da conscientização e a autonomia de todos nós brasileiros, no caminho de relações mais dialógicas, éticas, justas, solidárias e de respeito à pluralidade.

Resumo

Reis, Inês Nascimento de Carvalho; Silva, Ilda Lopes Rodrigues da. **Espaços públicos invisíveis: perdas e conquistas na Promoção da Saúde**. Rio de Janeiro, 2012. 282 p. Tese de Doutorado - Departamento de Serviço Social, Pontifícia Universidade Católica do Rio de Janeiro.

A presente pesquisa analisou a dinâmica dos espaços públicos de saúde, segundo os referenciais da promoção da saúde e seus desdobramentos, tendo como campo empírico a sala de espera, espaço institucionalizado onde o cidadão aguarda atendimento. O espaço público é expressão das relações sociais e de poder, fundamentado na ética cidadã, na pluralidade, na liberdade, na transparência, no diálogo, na solidariedade, na educação conscientizadora e transformadora. Fez-se uma pesquisa bibliográfica sobre sala de espera e análise documental sobre Promoção da Saúde. A pesquisa de campo foi quali-quantitativa, usou multi-métodos e foi realizada nos 17 Centros de Saúde Escola (CSE) do Brasil, relacionados no Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde (Cnes), entre 2009 e 2010. Foram entrevistados 91 cidadãos (24 gestores, 35 profissionais de saúde e 32 usuários), buscando identificar a evolução dos conceitos, das práticas e da institucionalização da Promoção da Saúde, na perspectiva da Atenção Básica de Saúde no âmbito do SUS. Os resultados mostraram uma sintonia na percepção dos entrevistados com essa evolução, identificando variadas dificuldades e vantagens na prática das atividades educativas, notadamente no espaço de sala de espera. Dentre as dificuldades, destacaram as ligadas ao ambiente construído, aos recursos humanos disponíveis, à dispersão dos usuários e à falta de apoio institucional. As vantagens mais citadas foram a de democratização do conhecimento, a interação social, a humanização, a organização do serviço, e a qualificação de discentes e profissionais de saúde. Ficou notória, de um lado, a visibilidade das salas de espera dos CSE como espaços empíricos de ações educativas e informativas; de outro, sua invisibilidade enquanto categoria teórica de espaço promotor de saúde, como espaço público onde se incentive o enfrentamento da questão social brasileira. O estudo conclui

que a visibilidade das salas de espera como espaço público pode ser ampliada através da valorização e do enriquecimento do saber popular e do agir em conjunto, para o incentivo à cidadania e ao bem comum, aplicando procedimentos criativos, oportunos e atrativos, sob a ótica de nossas carências atuais de recursos.

Palavras-chave

Promoção da saúde; espaço público; educação; diálogo; cidadania; conscientização; Atenção Básica de Saúde; Atenção Primária à Saúde; Centro de Saúde Escola; Sala de Espera; Serviço Social

Abstract

Reis, Inês Nascimento de Carvalho; Silva, Ilda Lopes Rodrigues da (Advisor). **Invisible Public Spaces: losses and achievements in Health Promotion.** Rio de Janeiro, 2012. 282 p. PhD. Thesis – Departamento de Serviço Social, Pontifícia Universidade Católica do Rio de Janeiro.

This study aimed to analyze the dynamics of public spaces of health, according to the references of health promotion and its ramifications, using as empirical field the Waiting Room (WR). In this study, the WR represents an institutionalized space, a built environment used under the responsibility of a legal institution, where the citizen waits for treatment. The public space expresses the social and power relationships based on ethics, plurality, freedom, transparency, dialogue, solidarity, and transformative education for critical consciousness. There was a literature search on the waiting room and document analysis on the Promotion of Health. The field research is quali-quantitative, used multi-methods and was conducted in 17 School Health Centers (CSE, in portuguese) in Brazil, listed on the National Register of Health Establishments (CNES, in portuguese), between 2009 and 2010. We interviewed 91 people (24 managers, 35 professionals and 32 users) in order to identify the evolution of concepts, practices and institutionalization of health promotion from the perspective of primary health care in the SUS (Health Unique System, in portuguese). The results showed a consistent perception of people interviewed with these developments, identifying different challenges and advantages in the practice of educational activities, especially within the WR. Among the difficulties, were highlighted those related to the built environment, the available human resources, the dispersion of users and the lack of institutional support. The main advantages cited were the democratization of knowledge, the social interaction, the humanization, the service organization, and the qualification of students and health professionals. It became notorious the visibility of the WR of the CSE as an empirical space for educational and informative actions; on the other hand, it became obvious its invisibility as a theoretical category of promoter of health, a public space made to encourage the confronting of social issues in Brazil. The study concludes that the visibility of

WR as a public space can be expanded through the enhancement and enrichment of popular knowledge and the acting together to favor common goods and citizenship, applying creative, relevant and attractive procedures, from the perspective of our current lack of resources.

Keywords

Health promotion; public space; education; dialogue; citizenship; awareness; primary health care; School Health Centers; waiting room; Social Work

Sumário

1. Introdução	17
2. Questão Social e Saúde: trajetórias até a Promoção da Saúde	33
2.1. Questão Social e os Determinantes Sociais de Saúde	33
2.2. Caminhos até a Promoção da Saúde	45
2.3. Saúde no Brasil e Atenção Básica de Saúde	60
3. Espaço Público na Promoção da Saúde	90
3.1. Espaço público como expressão e pactuação da sociedade	90
3.2. Espaço público exposto no ambiente	93
3.3. Espaço público como espaço educativo	97
4. Metodologia	106
4.1. Princípios metodológicos	106
4.2. Critérios de seleção, etapas da pesquisa e considerações éticas	112
4.3. Critérios para análise e tratamento dos dados	130
5. Espaço Público: Promoção da Saúde e Sala de Espera dos Centros de Saúde Escola	135
5.1. Perfil dos entrevistados e dos Centros de Saúde Escola	135
5.2. Percepções dos entrevistados sobre a Promoção da Saúde	150
5.3. Percepções dos entrevistados sobre a sala de espera	164
6. Considerações finais	193
7. Referências bibliográficas	200
Apêndices	225

Lista de Tabelas

1 – Distribuição dos Centros de Saúde Escola segundo as exigências de submissão ao Comitê de Ética em Pesquisa	118
2 - Contatados na visita de campo em 3 Centros de Saúde Escola	125
3 - Distribuição dos 35 questionários dos 14 Centros de Saúde Escola pesquisados por telefone	127
4 - Resultado dos questionários preenchidos nos 17 Centros de Saúde Escola do Brasil	129
5 – Caracterização dos 91 questionários analisados nos 17 Centros de Saúde Escola	136
6 - Tempo aproximado de espera para atendimento nos 17 Centros de Saúde Escola, segundo informação dos gestores	141
7 – Situação de gerência dos 17 Centros de Saúde Escola de acordo com o tipo de instituição gestora	146
8 - Percepção sobre a promoção da saúde para gestores, profissionais e usuários nos 17 Centros de Saúde Escola do Brasil	152
9 - Percepção dos 32 usuários sobre o ambiente da sala de espera dos 3 Centros de Saúde Escola visitados	168
10 - Percepção dos 32 usuários sobre possíveis melhorias na sala de espera dos 3 Centros de Saúde Escola visitados	169
11 – Grupo de temas abordados nas salas de espera dos 17 Centros de Saúde Escola, segundo gestores e profissionais entrevistados	172
12 - Percepção de gestores e profissionais entrevistados nos 17 Centros de Saúde Escola sobre as vantagens do desenvolvimento atividades educativas em sala de espera	176
13 - Percepção dos gestores e profissionais entrevistados nos 17 CSE sobre dificuldades em relação a desenvolver atividades educativas em sala de espera	184
14 - Recursos considerados importantes para atividades educativas na sala de espera, citados durante as falas de gestores e profissionais entrevistados nos 17 Centros de Saúde Escola	190

Lista de Figuras

Figura 1 - Síntese das 82 publicações apresentadas na Biblioteca Virtual em Saúde, com o descritor “sala de espera”, em abril de 2009	25
Figura 2 - Síntese da Declaração de Alma-Ata e das seis Conferencias Internacionais sobre Promoção da Saúde	56
Figura 3 - Organização do Sistema Único do Brasil – SUS	63
Figura 4 - Os 23 Centros de Saúde Escola, por região do Brasil, segundo o Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde (Cnes), em 2009 e 2010	116
Figura 5 - Frequência de atividades nas salas de espera nos 17 Centros de Saúde Escola no Brasil	117
Figura 6 - Esquema lógico de análise e tratamento dos dados	134

Lista de Apêndices

1 - Pesquisa bibliográfica, sobre sala de espera, na Biblioteca Virtual em Saúde (BVS), em 2009	226
2 - Instrumento de coleta de dados com gestor	254
3 - Termo de Consentimento Livre e Esclarecido para gestores e profissionais que não desenvolvem atividades educativas	259
4 - Instrumento de coleta de dados com o responsável por atividade educativa	260
5 - Termo de Consentimento Livre e Esclarecido para Profissional que estiver desenvolvendo atividade em sala de espera no momento da visita de campo	264
6 - Instrumento de coleta de dados com profissional de saúde	266
7 - Instrumento de coleta de dados com usuários(as)	268
8 - Termo de Consentimento Livre e Esclarecido para usuários(as)	270
9 - Roteiro de Diário de Campo	272
10 – Modelo de Carta para autorização institucional	274
11 - Instrumento de coleta de dados com o responsável por atividade educativa, na fase 4 da pesquisa	275
12 - Levantamento dos recursos humanos dos 17 Centros de Saúde Escola, segundo o Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde, em 2009 e 2010	278
13 - Infraestrutura dos 17 Centros de Saúde Escola, segundo o Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde, em 2009 e 2010	279
14 - Percepção de gestores e profissionais entrevistados nos 17 Centros de Saúde Escola sobre as vantagens do desenvolvimento de atividades educativas em sala de espera	280
15 - Percepção de gestores e profissionais entrevistados nos 17 Centros de Saúde Escola sobre dificuldades em relação a desenvolver atividades educativas em sala de espera	282

Lista de siglas

ABEPSS - Associação Brasileira de Ensino e Pesquisa em Serviço Social
ABS - Atenção Básica de Saúde
APS - Atenção Primária à Saúde
BVS - Biblioteca Virtual em Saúde
CAPES - Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior
CEP – Comitê de Ética em Pesquisa
CNES - Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde
CNS - Conferência Nacional de Saúde
CONASS - Conselho Nacional dos Secretários Estaduais de Saúde
CSE - Centro de Saúde Escola
DAB - Departamento de Atenção Básica
DSS - Determinantes Sociais de Saúde
ENSP - Escola Nacional de Saúde Pública Sérgio Arouca
ESF - Estratégia de Saúde da Família
ETSUS - Escolas Técnicas de Saúde
FIOCRUZ - Fundação Oswaldo Cruz
IDH - Índice Nacional de Desenvolvimento Humano
LILACS - Literatura Latino-Americana e do Caribe em Ciências da Saúde
LOAS – Lei Orgânica de Saúde
MEC - Ministério da Educação e Cultura
MEDLINE - Medical Literature Analysis and Retrieval System Online
MOP – Movimento Popular de Saúde
NASF - Núcleo de Apoio a Saúde da Família
SciELO - Scientific Electronic Library Online
SUS - Sistema Único de Saúde
OMS - Organização Mundial de Saúde
OPAS - Organização Pan-Americana de Saúde
PAB - Piso de Assistência Básica
PAC - Programa de Agentes Comunitários
PAETEC - Programa de Apoio no Ensino Técnico
PBL - Problem Based Learning
PNABS - Política Nacional de Atenção Básica de Saúde
PNEPS - Política Nacional de Educação Permanente em Saúde
PNHS - Política Nacional de Humanização da Saúde
PNPS - Política Nacional de Promoção da Saúde
PROESF - Projeto de Expansão e Consolidação do Programa Saúde da Família
PRÓ-SAÚDE - Programa Nacional de Reorientação da Formação Profissional em Saúde
PUC-Rio - Pontifícia Universidade Católica do Rio de Janeiro
REFORSUS - Reforço à Reorganização do Sistema Único de Saúde
REUNI - Reforma Universitária
SESP - Serviço de Saúde Pública
SMS – Secretaria Municipal de Saúde
SVS - Secretaria de Vigilância em Saúde
TCLE - Termo de Consentimento Livre e Esclarecido
UFF - Universidade Federal Fluminense

Seja a mudança que você quer ver no mundo.
Mohandas K. Gandhi

1 Introdução

Motivações

A presente Tese foi motivada por mais de vinte anos de experiência e estudos em Saúde Pública e Serviço Social. Ela retrata a busca por compreender e enfrentar alguns aspectos expressos na questão social, que persistem e crescem em um mundo globalizado, em especial no ocidente, cultura onde está inserida a realidade desta pesquisa. Tarefa difícil, por significar recortes e sínteses de ricas contribuições de diversos autores e profissionais, e onde a responsabilidade da expressão do pensamento fica restrita a palavras enunciadas na realidade e no espaço-tempo. Aqui está a culminância de um produto inacabado, mas que espera trazer contribuições a vivências análogas.

A formação acadêmica em Serviço Social sempre vinculou as atividades profissionais à promoção da saúde e aos assuntos onde ela se dá. Daí decorre a preocupação desta Tese em associar as salas de espera dos serviços de Saúde Pública no Brasil a funções humanitárias e promotoras de saúde mais amplas em espaços públicos, notadamente porque tem uma dimensão quantitativa de representatividade da população vulnerável do país. Imagine-se isto ampliado para outros estabelecimentos públicos e privados fora do setor saúde e fora do Brasil.

Primeiro, cabe esclarecer que para a pesquisadora, a sala de espera faz parte do que chama de espaço coletivo, ou seja, qualquer ambiente construído e institucionalizado, público ou privado, onde os cidadãos podem estar e andar livremente, sem serem interrogados sob o direito de mobilidade, e onde estão expressas as relações de poder e sociais existentes. Pode também tornar-se um espaço público, expressão das relações do agir em conjunto, fundamentado na pluralidade, na liberdade, na transparência, no diálogo, na solidariedade, na educação cidadã conscientizadora e transformadora, construído a partir da troca de saberes técnicos e populares, para o incentivo a cidadania e o bem comum. Portanto, distingue-se de consultórios e outros ambientes que pertencem à esfera privada da instituição.

A sala de espera, geralmente, está vinculada ao ato de recepcionar o cidadão, deixando a marca do primeiro acolhimento recebido. A imagem da sala de espera no Sistema Único de Saúde (SUS), com frequência, tem sido divulgada pela mídia, que denuncia a superpopulação que espera por atendimento, um grande fluxo dos cidadãos, um grande tempo de permanência, com desconforto e ausência de informações.

A sala de espera no sistema de saúde brasileiro tem uma grande dimensão social quando se considera que os cidadãos que nela circulam costumam pertencer a camadas de menor poder aquisitivo; morar em locais com precária infraestrutura e condição saudável de vida; e ter dificuldade de acesso a informações e ao exercício da cidadania. Logo, as salas de espera de instituições de saúde pública expõem a questão social brasileira e a importância de seu enfrentamento, consagrada nas Cartas e Políticas Nacionais e Internacionais de Promoção da Saúde, que incorporam os determinantes sociais de saúde no campo da saúde pública.

Por outro lado, é um imperativo ético que o cidadão seja acolhido na Atenção Básica de Saúde (ABS) em um ambiente humanizado e que favoreça a comunicação, a educação para a saúde e o exercício da cidadania. Como apontado por estudiosos (Costi 2002; Reis 2002; Teixeira e Veloso, 2006; Poleti et al, 2006), o ato de esperar por um atendimento pode gerar tensão, angústia e acentuar patologias. Dessa forma, a espera descuidada pode ser expressão de injustiça, autoritarismo, desorganização, violência e falta de ética, expressando a continuidade das relações de poder vigentes e do modelo biomédico nos serviços de saúde (Bravo, 1996; Silva, 2004). Isto contradiz o preconizado pelo Sistema Único de Saúde, notadamente na Política Nacional de Atenção Básica de Saúde (Brasil, 2006), na Política Nacional de Promoção da Saúde (Brasil, 2006) e na Política Nacional de Humanização da Saúde (Brasil, 2004).

Assim, coerente com a Reforma Sanitária, que culminou na criação do SUS, em 1988, a visão do presente trabalho reconhece os cidadãos como portadores de direitos e deveres a serem respeitados e garantidos, independente de serem “produtivos” ou não. Estes são “(...) sujeitos de direito, agem, empreendem ações, intervêm, lutam, reivindicam, implementam no sentido de usufruir e/ou desfrutar de alguma coisa coletiva, ligada a um serviço público ou particular, dessa

forma podendo demandar os serviços prestados e exercer sua autonomia” (Vasconcelos, in Bravo et al, 2007, p. 71).

A experiência da pesquisadora sugeriu uma reflexão sobre a importância da sala de espera como um espaço público receptivo à promoção da saúde, em especial no tocante a educação em saúde, ao incentivo ao exercício da cidadania, a capacitação para geração de renda. Neste sentido, é pertinente um breve relato da experiência da pesquisadora junto a sala de espera e a apresentação de uma pesquisa bibliográfica sobre a temática, como se segue.

Experiências anteriores da pesquisadora

A pesquisadora exerce sua profissão em saúde pública desde 1987. Dentre suas funções, desde 1997, estuda um espaço público de comunicação, a sala de espera do Centro de Saúde Escola (CSE), da Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca (ENSP), da Fundação Oswaldo Cruz (Fiocruz). Trabalha com uma visão humanizadora das relações entre os homens no cotidiano da vida social, coerente com os princípios do Serviço Social que tem

como instrumento básico de trabalho a linguagem, as atividades desse trabalhador especializado que encontram-se intimamente associadas à sua formação teórico-metodológica, técnico-profissional e ético política. Suas atividades dependem da competência na leitura e acompanhamento dos processos sociais, assim como no estabelecimento de relações e vínculos sociais com os sujeitos sociais nos quais atua (Iamamoto, 1998, p. 97).

A pesquisadora percebeu que os usuários permaneciam de braços cruzados e com feições contidas enquanto aguardavam o atendimento no espaço denominado sala de espera. Resolveu, então, estudar o assunto, visando nortear novas práticas. Entrevistas com 156 cidadãos na sala de espera indicaram que muitos ficavam até seis horas esperando para serem atendidos, verbalizando sentimentos de cansaço e irritabilidade (Reis, 2002). Notou-se que, esporadicamente, alguns profissionais davam palestras enquanto as pessoas esperavam, mas estas não garantiam o processo de ensino-aprendizagem através do diálogo, como preconizado por Freire (2001). Isto levou a pesquisadora a desenvolver e aperfeiçoar novas técnicas na sala de espera, que se tornaram objeto de estudo, divulgação em meios acadêmicos e científicos e tema de estágio de graduação.

Em 1999 e 2000, foram realizadas cinquenta dinâmicas de grupo diferentes na sala de espera, cujos eixos de discussão partiam de situações concretas vivenciadas, favorecendo a ida ao CSE também para outras ações, além do atendimento convencional, buscando a valorização de um espaço público plural, dialógico e de educação transformadora (Reis, 2002). As atividades eram planejadas previamente e as técnicas de mobilização eram estratégicas para seu êxito (Konopka, 1979; Robert e Northen, 1984). Para aperfeiçoar suas próprias técnicas de abordagem e as de outros profissionais e estagiários envolvidos, mantiveram-se conversas com os usuários e realizaram-se análises críticas a partir de diálogos, fotografias e filmagens dos encontros. Observou-se neste estudo que a maioria das práticas desenvolvidas foi adequada para acontecer no espaço da sala de espera, sendo avaliadas a partir dos seguintes critérios: facilidade em atrair usuários para participar; avaliação das expressões verbais e físicas durante a atividade; e oportunidade para gerar debates promotores de saúde.

Algumas práticas (cabeleireiro, culinária, plantio, confecção de absorvente de pano) foram adequadas para suscitar discussões sobre autoestima, hábitos de vida, cuidados individuais, coletivos e com o meio ambiente. Outras promoveram economia doméstica e geração de renda (artesanato com sucata ou a baixo custo, e costura). As atividades culturais (teatro e música) e de artes visuais (desenho e pintura) incentivaram entretenimento, inclusive com temas relacionados a saúde, mas sem trocas de experiências. Atividades que exigiam maior concentração (*origami*) ou “sujeira” das mãos (papel *machê*), foram as menos apreciadas pelos adultos. Todas as dinâmicas favoreceram o bem-estar, a humanização da sala de espera e a aquisição de novos saberes, segundo o depoimento dos participantes (Reis, 2002).

Notou-se que o trabalho poderia ser autossustentável, já que contava com o apoio e/ou patrocínio de diversos estabelecimentos comerciais, além da coordenação em parceria com voluntárias moradoras da redondeza da instituição e até mesmo de bairros distantes, o que aponta uma possibilidade de práticas de intersetorialidade e *de empoderamento*, respectivamente. Apesar de desejado pelos usuários e apreciado pelos gestores, o trabalho não chegou a ser uma prioridade da gestão institucional, que precisava da assistente social para outras funções gerenciais. Isto inviabilizou a continuidade dessas atividades naquela época, que só voltaram a ser retomadas, lentamente, por equipe multiprofissional nos dias de

hoje. Mas, muitas questões ficaram. A sala de espera, espaço físico, pode tornar-se um espaço público de um agir em conjunto? Como este ambiente é apropriado por outros Centros de Saúde Escola do Brasil? Este espaço pode ser apropriado pela ABS para o desenvolvimento de ações de promoção da saúde?

Em 2001, o Decreto Lei 3.507/2000/Presidência da República exigiu a divulgação e avaliação dos atendimentos prestados em serviços públicos, o que influenciou a visibilidade das rotinas e normas de procedimentos de todos os setores do CSE. Observaram-se os impressos afixados na sala de espera e notou-se que estes eram espalhados desordenadamente e não eram recolhidos periodicamente, acarretando em painéis de cortiça lotados e cartazes colados nas paredes, o que era criticado pelos usuários, segundo levantamento da opinião destes (Reis e Reis, 2005). A partir disto, remodelou-se a comunicação na sala de espera, criando uma nova tecnologia de afixação dos impressos (Reis et al, 2004). Foram colocadas, também naquela época, caixas de sugestões distribuídas no ambiente, mas alguns usuários não acreditavam em sua eficácia, o que contribuiu para um trabalho específico sobre o assunto, assumido, recentemente, pela Ouvidoria da Fiocruz.

Procurou-se conhecer a opinião dos usuários sobre a presença da televisão na sala de espera, o que acarretou a implantação de um sistema de televisão/vídeo. Mas, o barulho decorrente da concentração de pessoas e da programação audiovisual tencionou alguns profissionais que alegaram prejuízo em suas atividades, ocasionando no desligamento do som, mas não da imagem, no início da manhã, em horário de maior movimento. A programação era baseada na opinião dos usuários, que preferiram programas de canais abertos por contribuir com o “sentimento de estar em casa e saber que horas são” (sic usuários). Os profissionais preferiam o seu uso mais educativo, apesar de nenhum demonstrar interesse em trabalhar rotineiramente com este recurso audiovisual (Reis et al, 2004).

A interferência do ambiente influenciou a presente pesquisadora na montagem de uma equipe multiprofissional do CSE e de outros segmentos da Fiocruz (assistente social, arquiteta, paisagista, designer, administrador especialista em comunicação em saúde, ergonomista e médica), visando compreender melhor e propor mudanças no espaço físico da sala de espera. A necessidade de analisar a interferência do ambiente construído e o desejo do

cidadão sobre este espaço foi estudada com a parceria da Universidade Federal do Rio de Janeiro (Castro et al, 2002; Costa, 2007; Penna, 2004; Reis, 2002; Reis, et al, 2004). Os usuários citaram que o ambiente poderia ser mais confortável, mais limpo, mais organizado, mais ventilado, maior, com melhor acústica e na cor branca (era branco gelo, cor próxima ao cinza). Isto contribuiu para a realização de um projeto participativo de requalificação do ambiente. Foram adotadas algumas estratégias de sensibilização para que o ambiente fosse melhorado, envolvendo pesquisadores, profissionais e usuários. Isto culminou em uma reforma parcial: o pátio foi modernizado, com arquibancada, bancos, pérgulas, infraestrutura para fonte de água, jogos permanentes desenhados no chão, banheiro feminino com fraldário e manutenção da área verde. Um dos argumentos para esta conquista foi o fato de que ambientes requalificados já eram atendidos em muitos espaços acadêmicos e de pesquisa da instituição do CSE, sendo necessária uma coerência institucional, como criar mecanismos que minimizem as desigualdades e que sejam coerentes com os marcos conceituais e as políticas públicas vigentes, em especial de promoção da saúde e da humanização.

É importante considerar o ser humano como cidadão e ter como premissa o ato de cuidar (Boff, 2000) e, por isto, acredita-se que é possível transformar um momento de adoecimento, como pode ser, inclusive, a espera, em uma vivência saudável. Reis, Rheingantz e Reis (2005) citam que “este é um espaço democrático de comunicação. (...) O espaço coletivo era considerado, por muitos, como a extensão da comunidade.” Os autores observaram que os usuários passaram a cuidar do ambiente, quando este passou a ser mais cuidado pela instituição: “reflete-se aqui, a transformação da expressão cultural e de apropriação dos espaços comunitários pelo indivíduo, a partir das comunicações implícitas no próprio ambiente coletivo. A apropriação do espaço é expressa também pelo imaginário dos usuários (...). As intenções dos usuários devem ser adequadamente interpretadas, considerando a polarização dos poderes, as distintas concepções de saúde e de ambiente das pessoas envolvidas.”

As atividades educativas e lúdicas desenvolvidas nas salas de espera do CSE possibilitaram uma humanização e troca de experiências entre profissionais, estes e os usuários, e entre os próprios usuários, além de uma compreensão maior do modelo de atenção e das relações de poder vigentes. Uma constatação foi o descontentamento dos cidadãos, quando as atividades foram interrompidas,

demonstrando seu interesse para que continuassem. Todavia, se percebeu uma resistência por parte dos profissionais, inclusive do Serviço Social, em abarcar entre suas rotinas as atividades relacionadas a este espaço, alegando “falta de tempo”, em vista de outras demandas institucionais. Os próprios gestores também mostraram a falta de prioridade com a sala de espera, quando não designaram um profissional administrativo para cuidar da ocupação conveniente deste espaço, que acabou sendo utilizado como depósito de móveis quebrados, além de tentarem impedir uma obra de melhorias, mesmo com orçamento já aprovado pela instituição. Constantes abordagens de sensibilização sobre a importância deste espaço tem contribuído para que seja melhor aproveitado – hoje já não há móveis quebrados, nem cartazes velhos e alguns profissionais buscam desenvolver atividades educativas que não sejam exclusivamente palestras e distribuição de folhetos. Esta realidade apontou que o espaço coletivo tem alguma visibilidade e em seu cotidiano é invisível enquanto espaço público.

A experiência da pesquisadora incitou o seu desejo de conhecer outras realidades de sala de espera e os seus questionamentos aumentaram: este tipo de trabalho pode incentivar a participação e a troca de experiências entre usuários e profissionais? Os gestores valorizam este espaço e o veem como indicador de avaliação do serviço? E, por fim, o que diz a bibliografia sobre isso?

Pesquisa bibliográfica

Com o desafio posto, resolveu-se levantar o estado da arte referente a estudos relacionados à sala de espera em serviços de saúde. Para isso, fez-se um levantamento bibliográfico on-line na Biblioteca Virtual em Saúde (BVS), em abril de 2009, e no banco de teses da Capes (Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior), em outubro de 2009. A opção de fazer um estudo on-line deve-se à grande disseminação desta mídia, e sua ampla abrangência na formação de opiniões no mundo contemporâneo. Realizou-se uma revisão bibliográfica de natureza quali-quantitativa, sendo um delineamento secundário, por tratar dos estudos de outrem (Camacho e Coelho, 2010).

O estudo apontou resultados de práticas exitosas e, também, análises de facilidades e dificuldades do desenvolvimento de atividades em sala de espera,

inclusive com as justificativas de profissionais que resistem a se dedicar a elas, mostrando efeitos similares aos vivenciados pela pesquisadora.

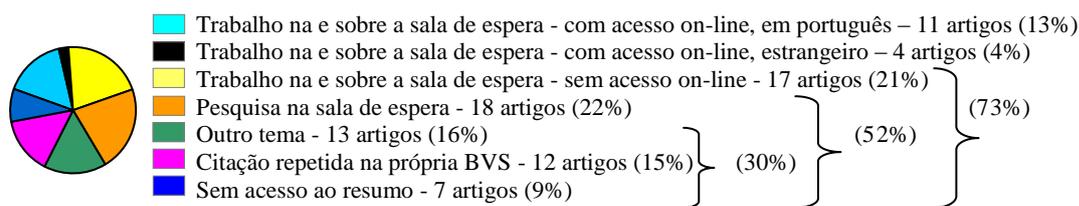
A Capes relaciona, desde 1987, todas as Dissertações e Teses das instituições de ensino do país, reconhecidas pelo MEC (Ministério da Educação e Cultura). Fez-se uma busca pela palavra-chave “sala de espera” e foram localizadas 8 Teses com este descritor (Capes, 2009). Os resumos mostraram que uma era sobre animais; seis aproveitaram o fato dos cidadãos estarem sentados esperando por um atendimento para fazerem pesquisas com estes (duas sobre avaliação de serviço, uma incluindo a sala de espera e outra não; duas sobre a vivência do indivíduo, independente da espera; duas eram somente sobre medicamentos ministrados neste espaço e suas reações adversas). Apenas uma pesquisa foi próxima à temática da discente, abordando o assunto sobre vídeos educativos neste espaço, mas não estavam disponíveis on-line. Frente a este resultado, também se fez uma busca por expressões similares utilizadas no Serviço Social: “grupo de espera” (6 Teses, sendo metade sobre biologia; duas sobre questões pedagógicas na graduação de enfermagem e do cotidiano em uma creche; e uma sobre meditação para gestante em sala de espera, mas não estava disponível on-line) e “Grupo de Situação” (4 Teses, sendo duas voltadas para doenças, uma para biodança e outra com população vulnerável, mas nenhuma relacionada a sala de espera).

Destaca-se, portanto, a predominância de Teses que estudaram questões referentes a educação e ao cuidado. As duas Teses relacionadas a atividades desenvolvidas em sala de espera, não estavam disponíveis on-line para serem analisadas naquela época. Este resultado pode ser considerado como mais um aspecto da invisibilidade que o espaço da sala de espera parece ter.

Optou-se, também, pela Biblioteca Virtual em Saúde (BVS), pois é específica da área da saúde e “distingue-se do conjunto de fontes de informação disponíveis na Internet por obedecer a critérios de seleção e controle de qualidade” (BVS, 2009). A BVS tem um extenso banco de dados, mas não foi encontrado nenhum descritor intitulado “grupo de espera” e “grupo de situação”, nem sala de espera relacionada ao descritor “Serviço Social”. Identificou-se, frente à extensão da BVS, um reduzido campo de estudo com o descritor “sala de espera”, justificando a pertinência de uma pesquisa bibliográfica aprofundada (apêndice 1).

O primeiro passo foi analisar os títulos das 82 citações com o descritor “sala de espera”; incluir somente os artigos em português, por atender a maioria dos usuários do país; e excluir os títulos repetidos, resultando em 35% das citações eliminadas nesta fase, ficando 53 para a etapa seguinte, conforme destacado na figura a seguir.

Figura 1
Síntese das 82 publicações apresentadas na Biblioteca Virtual em Saúde, com o descritor “sala de espera”, em abril de 2009



Fonte: Reis, Inês Nascimento de Carvalho. Espaços públicos invisíveis: perdas e conquistas na Promoção da Saúde. 2012.

Após a análise dos títulos, os resumos que estavam disponíveis on-line foram lidos. Foram identificados 18 relacionados a pesquisas realizadas em sala de espera, mas não sobre a sala de espera, o que sugere que os profissionais de saúde reconheceram que a sala de espera é um espaço onde há pessoas aguardando por um atendimento, e aproveitaram a oportunidade para aplicar questionários e/ou realizar entrevistas sobre assuntos de seus interesses específicos. Pode-se fazer um paralelo com o modelo tradicional de saúde, pois é um cidadão “aprisionado” na espera institucionalizada de um atendimento público, sendo “convidado” a se transformar em “objeto” de pesquisa, sem que os resultados da pesquisa necessariamente tragam contribuições para a melhoria daquele momento e daquele espaço (Foucault, 1987; Bourdieu, 2002).

A análise de todos os resumos mostrou que 39% das 82 citações da BVS eram realmente sobre a sala de espera e apenas 11 artigos (13%) tinham o acesso on-line. Estes estão relacionados na Referência Bibliográfica, mas cabe citá-los aqui, para facilitar sua individualização:

- Cavalcante et al (2006). *Assistência de enfermagem nos novos serviços de saúde mental.*
- Costa Junior et al (2006). *Recreação planejada em sala de espera de uma unidade pediátrica: efeitos comportamentais.*
- Gomes et al (2006). *Sala de espera como ambiente para dar informações em*

saúde.

- Maruiti e Galdeano (2007). *Necessidades de familiares de pacientes internados em unidade de cuidados intensivos.*
- Moreira et al (2002). *Projeto de educação em sala de espera: uma proposta de promoção de saúde-avaliação de 1 ano.*
- Poleti et al (2006). *Recreação para crianças em sala de espera de um ambulatório infantil.*
- Ribeiro et al (2000). *Estudo caso-controle de indicadores de abandono em doentes com tuberculose.*
- Ribeiro et al (2007). *Vivência de mães de crianças com deficiência auditiva em sala de espera.*
- Teixeira e Veloso (2006). *O grupo em sala de espera: território de práticas e representações em saúde.*
- Turini et al (2008). *Comunicação no ensino médico: estruturação, experiência e desafios em novos currículos médicos.*
- Veríssimo e Valle (2005). *Grupos de sala de espera no apoio ao paciente somático.*

Os artigos foram publicados predominantemente em revistas recentes (73% desde 2006, sendo metade naquele ano), da área de enfermagem (36%), na região Sudeste (80%) e todos os periódicos receberam pontuação B na classificação da Capes. Todos os autores eram profissionais de saúde, o que é justificado pela natureza do banco de dados BVS. A maioria era do sexo feminino e da enfermagem (64%), mas também apareceram artigos em parceria com outras categorias, sendo 90% dos informados eram de universidades públicas, e, destes, 30% escreveram em parceria com outros setores de saúde. Somente um artigo foi realizado por duas instituições em parceria e não envolviam universidades. Este fato aponta para a academia como a maior produtora de ciência no país.

Fez-se um resumo de cada artigo com relação às práticas e às pesquisas sobre a sala de espera; e ainda sobre os descritores, conceitos e/ou teorias utilizadas pelos autores frente à bibliografia que selecionaram (apêndice 1). É pertinente uma síntese do conjunto dos artigos, tanto no tocante aos cenários de prática, quanto ao processo de constituição do conhecimento; isto proporciona algumas reflexões que podem contribuir para uma utilização mais qualificada do espaço de sala de espera.

Prevaleceram os artigos que abordaram aspectos da sala de espera na Atenção Básica de Saúde (ABS), depois em Unidade de Terapia Intensiva e em ambulatório hospitalar, no total dos onze textos. Fez-se um agrupamento dos principais enfoques temáticos que os artigos abordaram nas salas de espera dos serviços de saúde, sendo eles: educação e informação (3), tratamento de doença (2), apoio à família e/ou acompanhante do usuário (2), entretenimento (2), relação profissional-paciente (2).

Os artigos, exceto um, enfatizaram que a sala de espera tem sido um lugar adequado à realização de práticas educativas e/ou informativas, citando: baixo custo operacional, principalmente para o SUS que busca aprimorar recursos para ABS; aumento da compreensão dos profissionais sobre as necessidades dos usuários, acarretando em informações mais adequadas, apoio emocional, mudanças em fluxos do serviço e otimização do tempo; aumento, por parte dos usuários, da compreensão sobre a instituição, os problemas e cuidados com a própria saúde, contribuindo para a melhoria da relação profissional-usuário, para o auto-cuidado e para ações como multiplicadores de saúde; diminuição de ida às consultas médicas e do uso de medicamentos; diminuição de ansiedade, inclusive com maior interesse de crianças irem ao serviço de saúde, facilitando o tratamento e a dinâmica familiar; aumento na captação e/ou nos encaminhamentos precoces de usuários; aumento da interação entre os próprios usuários, acarretando em troca de experiências e solidariedade. Mas, metade dos textos também apontou dificuldades no desempenho das práticas: espaço físico com grande movimentação de pessoal, muito barulho, pouca luminosidade e conforto, além de falta de mobiliário próprio para recreação infantil; falta de privacidade para conversar determinados assuntos, como sexualidade, considerando a heterogeneidade da população atendida; insegurança e angústia do usuário quando outro passa informação equivocada; falta de interesse, especialmente porque já exerce outras atividades, e de preparo do profissional para o trabalho em sala de espera; sentimento de medo, ansiedade e timidez de alunos de graduação ao desenvolverem alguma atividade.

Cabe destacar que a experiência da pesquisadora na realização de atividades e pesquisas em sala de espera, como já citado, apontou resultados similares a vários aqui mencionados, firmando a riqueza e desafios deste cenário de prática.

Os artigos apresentaram algumas técnicas para se trabalhar em sala de espera: capacitação profissional; planejamento prévio da atividade, avaliando sua adequação quanto ao ambiente e a clientela (flutuante, precisando usar abordagem clara e centrada no aqui-e-agora); opção preferencial pelo processo participativo e dialógico; preparação prévia do mobiliário; apresentação do nome, da profissão do facilitador e de seus objetivos com o trabalho; utilização de multimídias que suscitem debates (filmes, slides, cartazes); distribuição de folhetos para auxiliar na aquisição de conhecimentos e na multiplicação de informações; utilização de material recreativo para crianças e adolescentes; e organização de agendamento por grupo etário.

A análise específica sobre os artigos, acrescida a experiência da pesquisadora, revelou a presença de duas categorias de reflexão:

- Espaço sócio-educativo

A sala de espera apareceu como um “território dinâmico”, que possibilite a troca de experiência, espontânea ou estimulada, entre os próprios usuários; a troca entre o saber popular e o científico; o encontro de diversos saberes e a transversalidade entre as experiências psicossociais e de linguagem; a manifestação de fenômenos psíquicos, culturais, singulares e coletivos. É representada, também, como um espaço de “renovação da sociabilidade”, de formação de um “tecido social comunicativo”, de “rede social”, onde não só o saber do profissional de saúde é valorizado, mas este reconhece o do outro, suas necessidades e seus saberes, e onde o outro reconhece a si mesmo, a seu próximo e à instituição.

- Espaço para reorientação do serviço

Os artigos apontaram que a sala de espera pode ser um espaço de expressão das relações de poder, um “território entre público e privado”, pois, ao contrário da tendência dos consultórios, ela pode ser o local do inesperado, onde o profissional (instituição pública) só tem controle parcial dos fatos, e onde o indivíduo (privado) fica exposto aos efeitos institucionais do cumprimento, ou não, das políticas públicas. Ela pode, ou não, representar um espaço de “ressignificação de práticas”, de promoção da saúde, de educação para transformação social, de “terapêutica preventiva”, de “orientação antecipatória”, de cuidado, de “humanização

científica”, de “planejamento ecológico”, apontando o modelo de saúde que estiver vigente e o incentivo a reorganização do serviço, inclusive considerando o controle social preconizado pelo SUS.

Prosseguiu-se este estudo com uma busca não sistemática das experiências que foram divulgadas sobre sala de espera na rede virtual, através das notícias mais chamadas sobre o assunto no site de busca Google (2011), as quais foram apontadas no site do HumanizaSUS, do Ministério da Saúde (Brasil, 2011). Neste percurso, foram destacados cinco trabalhos relacionados a práticas educativas em sala de espera, resumidos a seguir.

As reflexões da psicóloga Patrícia Gramacho (2011) mostraram a percepção do usuário sobre o ato de esperar. Citou a importância de profissionais do serviço e estagiários observarem, escutarem e trocarem experiências na sala de espera de um hospital pediátrico de oncologia. Ela acredita que este deve ser um lugar de acolhimento, de tirar dúvidas e temores, desenvolvendo atividades com materiais lúdicos diversos (brinquedos, revistas, gibis, massas de modelar, papéis, lápis, giz de cera, materiais hospitalares como seringa, estetoscópio, palitos para exames de garganta, entre outros).

Um exemplo de implantação de um projeto de acolhimento em sala de espera foi ilustrado nas Unidades de Saúde da Família de Camaçari. O resultado de um mapeamento, elaborado pela Coordenação do HumanizaSUS Camaçari (2011), diagnosticou a necessidade de ocupar os usuários durante a espera pelo atendimento, realizando trabalhos de prevenção às doenças, de educação em saúde, de orientação aos usuários quanto ao acesso aos serviços.

Outro projeto identificado foi *Informação em saúde e cidadania na sala de espera*, que dá prosseguimento a uma experiência que ocorre desde 2003. Alunas do Curso de Serviço Social, da Universidade Federal do Piauí, que faziam estágio no Hospital Infantil Lucidio Portella, buscavam a participação dos usuários no cuidado com a própria saúde; a socialização de informações acerca dos direitos dos usuários e serviços do SUS e as formas de acessá-los; e o incentivo ao exercício da cidadania dentro e fora do hospital. As atividades foram sócio-educativas e lúdicas (exibição de vídeos, distribuição de materiais informativos e educativos, oficinas de arte, palestras e mini-cursos). O desenvolvimento dessas atividades deveu-se à convicção de que a pobreza está associada à falta de acesso à

informação e aos serviços, configurada nas demandas mais significativas e recorrentes para o Serviço Social (Alves, 2011).

Encontrou-se um relato da Escola de Saúde Pública de Porto Alegre, que iniciou atividades em sala de espera, em 2008, com duplas de residentes multiprofissionais (psicologia, serviço social, enfermagem e nutrição) e supervisionadas por uma psicóloga e um médico da instituição. O trabalho envolveu orientação e esclarecimento de dúvidas sobre a transmissão de Doenças Sexualmente Transmissíveis, estabelecimento de fluxos no serviço e distribuição de preservativos masculinos e femininos, para os interessados (Souza et al, 2011).

Outro exemplo de utilização da sala de espera como espaço de formação acadêmica e de educação em saúde com usuários e seus acompanhantes aconteceu com bolsistas de enfermagem do projeto de extensão da Universidade Regional Integrada do Alto Uruguai e das Missões, em Unidade de Saúde da Família (Rodrigues et al, 2009). Para elegerem temas a serem abordados, partiram de estudos da bibliografia existente e de informações virtuais sobre atividades em sala de espera e de dados epidemiológicos. Mobilizaram os profissionais para participarem e fizeram uso de materiais didáticos (folhetos, cartazes, figuras ilustrativas, filmes). Isto contribuiu para a troca de experiências, o autocuidado das pessoas, o conhecimento do serviço e, também, para sensibilizar profissionais para as questões dos usuários e uso deste espaço.

Conclui-se na pesquisa bibliográfica que há profissionais preocupados em utilizar, avaliar e divulgar questões referentes à sala de espera; entretanto, é maior o número de profissionais que a utilizam somente para aplicar testes de suas pesquisas com o cidadão que está ali esperando atendimento, sem buscar significados sobre aquele momento de espera. A investigação da literatura suscitou como questionamentos: a sala de espera no setor Saúde deve ser entendida como um espaço coletivo? Ou ela pode ser compreendida como um espaço público que possibilite o diálogo, o exercício da cidadania e a educação para a saúde? Ela pode ser utilizada para reorientação dos serviços, práticas promotoras de saúde e formação em serviço?

Objetivos e roteiro da Tese

A experiência empírica e acadêmica da pesquisadora, já relatada, e os achados da pesquisa bibliográfica, possibilitaram desenhar a pesquisa desenvolvida nesta Tese.

Assim, garantida a justificativa da mesma, identificou-se como pressuposto que a sala de espera pode ser transformada em espaço público, de diálogo e educação transformadora, que incorpore os conhecimentos das diversas áreas do saber para o bem comum. E, foram almejados os seguintes objetivos:

Objetivo geral:

- Analisar a dinâmica dos espaços públicos de saúde, segundo os referenciais da promoção da saúde e seus desdobramentos.

Objetivos específicos:

- Estudar as correlações entre os conceitos e as políticas de promoção da saúde que possam subsidiar uma práxis sobre o espaço público na Atenção Básica de Saúde.

- Revelar as percepções da sala de espera da saúde, segundo o olhar do usuário, do gestor, do assistente social e outros profissionais de saúde que desenvolvem atividades educativas.

- Identificar caminhos que incentivem o aproveitamento do espaço público da Atenção Básica de Saúde como promotor de saúde; de práxis institucional, profissional, acadêmica e científica.

Para atender aos objetivos propostos, a Tese está organizada em sete capítulos, incluindo este primeiro.

O capítulo 2 contextualiza historicamente a realidade na qual está inserida a presente pesquisa, apresenta uma análise de documentos referente a Promoção da Saúde, e está dividido em três partes. A primeira retrata sucintamente a questão social e a relaciona com os determinantes sociais de saúde e com o Serviço Social. Mostra-se o caminho das iniquidades que interferem nas condições de vida e de saúde de cada indivíduo e de cada sociedade, e que se refletem nos serviços de saúde pública. A segunda parte refere-se a evolução do cuidado com a saúde, traduzidos nos movimentos internacionais de promoção da saúde das últimas décadas. A terceira enfatiza esta evolução no Brasil, o surgimento do Sistema Único de Saúde, dando especial enfoque na Política Nacional de Promoção da

Saúde, na Atenção Básica de Saúde, em seus modelos de atenção e na proposta original de formação dos Centros de Saúde Escola.

O capítulo 3 discorre sobre a importância do espaço público, entendido como um espaço político, social, ambiental e educativo, com dimensões concretas e abstratas, de expressão das relações sociais, de comunicação, de construção do saber e da participação. Para tanto, aproveitam-se os pensamentos de diversos autores como Paulo Freire (1975, 1982, 1983, 2001), Milton Santos (1979, 1999, 2007), em especial Hannah Arendt (1988, 2004, 2008, 2009).

Os capítulos 4 e 5 tratam da descrição da pesquisa de campo realizada. O capítulo 4 define os princípios metodológicos utilizados; os critérios de seleção e etapas de realização da pesquisa; os critérios para análise e tratamento dos dados; e as considerações éticas adotadas. O capítulo 5 privilegia a análise dos principais resultados da pesquisa de campo, envolvendo os 17 Centros de Saúde Escola relacionados no Cadastro Nacional de Estabelecimento de Saúde (Cnes), em 2009 e 2010.

No capítulo 6 faz-se uma síntese das reflexões alcançadas sobre os resultados encontrados na pesquisa, frente aos referenciais teóricos utilizados e proposições decorrentes.

Por fim, no capítulo 7, apresentam-se as referências bibliográficas selecionadas para o estudo. E, depois, os apêndices, contendo a íntegra da pesquisa bibliográfica sobre sala de espera, realizada para embasar a justificativa da Tese; a documentação utilizada no campo; e detalhamentos de tabelas de resultados obtidos.

Considera-se que esta trajetória corresponde a um recorte de tempo, espaço e pensamento, logo, integrante de um processo inacabado e em constante evolução. Espera-se que esta Tese contribua para o desenvolvimento de práticas e conceitos relacionados ao sistema de saúde pública e ao enfrentamento das injustiças sociais. Hoje, a sala de espera está invisível para gestores e profissionais de saúde, mas não para o cidadão, que nela permanece horas a fio. A presente pesquisa interrogou sobre a importância da visibilidade desse espaço público, construído a partir de processos libertadores, dialógicos, conscientizadores e transformadores, para promoção da saúde individual e coletiva.

2

Questão Social e Saúde: trajetórias até a Promoção da Saúde

O presente capítulo está compreendido em três partes: a primeira aborda a questão social e os determinantes sociais de saúde, incluindo o Serviço Social neste contexto; a seguir, a Saúde Pública no mundo ocidental, com destaque na promoção da saúde; e, por último, a Saúde Pública no Brasil, com ênfase na Atenção Básica de Saúde.

2.1

Questão Social e Determinantes Sociais de Saúde

Uma visão ampliada de saúde compreende o ser humano não apenas como um corpo físico, mas também considera os aspectos simbólicos, culturais, psicológicos e sociais a ele agregados. Essa perspectiva é visível nos movimentos internacionais de saúde pública, que têm, cada vez mais, considerado a complexidade desse assunto que incorpora os Determinantes Sociais de Saúde (DSS), intimamente relacionados às iniquidades expressas na questão social.

A “questão social” é pensada a partir do surgimento da pobreza urbana, na primeira metade do século XVI, quando Inglaterra e França saíram da fase feudal para a semicomercial. A família do campo começou a ir para a cidade em busca de emprego, passando, muitas vezes, a viver de maneira repugnante e insegura, à custa de subemprego. A partir das leituras de Bresciani (2004), Guimarães (1997 e 2001), Lapeyronnie (2003) e Polany (1998) observou-se que, para os franceses e portugueses, não havia distinção entre o trabalhador, o pobre e o miserável, pois constituíam níveis de uma mesma condição humana dos grandes centros urbanos. Para os ingleses era diferente: industrializaram-se mais rápido e tinham os trabalhadores como um exército proletário de reserva da produção capitalista. O tipo de assistência era distinta: para os ingleses era voltada, principalmente, aos interesses do capital; na França, era centrada na preocupação com a ameaça

política da miséria, às instituições; e em Portugal, era conforme as relações do poder eclesiástico e monástico, onde prevalecia a força do catolicismo. Os chamados pobres, vagabundos e cumpridores de pena judicial eram um problema a ser enfrentado e Portugal desenvolveu um sistema penal que os enclausurava ou os enviava as suas colônias, favorecendo sua economia, no que foi seguido, depois, por Inglaterra e França.

O Brasil faz parte desta história, como antiga colônia portuguesa, onde se iniciou o extrativismo predatório e, posteriormente, a agricultura e pecuária, executados pelos pobres e os condenados a pena judicial, deportados de Portugal, bem como por índios e africanos escravizados. Nesta época já começavam as injustiças e as discriminações. As soluções eram as europeias, prevalecendo o modelo português das Santas Casas de Misericórdia (Guimarães, 1997 e 2001). A primeira Santa Casa brasileira, datada de 1543, foi a única instituição de assistência pública no período colonial e uma das poucas que acompanhou o desenvolvimento da sociedade brasileira desde então (Pinto e Hemerly, 2001).

Os séculos seguintes foram marcados na Europa, pelo grande desenvolvimento das ciências e da filosofia. Iniciativas jurídicas, notadamente na Inglaterra e França, tentavam frear os primeiros sintomas da convulsão social, reconhecendo o desemprego involuntário como um “defeito” da organização do trabalho. No século XVIII, o início da Revolução Industrial aumentou a concentração de riquezas nas mãos de poucos e o pauperismo tornou-se uma ameaça à ordem social e política; a riqueza e a pobreza viviam lado a lado, suscitando outro manifesto da questão social. O Brasil continuava subordinado a Portugal, patrimonialista e escravocrata, que cortou a chance de industrialização brasileira, até o século seguinte.

Desde então, notadamente a partir do início do século XX, com a dita sociedade moderna, tem sido crescente a preocupação com a pobreza, mas permanecem as posições sociais definidas pelo lugar ocupado na divisão do trabalho. O assalariado está assumindo uma posição estruturalmente mais firme, ainda que sofrendo a insegurança do desemprego e suas consequências, como sua condição de vida. Como apontou Hobsbawm (1995, p. 13), o século XX foi a *Era dos extremos*: a era de crise não só na forma de organizar as sociedades, mas de todas as formas; a era da revolução dos transportes e da comunicação, anulando o tempo e a distância; a era da democratização dos meios de destruição; e a era de

maior destruição ambiental. Citou, também, três transformações qualitativas perturbadoras: o declínio do mundo eurocêntrico; a construção da “aldeia global”; a desintegração de velhos padrões de relacionamento social humano. Esta última com o agravamento de que “quase todos os jovens de hoje crescem numa espécie de presente contínuo, sem qualquer relação orgânica com o passado público da época em que vivem”.

No Brasil, o caminho das relações comunicativas e interpessoais que define nossa cultura chegou de braços dados com a escravidão, ao contrário do europeu, como apontado por Da Matta et al (1982, p. 35), quando estudam a etnografia da violência no país. Citam que há uma vertente pessoal na verticalização e hierarquia das posições, representada na frase “você sabe com quem está falando?”. Mostram que esta posição, somada a outras, contribuiu para que o ato de reivindicar não seja fácil, podendo ser considerado traição ao grupo e às relações, reprimindo, assim, a capacidade de reação individual e coletiva. Cabe citar, também, Carvalho (2004, p. 229), que, ao analisar as violações à cidadania, desde a colonização do Brasil, fez uma significativa comparação: “José Bonifácio, em 1823, falou que a escravidão era um câncer que corroía nossa vida cívica e impedia a construção da nação, e a desigualdade é o nosso câncer de hoje”. Este autor, ao abordar o desenvolvimento de nossos direitos, mencionou que os direitos políticos estão em expansão, mas o analfabetismo e a inexistência de um projeto de educação civil contribuem para o fortalecimento da mídia como um poderoso meio manipulador de propaganda eleitoral; os direitos sociais estão sob ameaça, pois, apesar de possibilitarem melhoria nos indicadores de qualidade de vida, ainda persiste a desigualdade regional, social e racial; e, por fim, os direitos civis são os mais incipientes, em extensão e garantias, em especial, porque a população não os conhece ou não acredita no potencial do Judiciário. O autor justificou como uma das razões das dificuldades, nossa pirâmide de cronologia e lógica inversas ao proposto por Marshall (primeiro o exercício dos direitos civis, depois dos direitos políticos e, por fim, os direitos sociais). Identifica-se aí a influência da tradição portuguesa, onde prevalece a cultura de “estadania” ao invés de cidadania.

A questão social, enquanto conceito, surgiu em 1830, e as transformações da sociedade contemporânea acarretaram uma “nova questão social”, como abordado por Robert Castel, um estudioso francês desta historicidade. Para Castel (1998, p. 41), “a questão social pode ser caracterizada por uma inquietação quanto

à capacidade de manter a coesão de uma sociedade”, originária do pauperismo contemporâneo no século XIX. Cita que a evolução do capitalismo moderno provoca uma nova questão social, com a precarização do trabalho. Esclarece que a questão social se manifesta a partir do enfraquecimento da condição salarial e a exclusão é um de seus efeitos (utilizou o termo “exclusão” na sua análise por crer ser mais mobilizador na sociedade francesa, mas não acha adequado, pois acreditava que ninguém era excluído da sociedade, mas sim tinha perda dos vínculos produtivo e sócio-familiar, o que o fazia preferir usar “desfiliação”). Criou, então, a lógica da “zona de integração”, quando se tem todos os vínculos; da “zona de vulnerabilidade”, para quem tem somente um deles; e da “situação de fragilidade” para quem não tem nenhuma “integração”. A assistência deve dedicar-se, principalmente, à “zona de vulnerabilidade”, privilegiando a “zona de integração”, para não chegar à “desfiliação”. Para o autor, o maior problema é o desemprego de longa duração (mais de dois anos), precisando, assim, de um Estado protetor. Define que a “exclusão” “não é uma ausência de relação social, mas um conjunto de relações sociais particulares da sociedade, tomada como um todo. (...) Os “excluídos” são, na maioria das vezes, os vulneráveis que estão “por um fio” e que caíram” (Castel, 1998, p. 569), havendo uma circulação entre essa zona de vulnerabilidade e a da integração. O problema transcende a existência da “periferia precária”, atingindo a desestabilização dos estáveis e a instalação da precariedade, exigindo um Estado presente, que deve fazer uma passagem das políticas de integração (buscam, com diretrizes nacionais, o equilíbrio e a homogeneização), para as políticas de inserção (buscam ações de reequilíbrio, através da “discriminação positiva”, definindo a clientela, o espaço social e suas estratégias específicas). Como aponta o autor, ambas as políticas têm em comum “ocuparem-se dos válidos inválidos pela conjuntura”, e devem contribuir para a solução da questão social com foco nos bairros “ditos difíceis”, que têm como um dos problemas o fechamento em si mesmos, devendo ser repensados no espaço da cidade, “in vivo”.

Interessante o destaque do autor de que

“(...) hoje ocorre com frequência, um “deslocamento” da questão social para a questão urbana. (...) É claro também que, em alguns locais, vêm cristalizar-se, de modo particularmente dramático, todos os problemas que resultam da degradação salarial – taxa elevada de desemprego, instalação da precariedade, ruptura das solidariedades de classe e falência dos modos de transmissão familiar, escolar e

cultural, ausência de perspectivas e de projetos para controlar o futuro e etc.” (Castel, 1998, p. 549)

Outro problema que Castel (1998) cita é que a sociedade está garantindo mais o futuro dos idosos do que o dos jovens. Um esquema de organização das relações sociais é o de solidariedade, mas se deve considerar, baseado em Maquiavel, que “os homens não renunciam às comodidades da vida se não obrigados pela necessidade” (Castel, 1998, p. 590). Por fim, conclui que o núcleo da questão social é a existência de “inúteis para o mundo”, ou seja, aqueles que não estão inseridos no processo produtivo, pertencendo às situações provenientes da vulnerabilidade de massa. Logo, deve-se mudar esta realidade, pensando na “metamorfose da sociedade salarial, mais do que se resignar à sua liquidação” (Castel, 1998, p. 593). Menciona que no meio das incertezas, se tem uma certeza: o Estado, o poder público, é o responsável pela condução da sociedade, por ser a ponte entre o individualismo positivo e o negativo, e pode impor um mínimo de coesão à sociedade. Os esforços intelectuais, somados às vontades dos detentores do poder de decisão, podem salvaguardar a sociedade com a manutenção da coesão social, prioritária para o desenvolvimento humano.

Destaca-se que a questão social, baseada especialmente em Castel, passa a ser uma categoria analítica central para o Serviço Social no Brasil contemporâneo, pois é uma realidade que deve ser compreendida “como um processo, vale dizer, ela se transforma, ao transformarem-se as condições e as relações sociais nas quais ela se inscreve” (ABEPSS, 1996, p.4). Cabe ilustrar que, historicamente, o Serviço Social faz uma ruptura com a filantropia e suas metamorfoses rompem com o assistencialismo, para interferir e executar políticas públicas e privadas emancipatórias. O Serviço Social trabalha “com as múltiplas dimensões da questão social, tal como se expressam na vida dos indivíduos sociais, a partir das políticas sociais e das formas de organização da sociedade civil na luta por direitos” (Iamamoto, 2007, p. 160). Dedicar-se à implementação de políticas públicas e à execução dessas políticas sociais. Como mostra a autora, com o processo de descentralização das políticas sociais públicas, o Serviço Social está sendo chamado a “atuar na esfera da formulação e avaliação de políticas, no planejamento, gestão e monitoramento, inscrito em equipes multiprofissionais” (Iamamoto, 2007, p. 207), que devem apontar para a progressiva democratização

das relações sociais. As atuações dos profissionais do Serviço Social, aliadas à pesquisa da realidade, devem conectar a profissão aos “processos sociais macroscópicos” que geram e modificam a realidade, além de trabalhar o cotidiano da vida social na busca da constituição e afirmação dos direitos sociais.

Interessante enunciar a distinção estratégica entre problema social e questão social, observada por Yamamoto (2007), onde o primeiro transforma-se na segunda quando há o risco de abalar o poder dominante, apesar de reconhecer que é difícil estabelecer o momento exato em que ocorre a metamorfose dessa luta social-política. Mas, independente de divergências, a questão social é um problema decisivo para a sociedade, por estar expressa no cotidiano dos cidadãos do mundo contemporâneo, através da violência, drogas, desemprego, insalubridade e exclusões de outros tipos.

Dentre os autores contemporâneos que abordam a questão social como foco do Serviço Social estão Yamamoto (2007), Souza (1988), Vasconcelos (1985). Cabe citar Faleiros (apud Yamamoto, 2007, p. 191), que reage afirmando que a questão social é um “conceito abstrato e genérico” e não deve ser o objeto particular de uma profissão, pois diz respeito a “relações não passíveis de serem tratadas profissionalmente através de estratégias institucionais e relacionais típicas do Serviço Social”. Para ele, o *empoderamento* é que é o objeto “construído” da intervenção, dentro de uma abordagem integrada, e não dicotômica, entre o individual e o coletivo, onde o foco central deve estar “sobre a ação em defesa do usuário (cliente)”, o que o aproxima dos demais pensadores.

Souza (1988) valoriza a participação social para o enfrentamento da questão social, mas critica os dispositivos normativos das organizações que submetem o profissional a instrumentos e ações burocráticas, favorecendo que estes fiquem acrílicos. Por esta razão, defende o processo participativo nas atividades cotidianas do assistente social; este deve definir e redefinir suas ações a partir das relações de poder, e da soma das redes de poder das organizações, instituições e da população, evitando mecanismos disciplinadores e de incentivo à acriticidade. Como sugere Telles (s/a), um caminho é a articulação solidária e consciente das pessoas, que é firmado quando se valoriza a autonomia, a pluralidade e a construção de espaços públicos informais.

Como diz Vasconcelos (1985), o assistente social tem como papel atuar junto às classes populares, desvelando, descobrindo e elucidando o cotidiano do

homem comum. Portanto, como também mostram Yamamoto e Carvalho (1995, p. 115), o assistente social deve ter uma prática educativa, visão humanizadora e condições privilegiadas para apreender as variadas expressões e vivências do cotidiano da população, e para atuar no campo social dos trabalhadores no tocante à “saúde, moradia, educação, relações familiares, infraestrutura urbana, etc.” Deve incentivar a participação e a politização, contribuindo para o sujeito não somente transformar a si mesmo, mas também construir a instituição, sendo ele a fonte de movimento. Deve trabalhar com “a informação inacessível e diferente, o saber, o conhecimento impossível de ser produzido pelos diferentes segmentos da população, exatamente pela inserção que tem na realidade social” (Vasconcelos, 1997, p. 139).

As contribuições do Serviço Social são estendidas ao âmbito da saúde, considerando sua longa trajetória no Brasil, desde a década de 1930, e contemporaneamente tem uma participação ativa e relevante no movimento de Reforma Sanitária, que levou à criação do SUS. Bravo (1996) conta que, na saúde, há dois projetos políticos em disputa: o projeto privatista e o projeto da reforma sanitária, e ambos fazem exigências diferentes, no que tange à prática dos profissionais de Serviço Social e dos outros profissionais da saúde. O projeto privatista requer do assistente social uma atuação psicossocial junto ao usuário e/ou fiscalizatória dos planos de saúde; enquanto o projeto da reforma sanitária solicita a construção de um novo modelo de gestão, buscando a democratização do acesso às unidades e aos serviços de saúde e o estímulo à participação cidadã.

Como mostram Bravo et al (2007), o Serviço Social vem sendo requerido pelo SUS para contribuir para a reorganização dos seus serviços, sendo a quarta maior categoria profissional contratada. Apontam que a profissão tem seu projeto ético-político articulado com o projeto da Reforma Sanitária, notadamente, quando consegue trabalhar intersetorial e interdisciplinarmente; incentivar a acessibilidade e participação popular; democratizar as informações, inclusive científicas; contribuir para a desburocratização; incentivar a mudança da concepção de saúde, do modelo de atenção e das relações de poder para a horizontalidade; defender os princípios e valores humanísticos, libertários, democráticos e igualitários, como previstos no Código de Ética Profissional.

Todavia, o desenvolvimento de processos educativos e participativos em sala de espera, tem sido realizado por outras categorias profissionais, independente

da formação específica, como mostrado ao longo desta Tese. A profissão também vem perdendo espaço à medida que não foi incorporada a Equipe de Saúde da Família (ESF - estratégia prioritária do Ministério da Saúde para reorientação de seus serviços). A Saúde da Família trabalha dentro das comunidades carentes na lógica de atenção familiar, incluindo buscar o enfrentamento da questão social, área de atuação histórica do Serviço Social, ainda que hoje isto não tenha destaque institucional. Por outro lado, os trabalhos de visita domiciliar, atendimento familiar, anamnese social, grupos, intersetorialidade, têm sido executados por outras categorias. Não se pretende adotar aqui uma postura corporativista, mas apenas registrar que muitas dificuldades poderiam ser evitadas se as equipes de Saúde da Família contassem com técnicas multiprofissionais mais amplas.

Cabe um paralelo entre a área de saber do Serviço Social e a da Saúde: os Determinantes Sociais da Saúde (DSS) pertencem a questão social. Buss e Pellegrini (2007) fazem um levantamento histórico e bibliográfico sobre o tema, desde meados do século XIX, quando predominava a teoria miasmática (doenças eram oriundas de odores putrefatos). Ela contribuiu para importantes mudanças sociais e práticas de saúde nos processos de urbanização e industrialização naquele tempo. Cabe lembrar que a teoria miasmática influenciou no cotidiano contemporâneo, buscando a prática do enterro dos seres mortos e os cuidados com o lixo e os excrementos humanos.

Em 1985, a Organização Mundial da Saúde (OMS, apud Rabello, 2010), selecionou sete principais Determinantes Sociais da Saúde (DSS): variação biológica natural; comportamento danoso à saúde, escolhido livremente; comportamento danoso à saúde quando o grau de escolha é severamente restrito; vantagem transitória de um grupo que tem um comportamento pioneiro em relação a outro; exposição a condições de vida e trabalho estressantes e não saudáveis; acesso inadequado aos serviços públicos em geral e de saúde em particular; e seleção natural ou mobilidade social que leva o doente a descer na escala social.

Pellegrini (2011, p. 2) define os Determinantes Sociais da Saúde (DSS) e os distingue de termos que, por vezes, podem gerar confusão, citando: as desigualdades são “diferenças sistemáticas na situação de saúde de grupos populacionais”, as iniquidades são “as desigualdades na saúde evitáveis, injustas e desnecessárias (Whitehead)” e, por fim, os DSS são as “condições sociais em que as pessoas vivem e trabalham ou “as características sociais dentro das quais a vida

transcorre” (Tarlov, apud Pelegrini, 2011, p. 2). A importância da temática fez com que a OMS criasse, em 2005, a Comissão sobre Determinantes Sociais da Saúde com o objetivo de promover, em âmbito internacional, uma tomada de consciência sobre sua importância na situação de saúde de indivíduos e populações e sobre a necessidade do combate às iniquidades em saúde por eles geradas. O Brasil foi o primeiro país a criar sua própria Comissão, em 2006, com um mandato de dois anos. Seu relatório condensou, em um só documento, um amplo retrato da realidade do país e propôs encaminhamentos, além de uma Carta Aberta aos candidatos à Presidência da República, solicitando compromisso com a solução das iniquidades existentes. O relatório ressaltou a equidade como um compromisso ético. As análises e recomendações realizadas com base em sólidas evidências científicas, consideraram que se deve ter como meta ações multisetoriais de “combate às iniquidades em saúde por meio da atuação sobre os DSS que as geraram, os quais, sendo produto da ação humana, podem e devem ser modificados pela ação humana” (Comissão Nacional sobre Determinantes Sociais da Saúde, 2008, p.12). O relatório também retratou que o país “atravessa uma fase de rápidas mudanças, com uma redução, embora discreta, na concentração de renda e com quedas rápidas na mortalidade e subnutrição de crianças,” com o SUS ampliando o acesso de todos os brasileiros aos procedimentos médicos-sanitários. As recomendações do relatório adotaram, como referência, os princípios e estratégias de Promoção da Saúde.

Artigo do presidente da Comissão Nacional sobre Determinantes Sociais da Saúde (Buss, 2007) destacou que as iniquidades em saúde existem entre países e regiões do mundo, e entre ricos e pobres no interior dos próprios países; a diferença na esperança de vida ao nascer chega a 27 anos entre os países mais ricos e mais pobres; a mortalidade infantil é de 100 por mil nascidos vivos nos menos desenvolvidos e de apenas 6 por mil nos países de alta renda. O autor finaliza com uma conclamação de mobilização imediata a todo o mundo, em especial aos profissionais de saúde, com destaque aos sanitaristas:

“contra a globalização injusta, a pobreza e a exclusão, contra a corrida armamentista e a violência, por um meio ambiente sustentável, pela equidade na saúde, pela paz e solidariedade entre todos os povos do mundo, para que alcancemos melhores condições de saúde e qualidade de vida, não num futuro distante, mas hoje, aqui e agora!” (Buss, 2007, p. 1588).

De acordo com o Relatório de Desenvolvimento Humano (UNDP, 2012, p. 153), o Brasil ocupa a 73ª posição no Índice de Desenvolvimento Humano (IDH). Segundo o relatório da Organização Pan-Americana (OPAS, 2011), a desigualdade no país afeta, principalmente, a população negra (pretos e pardos) e os descendentes da população indígena. Apresenta insuficiências e desigualdades nas condições de moradia e na distribuição de serviços públicos. A qualidade da água e a regularidade do serviço são precárias, mas o acesso melhorou, apesar de ainda ser restrito (91% abastecidos na zona urbana e 23% na rural). Em relação ao esgoto sanitário, a proporção da população urbana com rede geral ou fossa séptica chegou a 76%, em 2002, mas só a 16% na zona rural, e somente 30% do esgoto do país é tratado, o que contamina pessoas e ambientes. Triste realidade que impacta a saúde e fica agravada quando se pensa na escolaridade, emprego... Definitivamente é a “banalização do ser humano”, que se deve combater como um imperativo ético e solidário, seja como cidadão comum, como profissional, como instituição e como sociedade.

A guisa de provocação sobre a realidade que assola as cidades no tocante à questão social, cabem dois relatos. Um conta que “a maioria das ruas (...) são na verdade tão somente condutos sujos e sempre úmidos de água pestilenta. Fechadas entre duas fileiras de casa, o sol jamais desce até elas. Uma multidão paliada e doentia transita (...) os pés nas águas que escorrem (...). Também existem ruelas que não permitem a passagem de dois homens juntos, verdadeiras cloacas de imundícies e de lama (...).”

Outro relato conta: "não há um único vidro de janela intacto, os muros são leprosos, os batentes das portas e janelas estão quebrados, (...) até os porões são usados como lugar de morar e em toda parte acumulam-se detritos e água suja (...), trabalhadores mal pagos misturados aos ladrões, escroques e às vítimas da prostituição”.

Ambos os relatos parecem retratos das favelas, ou modernamente, das comunidades carentes, do Brasil, do mundo. Mas, na realidade, a primeira situação refere-se à paisagem do alto de Montmartre, descrita por um observador, em 1849, e a outra é citada por Engels, ao percorrer as ruas onde morava a classe operária inglesa, ambas apontadas por Bresciani (2004, p. 75 e 25, respectivamente). Ou seja, são dois relatos que mostram momentos históricos sobre cenários da questão

social e, mais de 150 anos depois, a humanidade, que tanto evoluiu nas tecnologias, evoluiu tão pouco em relação ao enfrentamento da questão social.

Nesta circunstância é pertinente procurar novas conexões entre a questão social, o Serviço Social e a promoção da saúde. Para tanto, incluem-se as contribuições de importante pensadora sobre a contemporaneidade, Hannah Arendt (1988, 2008). Esta, ao analisar a Revolução Francesa e a Americana, aborda a questão social, que surge como papel revolucionário, quando os homens começam a achar que a pobreza não é inerente à condição humana. A pobreza é “mais do que privação, é um estado de constante privação e aguda miséria, cuja ignomínia consiste em sua força desumanizadora (...)” (Arendt, 1988, p. 48). Para ela, a pobreza compromete o espaço público, uma vez que o exercício da liberdade e da cidadania ficam comprometidos com a necessidade do *homo laborans* que trabalha para poder viver, vítima do automatismo, das carências inerentes a uma sociedade desigual, violenta, autoritária, injusta, em que todos deveriam receber educação pelo bem estar da sociedade e não em função de uma escalada social. A autora, inspirada na teoria política de Rousseau, que foi divulgada por Robespierre, aponta que um caminho seria a compaixão, podendo ser como uma “oratória revolucionária”, que pode, eventualmente, abranger toda a humanidade, quando suscita a solidariedade (Arendt, 1988, p. 64). Isto porque, diferente da piedade que puxa pela razão, a solidariedade abrange o coletivo, independente de ser rico ou pobre, forte ou fraco. Neste caso, esta autora, ao estudar Sócrates e Maquiavel, percebe que o entrave pode se dar pela hipocrisia, considerada o vício dos vícios, onde a pessoa, não tendo consciência disto, é vítima da própria mentira, logo, pode ser corrupta no âmago, o que favorece a decadência dos movimentos revolucionários. Assim, a hipocrisia e o sofrimento da miséria, geram uma fúria que repercute em revolução, onde a violência torna-se eficaz e as necessidades do ser humano invadem o domínio político, o único onde poderia ser realmente livre. Para a autora, a violência não é solução, e sim o diálogo e o fortalecimento do espaço público, um espaço de fortalecer o argumento, o agir em conjunto. Para ela, nenhuma revolução jamais conseguiu realmente resolver a “questão social” e esta só se resolve com espaços públicos fortes (Arendt, 1988).

A complexidade da temática no pensamento arendtiano leva a seus estudiosos, tais como Kneirt (2007), Aguiar (2004) e Correia (2008), que contribuem para sua melhor compreensão. O primeiro autor destaca que a questão

social foi central nas reflexões de Arendt, apesar deste conceito não ter sido tão elaborado por ela.

Aguiar (2004), em sua análise sobre a questão social, segundo Arendt, critica os estudiosos que acham o pensamento arendtiano insensível quanto aos aspectos econômicos e defende que, para ela, o social e o econômico são a mesma coisa. A categoria social é sentida com animosidade, por representar a ausência da movimentação política, estando inserida numa fenomenologia da *vida activa*, desenvolvida no livro *Condição Humana*. Destaca que uma atividade típica do social consumista é o labor e este interfere na capacidade de pensar (*vida contemplativa*) e de agir (*vida activa*) do ser humano, contribuindo para sua massificação e descartabilidade. Todavia, o autor acha que Arendt tem uma visão talvez ingênua, pelo menos para os tempos atuais, ao vislumbrar que a escassez pode ser resolvida pelo desenvolvimento tecnológico, como uma esfera neutra e de especialista. Outro autor que destaca o viés controverso de Arendt, é Correia (2008), que a nomeia “modernista relutante”, baseado em outra estudiosa arendtiana, Sheyla Benhabib. Esta expressão enfatiza o pensamento arendtiano sobre as contradições modernas, a interferência crescente da sociedade de massas, do consumismo, da esfera privada na esfera pública, que acarreta no reforço, ao invés do enfrentamento da questão social.

A questão social, baseada no pensamento arendtiano, é uma consequência da sociedade massificada consumista e não solidária, e o trabalhador alienado vive em função do consumo, contribuindo para que a esfera privada prevaleça sobre a esfera pública. Assim, aumenta a chance de uma sociedade massificada não questionadora, mais alienada, menos dialógica, menos política, reproduzindo valores massificados, sem priorizar a questão social que precisa ser enfrentada. Só a partir do fortalecimento dos espaços públicos, que acontecem através do diálogo, valorizados por Arendt, poder-se-á pressionar o poder que mantém e fortalece as desigualdades socioeconômicas.

As presentes reflexões teóricas sobre a questão social provocam inquietações sobre o respeito aos direitos humanos que tem, em contrapartida, crescentes crises ambientais, políticas, econômicas, sociais e, inclusive, dos poderes hegemônicos. Mas, há esperança de encaminhamentos solidários globais, onde espaços públicos de diálogo e exercício da cidadania podem ser aproveitados

para fortalecer o enfrentamento das manifestações da questão social, notadamente, dos Determinantes Sociais de Saúde.

2.2 Caminhos até a Promoção da Saúde

Nesta parte do capítulo 2 contextualiza-se as realidades históricas e conceituais a respeito da Saúde na sociedade ocidental, finalizando com uma análise de documentos dos movimentos contemporâneos internacionais de promoção da saúde. Pretende ser uma síntese que condense a história, que resgate a lembrança de que a caminhada da saúde é inerente à existência do ser humano.

A humanidade só chegou aos dias de hoje graças a sua inteligência para sobreviver e viver cada vez com mais segurança e conforto. Desde os povos primitivos cuida-se da saúde através de caminhos distintos dos outros seres pertencentes ao reino animal – é um “animal racional”, mesmo que utilizando práticas e conceitos diversos, com avanços e retrocessos construídos historicamente, cultural e intelectualmente. Isto é demonstrado por fósseis pré-históricos, no período Paleolítico (cerca de 10 mil anos antes de Cristo), quando os povos faziam trepanações (orifícios no crânio, por motivos de saúde ou místicos), recolocavam ossos fraturados através do uso de talas, e não removiam flechas de regiões que poderiam gerar maiores danos ao local lesionado (Civita, 1969). A importância do cuidado com o ambiente é notada em algumas cidades datadas de 4000 anos, que incluíam em suas leis as construções de banheiros, esgotos, ruas largas com sistemas de drenagem (Rabello, 2010). Tábulas de ouro, provenientes de Creta (cerca de 1200 anos antes de Cristo), descrevem que aquela civilização também possuía esgotos e, ainda, aquedutos, salas de banhos e farmacopéia (Civita, 1969).

O primeiro escrito que faz menção a médico data de 3000 anos antes de Cristo, encontrado no Antigo Egito. A medicina era consequência da Filosofia e da Lógica, pertencia a esta e buscava o sentido da vida dissociado da religiosidade. O grego considerado “pai da Medicina” e fundador da primeira escola médica, Hipócrates, defendia a Medicina baseada na experimentação, logo, dissociada da superstição e da Filosofia. Isto culminou no reconhecimento do pai da fisiologia e da anatomopatologia, o grego Erasístrato, que realizava experimentação nos corpos

dos doentes e presos, estudando as reações do organismo, inclusive por dissecação de seres humanos vivos. Por outro lado, também segundo Civita (1969), os romanos preconizavam a cura exercida por todos e proveniente da própria família, sendo o conhecimento transmitido de geração para geração, até o século I antes de Cristo, quando cederam aos avanços dos gregos. Isto deu origem ao “primeiro higienista”, Asclepiades, que criou um sistema terapêutico que consistia em banhos públicos e coletivos para higienização, exercícios físicos e em regime alimentar. No Império Romano (século II), a profissão médica era aceita e regulamentada e, no século seguinte, surgiram os primeiros hospitais, oriundos do sistema militar que via seu regimento ameaçado por acidentes bélicos e inúmeras epidemias. Por outro lado, o autor mostra que, no século III, as prioridades bélicas e econômicas contribuíram para o desinteresse pela medicina, o que deu espaço a charlatães, ficando aquela preservada nos monastérios. Somente no século XI, a medicina foi redimensionada, através dos hospitais criados pelos cristãos europeus para hospedar, alimentar e cuidar do corpo e da alma dos pobres (Giovanella e Mendonça, 2008). Esta foi incrementada a partir da Renascença (século XIV), época em que foi fundada a primeira universidade, na Bolonha, e em 1315, Mondino de Luzzi ministrou a primeira aula de prática de dissecação, para confrontar os ensinamentos recebidos, introduzindo um método de ensino que é eficaz até os dias de hoje. Mas, os diferentes modelos na medicina sugeriram a partir dos fins do século XV, com a pressão do crescimento do mercantilismo, da expansão marítima, quando o indivíduo era central para a atividade econômica e as doenças ultrapassaram fronteiras e se misturaram. A cura passou a ser enfrentada como um problema econômico. Um dos modelos foi chamado de “humanismo”, procurando sensibilizar para o fato de que o ser humano não é só corpo, mas sentimento e “focos”, nome utilizado por Jerônimo Fracastoro para representar os demais aspectos da vida humana. Mesmo assim, ainda prevalecia a compreensão mais biomédica, o que intensificou-se com a descoberta do microscópio, no século XVII.

Profissionais como o inglês Thomas Sydenham, influenciados por Hipócrates, fizeram um movimento contrário, buscando a intensificação do relacionamento com o doente e seu meio, o que foi considerado como o surgimento da medicina social. Civita (1969) menciona que a medicina social só existiu a partir de Bernardino Ramazzini, com sua obra *As doenças dos artesãos*,

quando sistematizou doenças específicas em trabalhadores, sendo que algumas são estudadas até hoje, como as causadas pelo chumbo e o tabaco.

Para Foucault (2006, p. 79), a medicina moderna, datada do fim do século XVIII, “é uma medicina social que tem por *background* uma certa tecnologia do corpo social; a medicina é uma prática social que somente em um de seus aspectos é individualista e valoriza as relações médico-paciente.” Para ele, a medicina é uma estratégia bio-política e se reconstitui em três direções: a medicina estatizada, iniciada na Alemanha, que serve para assegurar o melhor funcionamento do Estado; a medicina urbana, na França, que tem a preocupação político-sanitária de cuidar do adoecimento no tecido urbano através de uma medicina da exclusão e uma medicina das coisas (como ar, água, ambiente); e a medicina dos pobres, da força de trabalho, oriunda da Inglaterra, que faz um esquadramento da saúde pública para garantir a saúde dos trabalhadores e da burguesia, demonstrando que já se preconizava uma reforma sanitária.

No século XIX, aconteceu à revolução antibacteriana, quando Pasteur e Koch, na França, descobriram a influência da higiene sobre as patologias, trazendo uma nova concepção do processo saúde-doença. Por outro lado, como apontou Buss (2000), aconteceram posicionamentos diversos sobre a medicina: Virchow, na Alemanha, perto da revolução de 1848, liderou um poderoso movimento de reforma médica, defendendo a medicina como uma ciência social, enquanto a política é a medicina em grande escala. Ressaltou, também, que Chadwick, na Inglaterra, afirmou que a saúde era afetada pelos ambientes social e físico, sendo a pobreza, muitas vezes, a consequência de doenças e os indivíduos não podiam ser responsabilizados por isso.

Foi a evolução das questões de saúde, intensificadas a partir da Revolução Industrial, quando o aumento de trabalhadores, inclusive crianças, com jornadas e condições de trabalho insalubres que pressionou a busca por evitar e tratar doenças do capital humano, que originou a estruturação dos sistemas de saúde, como perdura na contemporaneidade (Mendes, 2002).

No início do século XX, surgiu o modelo flexeriano da medicina científica, hegemônico até hoje e que prioriza o biologicismo, a tecnificação, a especialização. Por outro lado, a partir da Segunda Guerra Mundial (1939 a 1945), iniciou-se o modelo da medicina integral, que teve sua origem na prática médica americana, que buscou integrar alunos em programas médico-sociais de higiene e

prevenção, o que contribuiu para o surgimento dos Centros de Saúde Escola, sistema também adotado no Brasil (Dallari, 2003).

A história tem mostrado de um lado, o crescente avanço do conhecimento e intervenções no processo saúde-doença e no incremento de pesquisas biomédicas envolvendo seres humanos. Mas, de outro, também o desrespeito pelo ser humano. Vale destacar a experiência na Alemanha nazista, com as atrocidades que indignaram a sociedade mundial, culminando na criação do Código de Nuremberg, em 1947, que postula o respeito a dignidade humana em qualquer situação, especialmente em investigação científica (Brasil, 2002). Depois deste veio a Declaração de Helsinque, em 1967, e, posteriormente, a Organização Mundial de Saúde (OMS), junto com os conselhos científicos das organizações médicas, na década de 80, publicaram as Diretrizes Internacionais sobre pesquisas envolvendo seres humanos direta e indiretamente. A intenção desses documentos foi resolver as graves distorções de natureza ética, onde, em prol da ciência biomédica e da humanidade, usavam-se seres humanos de modo arbitrário, até com atos bárbaros.

A história também mostra ciclos de modelos da medicina. No mundo contemporâneo, Sigerist, um dos primeiros autores a utilizar o termo promoção da saúde, em 1946, apontou quatro tarefas essenciais para a medicina: “a promoção da saúde, a prevenção das doenças, a recuperação dos enfermos e a reabilitação, e afirmou que a saúde se promove proporcionando condições de vida decente, boas condições de trabalho, educação, cultura física e formas de lazer e descanso, para o que pediu o esforço coordenado de políticos, setores sindicais e empresariais, educadores e médicos” (apud Buss, 2000, p. 166).

A partir dos anos de 1970, o fenômeno da globalização, as pressões econômicas frente aos enormes gastos com a saúde e com o adoecimento do capital humano, desmistificaram a teoria microbiana, a partir da reestruturação do pensamento da saúde pública (Lopes, 2008). Uma das razões motivadoras desse processo foram as raízes intelectuais das antigas civilizações chinesa, babilônica, hebraica e grega, sendo decisiva a visita da Organização Mundial da Saúde (OMS) à China, que valorizava a autoconfiança popular; os cuidados com a saúde pessoal, doméstica e ambiental; e os tratamentos à base de ervas medicinais (Buss, 2000; Poland et al, s/a). Ainda nesta época, Leavell e Clark, identificaram três diferentes níveis de complexidade de atenção à prevenção de enfermidades (primária,

secundária e terciária), que permanecem até hoje, mas com um enfoque mais político e técnico, em torno do processo saúde-doença-cuidado (Buss, 2000).

A evolução de um conceito ampliado de medicina e de saúde culminou no primeiro grande movimento e marco conceitual da chamada “promoção da saúde”, datado de 1974. Este movimento resultou no Informe Lalonde, cujo nome é uma homenagem ao ministro da saúde canadense que encabeçou o movimento (Poland et al, s/a). O documento elevou a promoção da saúde à categoria de campo organizado, definido na política e na prática da saúde. Destacou que o campo da saúde reúne os chamados Determinantes Sociais de Saúde (DSS) e o decompôs em: biologia humana, ambiente, estilo de vida e organização da assistência à saúde, mostrando uma real preocupação com a melhoria da saúde da população.

Acredita-se que a promoção da saúde é estratégica por ser um campo no setor saúde que está próximo ao enfrentamento da questão social. Portanto, será aprofundada neste item, a partir de seus movimentos internacionais, considerando ser um marco contemporâneo.

A Conferência Internacional sobre Cuidados Primários de Saúde, de 1978, na Rússia, elaborou a Carta de Alma-Ata, reafirmando a importância da justiça social e da equidade como pré-requisitos para a saúde, tendo como meta central de “Saúde para Todos no Ano 2000”. A saúde foi definida como um “estado de completo bem-estar físico, mental e social, e não simplesmente a ausência de doença ou enfermidade”, sendo um direito humano e um dever dos povos participarem individual e coletivamente no planejamento e na execução de seus cuidados de saúde (Opas, 2009, p. 1). Enfatizou, assim, que a promoção e a proteção da saúde dos povos são elementares para o contínuo desenvolvimento econômico e social e para a paz mundial. Frisou que todos os governos devem cooperar mutuamente, assumindo que existe uma rede global, o que interessa e beneficia um país atinge os demais. Destacou o Cuidado Primário de Saúde por ter “em vista os principais problemas de saúde da comunidade, proporcionando serviços de proteção, cura e reabilitação, conforme as necessidades”, incluindo a educação neste processo (Opas, 2009, p. 2). É interessante lembrar que esta preocupação da universalidade era evidenciada pela Rússia, desde 1910, no modelo Semachko, sendo que este originou, na Inglaterra, os sistemas dawsonianos (sistemas regionalizados), em 1920, e beveridgiano (sistema público universal, sendo considerado o primeiro da geração de reformas sanitárias

contemporâneas), em 1948 (Mendes, 2002). Este autor apontou que a retomada da universalidade na Carta de Alma Ata contribuiu para a caracterização da segunda geração de reformas sanitárias contemporâneas.

A I Conferência Internacional sobre Promoção da Saúde, em 1986, elaborou a Carta de Ottawa, sendo uma resposta às crescentes expectativas mundiais pela minimização de gastos e por uma nova saúde pública. A intenção foi colocar a promoção da saúde além dos cuidados de saúde e a incluir na agenda de prioridades dos políticos e dirigentes em todos os níveis e setores de governo e da sociedade civil; deixando de ser responsabilidade exclusiva do setor saúde. Reconheceu-se que a saúde deve ser considerada um processo a ser adotado com visão holística, pois muitos de seus problemas estão ligados aos estilos de vida e seus determinantes sócio-econômico-culturais. Neste contexto, a saúde passou a ser entendida como

“o maior recurso para o desenvolvimento social, econômico e pessoal, assim como uma importante dimensão da qualidade de vida. Fatores políticos, econômicos, sociais, culturais, ambientais, comportamentais e biológicos podem tanto favorecer como prejudicar a saúde” (Brasil, 2002, p. 20).

E, a promoção da saúde foi entendida pelos conferencistas como

“processo de capacitação da comunidade para atuar na melhoria de 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. A saúde deve ser vista como um recurso para a vida, e não como objetivo de viver (...)” (Brasil, 2002, p. 19).

A promoção da saúde tem como pré-requisitos para a saúde: a paz, a habitação, a educação, a alimentação, a renda, o ecossistema estável, o uso sustentável dos recursos, a justiça social e a equidade. Ela propõe cinco linhas de ação: elaboração e implementação de políticas públicas saudáveis; reorientação do sistema de saúde; desenvolvimento de habilidades pessoais; reforço da ação comunitária; criação de ambientes favoráveis à saúde. Para tanto, preconiza três estratégias fundamentais: a defesa da saúde (“advocacy”), a capacitação e a mediação. Destaca a valorização do acesso à informação e à educação para a saúde, a fim de que as pessoas pudessem controlar os fatores determinantes de sua saúde e do seu entorno. A Carta de Ottawa reconheceu a reorientação dos serviços como estratégica para a promoção da saúde, que deve ocorrer gradativamente, considerando os serviços clínicos e de urgência; e trabalhando com a sociedade

com foco intersetorial, para o enfrentamento das variadas desigualdades em saúde, dentre outros aspectos.

A II Conferência Internacional sobre Promoção da Saúde repercutiu na Declaração de Adelaide, datada de 1988, que reafirmou as cinco linhas de ação da Carta de Ottawa, destacando, como condição para a equidade em saúde, as políticas públicas saudáveis, realizadas com a ação comunitária, e a igualdade no acesso aos serviços de saúde, particularmente, aos cuidados primários. Identificou quatro áreas prioritárias de ação: apoio à saúde, informação e participação da mulher; políticas, ações e informações de valorização à alimentação e nutrição adequadas; combate ao tabagismo e ao alcoolismo através de fortes políticas e ações; e criação de ambientes saudáveis e autossustentáveis. Para isso, explicitou que as políticas adotadas devem ser transmitidas em uma linguagem facilmente compreensível para os diferentes grupos sociais envolvidos; devem contar com um sistema de informação, que aproveite as vantagens das diferentes mídias atuais; e devem incentivar os trabalhos de grupos em defesa da saúde. A Declaração destacou a importância de se avaliar o impacto destas políticas e de se promover reorientações curriculares nas instituições educacionais, que difundam e modernizem a abordagem da saúde na sociedade.

A III Conferência Internacional de Promoção da Saúde, de 1991, editou a Declaração de Sundsvall, valorizando a justiça social em saúde. Mencionou que a “*pirâmide dos ambientes favoráveis*” deve conter alimentação e nutrição, moradia e vizinhanças, trabalho, educação, apoio e atenção social, e transporte (Buss, 2000). Ela destacou que para se ter ambientes favoráveis à saúde devem-se considerar quatro dimensões estratégicas análogas à Carta de Ottawa: social (normas, costumes e processos sociais afetam a saúde); política (democracia nos processos de decisão e descentralização dos recursos e das responsabilidades); econômica (realocação de recursos e desenvolvimento sustentável); e mulher (necessidade de utilizar a capacidade e o conhecimento das mulheres em todos os setores). “Reconhece, ainda, que a educação é um direito humano básico e um elemento-chave para realizar as mudanças políticas, econômicas e sociais necessárias para tornar a saúde possível para todos, devendo ser acessível durante toda a vida e baseada nos princípios da igualdade” (Brasil, 2002, p. 43).

A Conferência Internacional de Promoção da Saúde, sem numeração, que ocorreu na Colômbia, em 1992, emitiu a Declaração de Santafé de Bogotá. Trouxe

a discussão da saúde na América Latina, priorizando transformar as relações existentes, conciliar interesses econômicos e sociais para o bem estar, fortalecer ações de saúde pública no combate às enfermidades oriundas do atraso e da pobreza, bem como as derivadas da urbanização e da industrialização nos países em desenvolvimento. A ênfase foi a preocupação com a realidade latino-americana, sofredora de iniquidades e com o limitado exercício da democracia e do atendimento às necessidades básicas da população. Ela propôs cinco princípios: a superação das desigualdades econômicas, ambientais, sociais, políticas e culturais, relacionadas aos serviços de saúde; a necessidade de novas alternativas na ação de saúde pública; a reafirmação da democracia nas relações políticas e sociais; a conquista da equidade; e o desenvolvimento dos indivíduos e das sociedades. Para que a promoção da saúde aconteça sugeriu três estratégias: respeito às diferenças culturais, impulsionando a cultura da saúde, modificando valores, crenças, atitudes e relações; transformação do setor saúde; incentivo ao compromisso social para assumir a saúde como uma prioridade. Preconizou o diálogo e o repasse de informação e a promoção do conhecimento como instrumentos importantes para a participação e as mudanças dos estilos de vida nas comunidades. Reconheceu que a divulgação de experiências exitosas é algo fundamental para a transformação das sociedades e um impulso à cultura e à saúde, em que o direito e o respeito à vida e à paz são valores éticos primordiais.

A IV Conferência Internacional sobre Promoção da Saúde, em 1997, também ocorreu em um país em desenvolvimento. Foi a primeira a incluir o setor privado e resultou na Declaração de Jacarta. Refletiu sobre os vinte anos de promoção da saúde, destacando a revisão dos determinantes da saúde e identificação de direções e estratégias para seu enfrentamento. Apontou que “a promoção da saúde é um enfoque prático para a obtenção de maior equidade em saúde. (...) A promoção da saúde efetua-se pelo e com o povo, e não sobre e para o povo.” Colocou a pobreza como a maior ameaça à saúde e tendo como determinantes da saúde: “paz, abrigo, instrução, segurança social, relações sociais, alimento, renda, direito de voz das mulheres, um ecossistema estável, uso sustentável dos recursos, justiça social, respeito aos direitos humanos e equidade.” Destacou a importância de uma abordagem conjunta das cinco prioridades da Carta de Ottawa, bem como agir em diversos cenários, também chamados de *settings* (cidades, comunidades locais, serviços de saúde, escolas, trabalho).

Estabeleceu, similar as outras Cartas, cinco prioridades para a promoção da saúde no século XXI: promover a responsabilidade social para com a saúde; aumentar os investimentos para fomentar a saúde; consolidar e expandir parcerias em prol da saúde; aumentar a capacidade comunitária e dar direito de voz ao indivíduo; conseguir uma infraestrutura para a promoção da saúde, com fortalecimento e divulgação de cenários de atuação. Em suas recomendações, incluiu que dentre as prioridades de parcerias mundiais, deve-se considerar o aumento da sensibilização sobre as mudanças dos determinantes da saúde e a prioridade de acúmulo de conhecimentos sobre as melhores práticas.

Cabe destacar que estes movimentos da década de 90 foram simultâneos à descentralização dos sistemas de saúde, à contenção de despesas, ao fortalecimento da introdução de mecanismos de mercado nos sistemas de serviços de saúde, sendo considerada a terceira geração de reformas sanitárias contemporâneas, como mostra Mendes (2002). Este autor apresentou, também, a quarta geração, que acontece no século XXI, e está sintetizada na Carta de Ljubljana, assinada por todos os ministros europeus da saúde, em 1996, e tem como elementos essenciais de seu ideário, dentre outros: o fortalecimento da saúde pública orientada pela atenção primária à saúde, a equidade, a integração dos sistemas, o *empoderamento* dos cidadãos para o autocuidado e o controle social dos sistemas de serviços de saúde.

A V Conferência Internacional sobre Promoção da Saúde, de 2000, também está inserida neste contexto e elaborou a Declaração do México, assinada pelos Ministros de Saúde presentes. Afirma, em oito pontos, o reconhecimento dos problemas de saúde oriundos das desigualdades e a importância da promoção da saúde como um caminho de solução. Recomendou, para tanto, seis ações, cabendo destacar: colocar a promoção da saúde como prioridade nas políticas, programas e planos de ações locais, regionais, nacionais e internacionais; e assegurar a participação ativa de todos os setores e da sociedade.

A VI Conferência Internacional de Saúde, de 2005, produziu a Carta de Bancoque, que afirmou que o contexto global para a promoção da saúde mudou drasticamente desde o desenvolvimento da Carta de Ottawa, citando cinco fatores críticos que, atualmente, influenciam a saúde: o aumento crescente das desigualdades dentro dos países e, também, entre os países; os novos padrões de consumo e comunicação; os procedimentos globais de comercialização; as

mudanças globais no meio ambiente; e o processo crescente de urbanização. Por outro lado, reconheceu que “a globalização abre novas oportunidades de cooperação para a melhoria da saúde e a redução dos riscos de saúde transnacionais: melhoria das tecnologias de informação e comunicação; e mecanismos mais eficientes de *governança* global e troca de experiências”. Neste contexto, destacou a necessidade de um compromisso com a promoção da saúde e a atuação nos determinantes da saúde, e dentre as estratégias ressaltou a importância de uma forte ação política com uma ampla participação da sociedade; uma advocacia pela saúde com base nos direitos humanos e na solidariedade; e uma transferência de conhecimentos científicos e básicos de saúde.

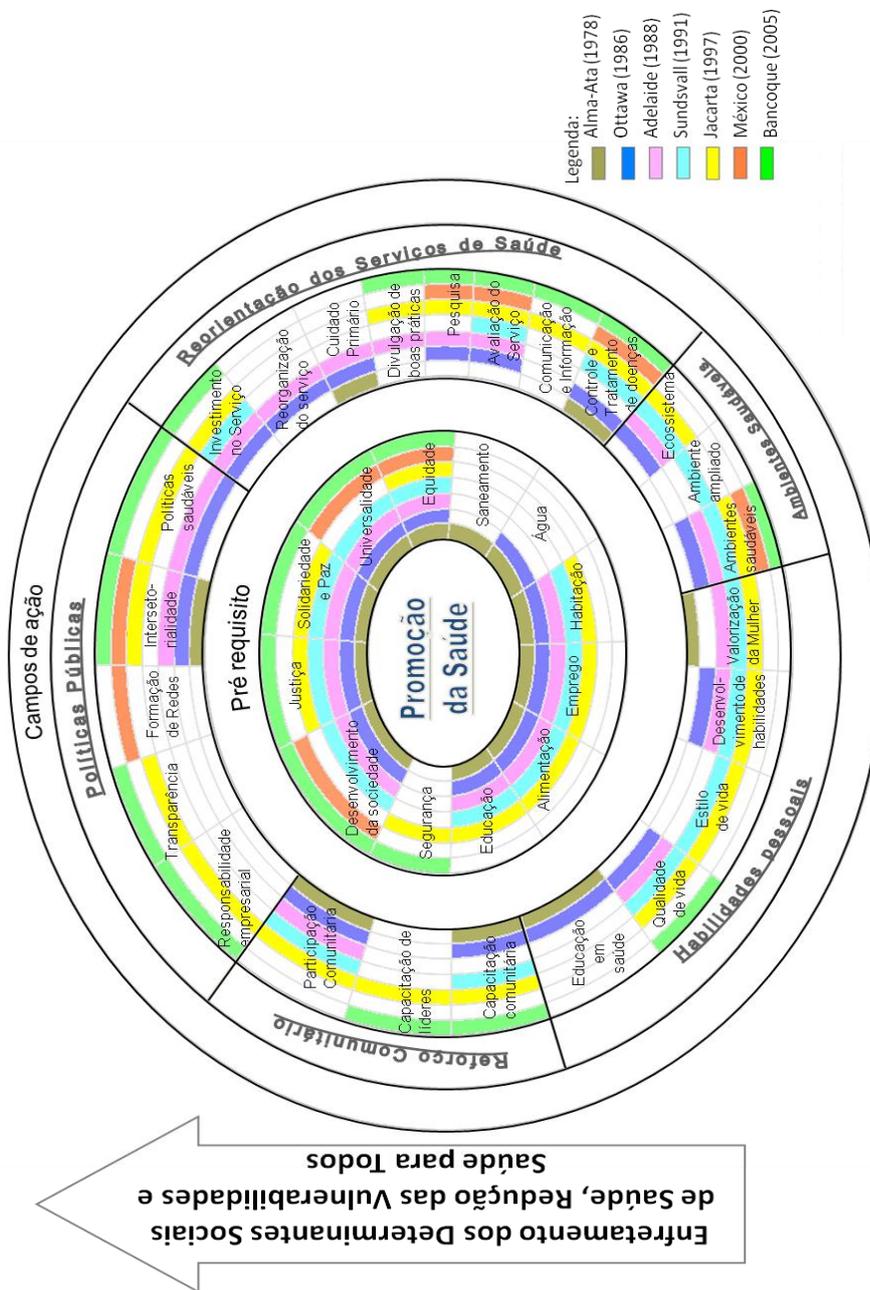
Observa-se que as Declarações Internacionais de Promoção da Saúde demandam um caráter pedagógico com dimensões da cultura e do conhecimento técnico, político, científico e popular. Contribuem para que os movimentos internacionais ampliem o conceito de saúde, incentivando os movimentos governamentais e da sociedade civil, e estimulando a solidariedade entre os povos.

Concluiu-se que as Declarações Internacionais têm tido uma centralidade em suas dimensões, sendo ora repetitivas, ora complementares. Buscou-se uma síntese, conforme a figura a seguir, tanto da primeira declaração da promoção da saúde, a de Alma-Ata (1978), quanto das Conferências Internacionais enumeradas em seis (Ottawa, Adelaide, Sundsvall, Jacarta, México, Bancoque). Muitos dos pré-requisitos para a promoção da saúde foram repetidos ao longo dos anos, notadamente, o da equidade, da universalidade e do desenvolvimento social. Observa-se que as ações propostas foram centradas nos cinco campos da promoção da saúde, definidos na Declaração de Ottawa (1986). Destaca-se que algumas ações podem pertencer a mais de um campo. Nestes casos, para a construção da figura, optou-se pelas escolhas dos campos seguindo a maior afinidade, como aconteceu nas ações de educação em saúde, comunicação e informação, transparência, formação de redes e intersetorialidade. O maior destaque está em uma seta que abrange toda a figura, representando o enfrentamento dos determinantes sociais de saúde e o pleito de “Saúde para todos”, transversais a todas as cartas, direta ou indiretamente.

Portanto, a figura, a seguir, pretende expressar uma visão dinâmica da primeira declaração de promoção da saúde, a Alma Ata, e das seis Conferências enumeradas. Estas apontam pré-requisitos e campos de ações propostas para a

promoção da saúde, considerando as possibilidades de redução das vulnerabilidades produzidas pelos determinantes sociais. A figura permite uma visualização objetiva de quais aspectos foram apontados em quais declarações e quais não foram, contribuindo para uma síntese panorâmica dos marcos internacionais da promoção da saúde.

Síntese da Declaração de Alma-Ata e das seis Conferências Internacionais sobre Promoção da Saúde



Fonte: Reis, Inês Nascimento de Carvalho. Espaços públicos invisíveis: perdas e conquistas na Promoção da Saúde. 2012.

Entretanto, é importante prosseguir o estudo sobre aspectos específicos sobre a promoção da saúde, buscando leituras nacionais e latinas contemporâneas.

Recente tese de doutoramento (Lopes, 2008, p. 120), analisou essas Cartas de promoção da saúde, no tocante às concepções das categorias de *empoderamento*, participação e dialogicidade, tendo por referência analítica a Teoria Educacional Crítica, que também visa uma práxis transformadora e a emancipação dos sujeitos. A autora citou que “os documentos analisados são pouco específicos conceitualmente, e não apresentam proposições práticas para a incorporação da Teoria Educacional Crítica no campo da Promoção da Saúde”. A participação é a categoria que aparece explicitamente em todos os documentos, e o *empoderamento* é diferenciado, sendo uma categoria intrinsecamente relacionada a esta. Citou que a categoria dialogicidade, apesar de possibilitar a concretude das duas primeiras, entendidas como uma práxis do diálogo, como “reflexão do agir”, como a chave das comunicações e práticas entre profissionais e usuários, não foi encontrada em nenhum dos documentos. Mas, cabe aqui a ressalva da doutoranda: a Declaração de Santafé de Bogotá, de 1992, enfatiza o diálogo, entre os compromissos que assumiu.

Rabello (2010) aponta que a promoção da saúde é parte da saúde pública e, por estar expressa em cartas oficiais assinadas por instituições internacionais de saúde, passa a ter uma dimensão de política pública de saúde mundial. Diz que o envolvimento da Organização Mundial de Saúde (OMS) e da Organização Pan-Americana de Saúde (OPAS) contribuiu para ampliar a proposta da promoção da saúde no mundo. Na Europa, cerca de 650 cidades organizaram-se em redes, em 2000; a rede de língua francesa inclui Cidades Saudáveis na África, Canadá e França; e a de língua espanhola abarca a Espanha e a América Latina (Flynn, 1996 apud Mendes, 2000).

A pertinência da promoção da saúde e a necessidade de registrar, avaliar e divulgar suas práticas também acarretou a publicação de um livro que apresentou a experiência de doze países da América Latina, inclusive o Brasil (Arroyo, 2004). Confirmaram que há diversas correntes de pensamentos que impedem a definição de um referencial homogêneo. Há uma variedade de tipos de práticas relacionadas à temática, mas também há elementos em comum, talvez devido às políticas regionais propostas pela Organização Pan-americana de Saúde (OPAS), que contou, inclusive, com a difusão através de um Guia para Prefeitos e autoridades

locais sobre Municípios e Comunidades Saudáveis. Apareceram, na maioria dos países, iniciativas de fortalecimento da capacitação dos profissionais de saúde, que precisam ser ainda mais incentivadas, junto com estratégias de divulgação de benefícios da promoção da saúde, captação de recursos e descentralização das ações. Apresentaram como principal desafio transformar as relações excludentes e de desigualdade, além da superar a supremacia do modelo biomédico. Destacaram a extensa trajetória dos países latinos na educação em saúde e na participação comunitária, e reconheceram a interdependência entre a primeira e a promoção da saúde, ambas prioritárias e aliadas à comunicação social.

É interessante saber que a maioria dos países latino americanos aumentaram seus gastos com saúde, entre 1990 e 2000 (Nishijima e Biasoto, 2006). Estes autores citaram que metade contou com financiamento público e a outra com privado, mas isto não interferiu no desempenho do padrão dos serviços de saúde oferecidos. Biasoto et al (2006) concluíram, antes de tudo, que os sistemas nacionais de saúde são criações políticas derivadas de embates entre os cidadãos e interesses específicos, onde o setor privado tem ocupado os espaços mais rentáveis, enquanto a máquina pública cuida do que é emergencial e da população mais carente. Ressaltaram que as ofertas dos serviços de saúde têm sido endógenas, pois as unidades de saúde e os médicos são quem decidem investimentos, e não há protocolos clínicos que minimizem isto. Mostraram que a renda média das sociedades é que define o formato dos sistemas e da solidariedade social, prevalecendo o interesse de mercado da classe médica e dos aspectos financeiros. Apontaram que o sistema privado afasta quem mais precisa dele por não poder pagá-lo e o Estado não dá conta sozinho das necessidades destes. Os autores também afirmaram ser preciso, cada vez mais, ter a “definição dos campos de ação entre o público e o privado (...). É um processo político a se chocar contra as características empresarias do “negócio” da saúde” (Biasoto et al 2006, p. 400).

Cabe, ainda, um recorte sobre a inserção da promoção da saúde na Atenção Básica de Saúde, foco desta pesquisa, também com relação à América Latina. Conill, Fausto e Giovanella (2010) fizeram uma revisão analítica de documentos e mostraram que “na América Latina, há uma longa tradição de ações organizadas em programas verticais focalizados em problemas de saúde específicos, entre os quais aqueles direcionados à proteção materna e infantil.” Os caminhos são

diversos, e não há consenso sobre a integralidade e universalidade da atenção, apesar dos sistemas de avaliação e monitoramento serem semelhantes. As citadas leituras sobre a saúde na América Latina mostraram a diversidade de caminhos, mas, cada vez mais, os países tem-se aproximado, o que fortalece a troca de experiências e a qualificação dos sistemas de saúde.

A concepção ampliada de saúde, contida nas propostas internacionais de promoção da saúde, tem contribuído para estratégias relevantes para o mundo contemporâneo, notadamente quanto às possibilidades de enfrentamento da questão social, visando ampliar a saúde para todos, com responsabilidades intersetoriais e comunitárias. O poder econômico é um forte componente que tem pressionado para a privatização e a medicalização da saúde, contrário ao conceito de saúde pública, como bem aponta Castro e Malo (2006). Para Dain e Janowitz (2006) os modelos de saúde expressam os modelos de proteção social e o grau de mercantilização das políticas públicas. Citaram como modelos: o meritocrático ou de desempenho residual (a proteção do Estado está vinculada ao desempenho dos grupos protegidos), o institucional-redistributivo (o bem-estar social deve ser garantido a todos os cidadãos), o residual (o setor privado predomina e o desempenho do Estado fica restrito aos sem capacidade de acesso), o social democrata (o acesso aos serviços é atributo de cidadania, sendo o sistema de maior grau de desmercantilização), e o liberal (o mercado e a mercantilização são hegemônicos, ficando ao Estado o cuidado dos excluídos). Os autores apontaram a tendência ao sacrifício da universalização, considerando a crescente necessidade de redução de custos governamentais, como já vem acontecendo com Canadá e Inglaterra. Mostraram que a falta de solidariedade acaba por exigir uma regulação que deveria zelar pelo bem comum.

Outros autores colocaram a solidariedade como interferindo na regulação. Segundo Mendes (2002), há quatro formas de regulação dos sistemas de serviços de saúde: a estatal, a auto-regulação, a social e a mercadológica. Estas dão origem a modelos regulatórios de atenção, influenciando na tomada de decisão, combinada por três fatores: valores, recursos e evidências, que denunciam a disputa dos interesses existentes.

Portanto, a inteligência e o instinto humano possibilitaram uma evolução inenarrável da saúde. Das curas nas cavernas a diagnósticos e tratamentos de

altíssima complexidade, vive-se uma luta constante pela apropriação de uma longa vida saudável. Por outro lado, a ambição geradora de desigualdades tem contribuído para uma crescente multidão que luta pela sobrevivência. Fica clara a crescente necessidade de movimentos internacionais, nacionais, individuais e coletivos, cumprirem a árdua missão de fortalecer ações de solidariedade, ética e responsabilidade com os direitos humanos.

O Brasil está inserido neste contexto internacional, nos avanços e retrocessos das políticas, práticas e teorias de cada época, vivenciando as interferências, especialmente, no mundo contemporâneo, que se transforma em uma “aldeia global”, incluídas as identidades nacionais e locais.

2.3

Saúde no Brasil e a Atenção Básica de Saúde

No Brasil, o cuidado com a saúde começou com o pajé, índio endeusado e temido, que passava por curandeiro, usando procedimentos místicos (rituais de oferendas a deuses), mecânicos (como sucção e sangria) e químicos (como ervas e óleos). Civita (1969) conta que o uso de recursos naturais como mecanismo de cura dos índios tem sido estudado no Brasil desde o século XVII, com a vinda dos holandeses, quando perceberam que a mortalidade infantil era menor entre os indígenas devido a prática do aleitamento materno.

Somente em 1543, surgiu um sistema institucionalizado de cuidado com a saúde, com a criação da primeira Santa Casa de Misericórdia, em Santos, destinado a atender os enfermos dos navios e moradores da região (Sá, 1997). Por um longo período, nada mais foi desenvolvido para além desse sistema. Apenas no século XIX, após a vinda da família Real ao Brasil, foi criada a primeira Faculdade de Medicina da Bahia, em 1808 (setecentos e vinte anos depois da primeira do mundo, na Bolonha), demonstração de que este recente processo brasileiro iniciou-se há pouco mais de duzentos anos atrás...

O século XX, marcado pelas grandes transformações políticas, econômicas e culturais mundiais, repercutiu na realidade brasileira, incluindo o agravamento

da questão social e o desenvolvimento de um sistema de saúde. Um destaque foi a Brigada Sanitária, em 1904, iniciativa de expressivo movimento de saúde pública, que buscou medidas drásticas para combater as epidemias (invasão de domicílios para vacinação obrigatória, queima de roupas e colchões, sem ações educativas), acarretando na famosa Revolta da Vacina, quando a população rebelou-se contra as atitudes sanitárias coercitivas administradas por Oswaldo Cruz.

Sistema Único de Saúde e a promoção da saúde

Durante a maior parte do século XX, fortaleceu-se o modelo hospitalocêntrico e o campanhista, além da centralização e do crescimento da privatização no setor saúde, que marginalizou a maioria do povo brasileiro (Brasil, 2011; Czeresnia et al, 2000; Noronha, Lima e Machado, 2008; Paim, 2005; Teixeira e Solla, 2005). Mas, uma parcela da intelectualidade universitária e dos profissionais da área da saúde, inclusive de Centros de Saúde Escola, e depois somada a força de sindicatos e movimentos populares, provocou um movimento, consolidado com a abertura do processo democrático da década de 80, que repercutiu até os dias de hoje, a chamada “Reforma Sanitária”. Este foi um processo marcado pelas contradições, pois de um lado tinha a sociedade civil sendo mais ouvida e buscando a universalidade e a descentralização da atenção à saúde, do outro, o sistema médico-suplementar (convênios médicos e hospitalares privados) crescendo. A culminância aconteceu na VIII Conferência Nacional de Saúde (CNS), em 1986, dando subsídios para que a Constituição Federal de 1988 incluísse, como dever do Estado, a garantia da atenção à saúde como direito de todos, o que repercutiu na implantação do atual Sistema Único de Saúde (SUS).

A Lei n.º 8.080, datada de 1990, definiu o SUS como “conjunto de ações e serviços públicos de saúde, prestados por órgãos e instituições públicas federais, estaduais e municipais, da administração direta e indireta e das fundações mantidas pelo poder público.” Para que os princípios fossem materializados, as Leis infra constitucionais definiram as diferentes atribuições no Sistema, depois detalhadas em Normas Operacionais. Assim, a Lei Orgânica da Saúde do Brasil (LOAS) detalhou os princípios ideológicos ou doutrinários do Sistema (universalidade, integralidade, equidade e participação comunitária) e seus princípios organizacionais (descentralização político-administrativa,

hierarquização e regionalização). A lógica de organização dos serviços partiu de vários critérios: tipos de serviços envolvidos (ambulatoriais, hospitalares, domiciliares e emergenciais); níveis de complexidade da atenção à saúde (básica, média e alta); direcionalidade das ações (agravos, grupos populacionais e áreas específicas); e modelos de prestação do cuidado à saúde (Giovanella, 2008). Em seguida, a Lei n.º 8.142 regulamentou o controle social, através da participação dos usuários na gestão dos serviços, e as transferências intergovernamentais de recursos financeiros na área de saúde. Mesmo assim, destaca-se que os espaços participativos para efetivar o controle social precisam ser fortalecidos, como aponta Marcondes (2004).

A figura, a seguir, apresenta uma síntese dos objetivos, princípios ideológicos e organizacionais do SUS. Cabe destacar que a figura utiliza cores afins e tracejados como uma representação da dinâmica e integração que deve existir em todas as etapas de desenvolvimento, tanto conceitual quanto operacional do SUS.

Figura 3

ORGANIZAÇÃO DO SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE DO BRASIL - SUS



Legenda:

- Objetivos do SUS
- Princípios ideológicos
- Princípios organizacionais
- Lógica organizacional

Fonte: Reis, Inês Nascimento de Carvalho. Espaços públicos invisíveis: perdas e conquistas na Promoção da Saúde. 2012.

O início do século XXI é marcado por movimentos contraditórios. Por um lado, a dimensão do SUS é reconhecida como notória, buscando a saúde, o completo bem estar integral e direito de todos, configurando um novo paradigma civilizatório da humanidade (Faleiros et al, 2006), mas, por outro lado, vê-se na imprensa constantes denúncias sobre o Sistema. Vários autores (OPAS, 2011; Rabello, 2010; Nishijima & Biasoto Junior, 2006) apontam que, contrária às políticas públicas, a realidade brasileira tem tido o aumento da participação institucional privada na execução dos recursos orçamentários públicos, contribuindo para a precarização de serviços públicos de saúde diretamente oferecidos pelo Estado. Isto contrasta com o II Fórum Social Mundial, que contou com a presença de cerca de 50 mil pessoas, em Porto Alegre, em 2002, ocasião de registro da preocupação com malefícios do capitalismo vigente e da importância de se organizar a economia mundial de outra maneira, onde as pessoas sejam vistas como mais importantes do que o lucro (Ensp, 2011). Como destaca Mendes (2002), a existência de 23 agências regulatórias da saúde suplementar mostram que há os que se beneficiam dessas fragilidades. Nunes (2001, p.7) afirma que esta multiplicação “(...) pode dilapidar a elegância e a parcimônia do modelo”.

A Opas (2011) elaborou um relatório sobre a saúde nas Américas e analisou dados da Pesquisa Nacional por Amostra Domiciliar, de 2003. Constatou que, no Brasil, o acesso aos serviços de saúde parece estar assegurado para a ampla maioria da população, independente da classe econômica a que pertenciam (98% conseguiram a assistência solicitada), apontando como uma realidade auspiciosa. Por outro lado, registrou que a Pesquisa de Saúde Mundial da OMS, também de 2003, mostrou uma elevada insatisfação (58%) dos usuários com os serviços providos pelo sistema de saúde do país, tanto públicos (53%) como privados (72%). Destacou que a oferta de serviços hospitalares e de apoio ao diagnóstico e ao tratamento é maior no setor privado, enquanto prevalecem no setor público os serviços ambulatoriais (85%), mas parte da população coberta pelos planos de saúde também utiliza o SUS, especialmente para procedimentos mais complexos ou de mais alto custo (transplantes, HIV/AIDS, fornecimento de materiais farmacêuticos). O relatório também revelou que, em 2004, o Governo Federal participou com 51% do financiamento do SUS (através de arrecadação de impostos gerais e contribuições sociais), os estados e o Distrito Federal com 27%,

os municípios com 23%. Este relatório mostra, ainda, que das áreas sociais, a da saúde é a segunda em termos de gastos, sendo superada apenas pela de seguridade social.

Nishijima & Biasoto Junior (2006), com suporte em estudos elaborados pelo Banco Mundial e pela Organização Mundial de Saúde, mostram que o Brasil é o vigésimo país das Américas em que o Governo mais tem gasto per capita em saúde (US\$ 109); é o quarto que mais tem gasto privado no setor saúde (59%); é um dos que destina menos orçamento para a área da saúde, apesar de ter melhorado de 1990 a 2000 (passou de 6,6% a 8,4%), sendo um dos poucos que não tem seu sistema diretamente ligado à seguridade social, como já foi outrora. Por outro lado, a taxa de mortalidade de crianças menores de cinco anos melhorou significativamente ao longo do citado período (de 60 para 38 por mil) e a expectativa de vida subiu de 65,6 para 68,1 anos.

Cabe lembrar que a gestão do SUS, inclusive dos gastos, coerente com o processo democrático, tem como uma das instâncias deliberativas, avaliadoras e fiscalizadoras o Conselho Nacional de Saúde, conforme definido na Emenda Constitucional nº 29 e aprovado pelo Conselho na Resolução nº 316, em abril de 2002 (CONASS, 2003). Como Jairnilson S. Paim e Naomar de Almeida Filho (1998) observaram, “a participação organizada dos grupos sociais, bem como o reconhecimento e o estímulo às iniciativas comunitárias, radicadas na solidariedade, constituem possibilidades de redefinição de relações sociais que poderão auxiliar na redução do sofrimento humano, na elevação da consciência sanitária e ecológica, na preservação da saúde e na defesa da vida.” Por outro lado, Bodstein et al (2004) mostram que, a partir da experiência de Desenvolvimento Local Integrado e Sustentável de Manguinhos, o processo de mobilização e discussão com as lideranças foi relativamente simples e imediato, contrário ao pactuado, que encontrou impasses e desafios. Como um possível caminho de vínculos e coesão, os autores sugerem a promoção de atividades culturais, recreativas e esportivas junto a comunidade.

Dentre as buscas de melhorias, o Ministério da Saúde, reconhecendo a importância estratégica da formação e desenvolvimento de trabalhadores para o SUS, instituiu a Política Nacional de Educação Permanente em Saúde (Brasil, 2007), e trouxe incrementos para esta área, além de fortalecer seu vínculo com o Ministério da Educação, para contribuir para a mudança na formação dos

profissionais a serem absorvidos pela lógica do SUS. A necessidade de qualificar o atendimento também é assumida, no mesmo ano, pela criação da Política Nacional de Humanização. Cabe um breve destaque a esta Política, pois está intimamente relacionada à proposta da presente pesquisa e, em especial, a promoção da saúde, ao preconizar a valorização do respeito ao indivíduo e à coletividade. Esta entende que humanização é “a valorização dos diferentes sujeitos implicados no processo de produção de saúde: usuários, trabalhadores e gestores. Os valores que norteiam esta política são a autonomia e o protagonismo dos sujeitos, a corresponsabilidade entre eles, o estabelecimento de vínculos solidários e a participação coletiva no processo de gestão” (Brasil, 2004, p. 8). Prevê, dentre os aspectos para seu alcance, a mudança nos modelos de atenção e gestão dos processos de trabalho; o compromisso com a ambiência; a melhoria das condições de trabalho e de atendimento; o incentivo à informação e à educação dos seus cidadãos. Propõe-se criar espaços de construção e troca de saberes entre o Estado e o plano coletivo, com a intenção de um investimento em modos participativos de trabalhar em equipe. Enquanto política, também deve ser transversal, garantindo um caráter questionador das verticalidades e atualizando “um conjunto de princípios e diretrizes, por meio de ações e modos de agir nos diversos serviços, práticas de saúde e instâncias do sistema, caracterizando uma construção coletiva” (Benevides e Passos, 2005, p. 393). Como mostram diversos autores, dentre eles Ayres (2005), a humanização pode contribuir para a organização da atenção à saúde em diferentes aspectos e dimensões. Este autor apresenta um estudo da hermenêutica da humanização, que, em termos ideais e genéricos, aponta para a necessidade de se assumir compromissos das tecnociências da saúde com a felicidade e a democracia voltadas para o bem comum. Ayres (2009) também a relaciona com a Política Nacional de Humanização, as ideias de acolhimento, cuidado, escuta, vínculo e responsabilidade. Para ele, esta Política parece ser uma das respostas das políticas de saúde do Brasil, favorecendo a inexorável presença da ética no âmbito da construção do SUS. Isto também é apontado por Teixeira (2005) que compreende o SUS e a saúde como um “bem comum” e suas iniciativas como formas de proporcionar: a “democratização das relações que envolvem o atendimento”; o “maior diálogo e melhoria da comunicação entre profissional de saúde e paciente”; o “reconhecimento dos direitos do paciente, de sua subjetividade e referências

culturais”; e ainda, concordando com Deslandes, o “reconhecimento das expectativas de profissionais e pacientes como sujeitos do processo terapêutico”. Deslandes e Mitre (2009, p. 642), nesse mesmo sentido, defendem a humanização como “um imperativo ético-institucional e um princípio instituinte do SUS,” destacando como um de seus consideráveis desafios o de ordem comunicacional, que é capaz de “produzir entendimento por meio do diálogo, dos atos de fala cotidianos, que acontecem nas relações face a face. E esta competência é estratégica para a produção do cuidado em saúde e, também, para a gestão, comprometidos com a humanização” e com bases emancipadoras, onde os diferentes atores interagem.

Todavia, a realidade aponta as dificuldades de diálogo, de relações éticas, de respeito ao outro, inclusive no âmbito da saúde. Deslandes e Mitre (2009) sinalizam que o próprio Estado não traduz a política de humanização, por exemplo, no seu orçamento cotidiano. Isso também acontece com a promoção da saúde.

A urgência em fortalecer o SUS é reconhecida, em 2005, quando o Ministério da Saúde definiu a Agenda de Compromisso pela Saúde, que agregou três eixos: “O Pacto em Defesa do SUS”, “O Pacto em Defesa da Vida” e “O Pacto de Gestão”, devendo atingir as três esferas federativas. Esta Agenda incentivou a criação de diversas políticas nacionais. Dentre elas, destaca-se a Política Nacional de Promoção da Saúde (Brasil, 2006), inserida nas propostas de Reforma Sanitária, do SUS e dos movimentos internacionais. Ela começou a ganhar institucionalidade, em 1999, quando o Ministério da Saúde realizou uma cooperação internacional com o Programa das Nações Unidas para o Desenvolvimento (PNUD), buscando um novo modelo de atenção (Heidemann, 2006). Esta política propõe que as intervenções em saúde ampliem seu escopo, ao invés de só trabalhar sobre os efeitos do adoecimento. Tem o desafio, como uma das estratégias de produção de saúde, de ser transversal, integradora, intersetorial, equânime, plural no respeito às diferenças entre necessidades, territórios e culturas presentes no país. O objetivo geral, coerente com os movimentos internacionais, é “promover a qualidade de vida e reduzir vulnerabilidades e riscos à saúde relacionados aos seus determinantes e condicionantes – modos de viver, condições de trabalho, habitação, ambiente, educação, lazer, cultura, acesso a bens e serviços essenciais” (Brasil, 2006, p. 17). Dentre as prioridades destacadas, aponta-se a de

incorporar a participação e o controle sociais na gestão das políticas públicas; aprimorar o acesso e a qualidade dos serviços prestados no SUS; incentivar a promoção, informação e educação em saúde, com ênfase em ações específicas (alimentação saudável; prática corporal e atividade física; prevenção e controle do tabagismo; redução da morbi-mortalidade em decorrência do uso abusivo de álcool e outras drogas; redução da morbi-mortalidade por acidente de trânsito; prevenção da violência e estímulo a cultura da paz; e promoção do desenvolvimento sustentável).

Para o SUS a estratégia de promoção da saúde é utilizada tanto para compreender e atuar no processo saúde-doença quanto nos determinantes sociais de saúde do nosso país. As manifestações da questão social vigente são consideradas de responsabilidade de todos, tendo como foco: o desemprego, o subemprego, a fome, a habitação inadequada, a falta de saneamento básico, a dificuldade de acesso à educação, a violência, o êxodo rural, a urbanização desordenada, a poluição do ar e da água. Mas, Buss (2000) destaca que a promoção da saúde, em sua polissemia, pode estar ligada a uma reação ao modelo biomédico, à medicalização na sociedade. Cita que pode dividir-se, principalmente, em dois grupos: um que é direcionado à transformação do comportamento dos indivíduos, focado nos seus modos de viver, nos de suas famílias e na comunidade onde se encontram, tendo um caráter educativo, de comportamentos passíveis de mudanças, relacionados a riscos com a saúde, que estariam sob o controle dos indivíduos e vinculados a epidemiologia; e outro, como protagonista do enfrentamento dos determinantes sociais de saúde (DSS), como articulador de distintos recursos técnicos e posições ideológicas, defendendo a intersetorialidade, através de ações das políticas públicas, do *empoderamento* dos indivíduos e das comunidades no controle social, em prol da qualidade de vida da população. Cabe esclarecer, como aponta o autor, que a saúde é produto de amplos fatores relacionados com a qualidade de vida e esta é entendida como condições de vida, intimamente relacionadas à saúde.

A polissemia da promoção da saúde é vista também por Lefreve e Lefreve (2004), Tavares (2005) e Poland et al (s/a), dentre outros estudiosos. Poland et al (s/a) mostram que a promoção da saúde é uma “nova saúde pública”, sem que seus componentes específicos sejam novos. Campos (2004) mostra sua existência,

inclusive, nas origens da saúde coletiva brasileira, anterior aos movimentos internacionais.

Observa-se que a discussão do sentido da promoção da saúde abrange um dilema entre esta e a prevenção. Czeresnia (2003, p. 49) aponta que a promoção da saúde é, tradicionalmente, “bem mais ampla que prevenção, pois se refere a medidas que “não se dirigem a uma determinada doença ou desordem, mas servem para aumentar a saúde e o bem-estar gerais” (Leavell & Clark, 1976, p. 19). Promover saúde envolve escolha e isso não é da esfera do conhecimento verdadeiro, mas do valor”. Como bem aponta Marcondes (2004), ambos os vocábulos tem um viés com a educação: a primeira tem um vínculo com a história natural da doença, enquanto a segunda, além da ausência de doença, está voltada para a vida com qualidade, o que incorpora a concepção dos determinantes sociais de saúde.

Apesar das Cartas Internacionais e da Política Nacional de Promoção da Saúde não detalharem assuntos relativos à educação e à comunicação para a saúde, citaram-nas e valorizaram a participação popular, a transformação das políticas públicas e a reorientação dos serviços para a promoção da saúde, aspectos estratégicos para o enfrentamento das iniquidades. Reconheceram que a promoção da saúde deve ajudar as pessoas a trabalhar coletivamente, já que não é possível enfrentar os DSS de outra maneira. Citaram a recepção ao usuário, mas não mencionaram a sala de espera como um cenário de prática de espaço público e educativo, sugerindo a invisibilidade desse fenômeno de massa da população brasileira.

Considera-se a educação estratégica para a promoção da saúde, cabendo fazer um “parênteses”, voltar no tempo, para inserir historicamente a questão da educação, presente na promoção da saúde, mas que teve um caminho peculiar no Brasil. Começou com a educação popular que, como destaca Vasconcelos (2007), foi uma das pioneiras no âmbito internacional. É oriunda das ações de intelectuais e educadores ligados à Igreja Católica, na década de 50, que tinham a influência do humanismo personalista que surgia na Europa. Na década de 60, a educação foi sistematizada teoricamente por Paulo Freire, fortalecendo o exercício de processos de discussão horizontal, ao invés de cima para baixo, o que já acontecia nos Movimentos Sociais. Mesmo assim, como pontua o autor, até a década de 70, a educação em saúde era realizada pelas elites políticas e econômicas e a força de

movimentos populares foi sendo enfraquecida pela expansão do assistencialismo individualista. Nesta década, a mobilização entre profissionais de saúde e população culminou na criação do Movimento Popular de Saúde (MOPS), que reivindicava mais serviços e mais participação. As participações de profissionais de saúde e de populares na criação do SUS e de atividades educativas nos serviços de saúde, na década de 80, culminaram com a criação da Rede de Educação Popular em Saúde, em 1991. Esta veio para contribuir para o desatar dos nós inerentes às dificuldades relacionadas ao amplo desenvolvimento da educação popular e saúde (Stotz, David e Un, 2005). Mas, estes autores destacam que a educação popular, enquanto movimento social, só ocorreu em 2000, em intervenção pública de Eymar Vasconcelos, no Congresso da Abrasco. Vasconcelos (2007) mostra que a Rede tem contribuído para que a educação popular seja cada vez mais presente no SUS, atuando a partir de problemas de saúde específicos e em questões gerais relacionadas ao funcionamento dos serviços, contribuindo para a reorientação destes (Brasil, 2007). Aponta, ainda, que há participação restrita dos cidadãos, presença de autoritarismo nas práticas de saúde, desconsideração com os usuários e privilégio em campanhas educativas de caráter massificador, sem vínculos culturais. O autor destaca que há ações educativas normatizadoras e centradas em hábitos individuais, apesar dos discursos dos gestores enfatizarem as ações educativas e de promoção da saúde, em razão de uma propaganda institucional. Enfatiza que a Rede de Educação Popular em Saúde precisa ser fortalecida e uma das estratégias é formar profissionais em educação popular, em uma proposta de educação permanente, com base no ensino baseado em problematização (PBL - Problem Based Learning).

Em realidade, observam-se avanços, mas desafios também. Neste sentido, o Ministério da Saúde, dentre suas prioridades, enfatizou quatro áreas de atuação: estilos de vida saudáveis e relações pessoais; reorganização das ações de saúde; municípios saudáveis; e marketing social e apoio a projetos sociais. Definiu como a principal porta de entrada do SUS, a Estratégia da Saúde da Família, que tem como um de seus problemas estruturais, a falta de integração da rede de saúde (Tavares et al, 2009). O Ministério da Saúde (2011) registra:

“O Sistema Único de Saúde (SUS) é um dos maiores sistemas públicos de saúde do mundo. Ele abrange desde o simples atendimento ambulatorial até o

transplante de órgãos, garantindo acesso integral, universal e gratuito para toda a população do país. Amparado por um conceito ampliado de saúde, o SUS foi criado, em 1988, pela Constituição Federal Brasileira, para ser o sistema de saúde dos mais de 180 milhões de brasileiros.”

A partir de uma análise crítica da Política Nacional de Promoção da Saúde nota-se que suas ações estão mais voltadas para o foco da prevenção das doenças do que propriamente respondendo a uma concepção ampliada de saúde e de política transversal. Um exemplo dessa observação, reside na gestão administrativa que transfere a operacionalização dessa política, do âmbito da Secretaria Executiva do Ministério da Saúde para a Coordenação Geral das Doenças e Agravos Não Transmissíveis, da Secretaria de Vigilância em Saúde (Brasil, 2011).

Do ponto de vista conceitual, vale acrescentar o questionamento feito por Herzlich (2004) às Ciências Sociais, ao analisar o processo saúde-doença. Estas, alerta o autor, devem contribuir para enfatizar uma compreensão simultânea entre o ponto de vista individual e o social, logo, tanto do domínio privado quanto do espaço público.

A valorização do espaço público, dentre outras ações, deve ser um imperativo ético e mais um espaço para promoção da saúde. Isto reforça a necessidade de pensar sobre as políticas de saúde pública, que almejam acolhimento, informação, educação, respeito, diálogo, *empoderamento* do usuário do SUS e superação das iniquidades. Assim, a sala de espera deve ser não só uma “ambiência”, mas também um espaço educativo e de acolhimento das relações interpessoais, e de enfrentamento das possibilidades e limites do próprio sistema de saúde. Este desafio deve ser assumido pelo SUS como um todo. Destaca-se o assistente social que está neste contexto por ter como princípio o fortalecimento do diálogo, do espaço público, da cidadania, da democracia, da participação, da equidade, da justiça social, da universalidade, como citado em seu Código de Ética Profissional (CFESS, 1993). Isto requer o uso de estratégias diferenciadas no cotidiano de trabalho e a defesa de um serviço de saúde pública de qualidade, incentivando a humanização (Freitas, 2007) e a participação da sociedade como um todo (Zucco e Cavalcanti, 2002), coerente com o preconizado pelo SUS.

Atenção Básica de Saúde e modelos de atenção

Enquanto o surgimento dos hospitais data do século XI, os primeiros cuidados ambulatoriais surgiram no século XIII, quando corporações de artesãos criaram fundos para proteger seus membros. A primeira unidade de atendimento ambulatorial, separada de hospitais e gratuita dirigida aos pobres, é do século XVII, de 1630, na França (Giovanella e Mendonça, 2008). Mas, dando um salto na história, reconhece-se que somente em 1920, o Partido Trabalhista da Grã-Bretanha tomou a iniciativa, junto com os médicos e o Ministério da Saúde, de oferecer cobertura de serviços médicos e auxiliares à população através da criação de centros de saúde. Este foi definido pelo Relatório Dawson (presidente do movimento) como “uma instituição equipada para serviços médicos preventivos e curativos a serem prestados sob condução dos médicos generalistas do distrito, em cooperação com serviços de enfermagem eficientes e apoio de especialistas” (apud Giovanella e Mendonça, 2008, p. 588). Os centros de saúde, conforme as autoras mencionaram, passaram a ser amplamente difundidos na década de 1960, quando a Inglaterra construiu várias unidades para médicos generalistas trabalharem, como autônomos, junto com outros profissionais de saúde pública, como enfermeiras, assistentes sociais e visitadoras domiciliares. Inspiraram-se nos países socialistas do leste europeu, onde os centros de saúde adotavam um modelo de atenção universal e integral, as chamadas policlínicas, que podiam se situar, inclusive, nos próprios locais de trabalho dos usuários.

No Brasil, os centros de saúde surgiram nos anos das décadas de 1930 e 1940, vinculados ao Serviço de Saúde Pública (Sesp), como uma resposta aos incentivos da Fundação Rockefeller (Giovanella e Mendonça, 2008), portanto, sob influência norte-americana. Esses não prestavam atendimento clínico direto aos pobres, que recorriam aos ambulatórios hospitalares gratuitamente, mediante comprovação de indigência. Somente na década de 60, reafirmando o já dito, com a expansão da medicina preventiva e comunitária, é que os Centros de Saúde passaram a assumir responsabilidades mais abrangentes. Nesta época, também surgiram os Centros de Saúde Escola, primeiro nos Estados Unidos da América e depois no Brasil (Cyrino, 1993; e Giovanella e Mendonça, 2008). Estes foram criados para contribuir na formação e aprimoramento dos recursos humanos e políticas de saúde públicas (Cyrino, 1993).

Paim (2011) esclarece que a organização da atenção à saúde é formada partir de um diagrama de níveis de prevenção (promoção, proteção, diagnóstico precoce, limitação do dano e reabilitação) e se divide em três níveis: preventivo primário (medidas inespecíficas ou de promoção e específicas ou de proteção); preventivo secundário (recuperação da saúde); e preventivo terciário (reabilitação). Quanto à complexidade, como especifica Merhy e Onocko (1997), se pode acrescentar que a atenção à saúde ambulatorial está mais voltada para as "tecnologias leves", que tem sua produção baseada nas relações entre dois sujeitos, e não tanto nas "tecnologias duras" (ênfase nos equipamentos) e nas "tecnologias leves-duras" (base nos saberes bem estruturados, incluindo uso de equipamentos).

A Opas (2011) classifica a assistência ambulatorial hierarquicamente: assistência básica (inclui ações de promoção de saúde e prevenção de doenças, assistência em especialidades básicas e controle de doenças); assistência especializada de média complexidade (inclui consultas com especialistas); e assistência de alta complexidade (baseada na utilização de equipes ou tecnologias mais complexas). Percebe-se, assim, o estabelecimento de uma rede vertical e não horizontal, ou seja, os atendimentos e os encaminhamentos relacionados ao usuário são segmentados, dificultando a integração dos sistemas de serviços de saúde, como analisa Mendes (2002).

Interessante frisar que há diferenças de concepção entre Atenção Primária à Saúde (APS) e Atenção Básica de Saúde (ABS), onde a primeira tem uma referência internacional e a segunda nacional. Como diversos autores apontam, a primeira está relacionada à Carta de Alma Ata, que anunciou a meta social de "Saúde para Todos no ano 2000", pertencendo aos cuidados primários e tendo como componentes fundamentais: educação em saúde para prevenção e controle de problemas de saúde; abastecimento de água e saneamento básico; cuidado com a saúde materno-infantil; imunização e medicalização em casos de terapias. Heimann e Mendonça (2005) e Giovanella e Mendonça (2008) mostraram que esta ênfase surgiu associada à racionalização dos gastos hospitalares e se ampliou nas propostas das agências internacionais de combate à pobreza (OMS e OPAS). Estas autoras mostram que o Brasil usa o termo ABS para se distinguir da APS, denominação internacional. Machado et al (2008, p. 43) expõem claramente que

“a própria opção pela denominação “Atenção Básica” decorre da negação de concepções restritivas sobre Atenção Primária, propostas por organismos

internacionais, e da tentativa de diferenciação da estratégia brasileira, vinculando-a a uma concepção que Viana & Fausto denominam de universalista, uma vez que é compreendida como componente estratégico para estruturação, organização e equidade do sistema. Há ainda um esforço de garantir um espaço não mercantil nesse nível de assistência (...).”

Segundo Giovanella e Mendonça (2008) há três principais linhas de interpretação da APS: serviço restrito, seletivo e focalizado; ambulatório de médicos não especializados como primeiro contato, tendo ou não ações de saúde pública; serviço com modelo assistencial e de organização do sistema mais abrangente. Elas apontam sete principais atributos da ABS: ser o primeiro contato com a população e acessível, sendo um filtro para os encaminhamentos à atenção especializada; ter “longitudinalidade”, ou seja, acompanhar o paciente (o termo paciente foi adotado pelas autoras) ao longo de sua vida, não só na doença; considerar a abrangência e a integralidade das necessidades do paciente, ofertando os serviços existentes; coordenar as ações que garantam a continuidade de toda a atenção necessária ao paciente; conhecer as necessidades da comunidade e ajudar em seus enfrentamentos; organizar a atenção a partir de necessidades da família; conhecer as potencialidades culturais dos grupos populacionais.

Gil (2006, p. 5), após uma pesquisa de análise de documentos oficiais do Ministério da Saúde, no período de 1990 a 2005, conclui que “alguns autores utilizam os termos atenção primária à saúde e atenção básica à saúde como sinônimos e na perspectiva de unidades locais ou nível de assistência.” Mas, no mesmo ano de publicação de seu artigo, o Ministério da Saúde formalizou sua opção pela terminologia ABS, através da criação da Política Nacional da Atenção Básica de Saúde (PNABS, 2006) e a reatualizou em 2011:

“A Atenção Básica caracteriza-se por um conjunto de ações de saúde, no âmbito individual e coletivo, que abrange a promoção e a proteção da saúde, a prevenção de agravos, o diagnóstico, o tratamento, a reabilitação, redução de danos e a manutenção da saúde com o objetivo de desenvolver uma atenção integral que impacte na situação de saúde e autonomia das pessoas e nos determinantes e condicionantes de saúde das coletividades. É desenvolvida por meio do exercício de práticas de cuidado e gestão, democráticas e participativas, sob forma de trabalho em equipe, dirigidas a populações de territórios definidos, pelas quais assume a responsabilidade sanitária, considerando a dinamicidade existente no território em que vivem essas populações. Utiliza tecnologias de cuidado complexas e variadas que devem auxiliar no manejo das demandas e necessidades de saúde de maior frequência e relevância em seu território, observando critérios de risco, vulnerabilidade, resiliência e o imperativo ético de que toda demanda, necessidade de saúde ou sofrimento devem ser acolhidos” (PNABS, 2012) .

Interessante registrar que o conteúdo da definição de ABS na Política de 2011 não apresentou mudanças significativas com relação à política de 2006, mas ressalta a ênfase nos determinantes e condicionantes de saúde. Ambas mencionam orientar-se pelos princípios da universalidade, da acessibilidade, da integralidade, da coordenação do cuidado, do vínculo, da responsabilização, da humanização, da equidade e da participação social. Valorizam as ações de educação para saúde, associando a promoção da saúde, por vezes, além da intersetorialidade e do controle social. A nova versão, entretanto, reforça a Saúde da Família como estratégia prioritária para a sua organização e inclui nos recursos humanos do Nasf (Núcleo de Apoio à Saúde da Família), o assistente social e o educador. Dentre as competências da ABS são destacadas: a reorientação do modelo de atenção à saúde; a disseminação do Programa Saúde na Escola; a elaboração de metodologias e instrumentos de monitoramento e avaliação das ações; a promoção de pesquisa, intercâmbio de experiências e disseminação de tecnologias e conhecimentos, com articulação com organismos locais, nacionais e internacionais; o desenvolvimento de técnicas e estratégias para qualificação de recursos humanos; o incentivo junto ao Ministério da Educação para mudanças curriculares nos cursos de graduação e pós-graduação na área da saúde.

Cabe lembrar que os Centros de Saúde Escola foram criados precursoramente visando contribuir na formação e aprimoramento dos recursos humanos e/ou políticas de saúde públicas, inclusive para o SUS. Nota-se, entretanto, que tanto a política de 2006, quanto a de 2011, não mencionaram estes Centros, nem a Rede-Escola de Saúde.

Observa-se que a Política Nacional da Atenção Básica (2011, p. 12), quando menciona a infraestrutura adequada, cita, inclusive, a necessidade de uma “área de recepção” e “sala multiprofissional de acolhimento à demanda espontânea”. Destaca-se que a versão anterior (2006), citava apenas a primeira (“área de recepção”), mas, em ambas, estes espaços não foram qualificados, como previsto na Política Nacional de Humanização (Brasil, 2004).

No organograma federal brasileiro, a ABS está localizada no Departamento de Atenção Básica (DAB), um dos cinco Departamentos da Secretaria de Atenção à Saúde do Ministério da Saúde. Este é composto por cinco Coordenações: Acompanhamento e Avaliação; Alimentação e Nutrição; Gestão da Atenção Básica; Hipertensão e Diabetes; e Saúde Bucal. O DAB também coordena as

ações nacionais do Projeto de Expansão e Consolidação do Programa Saúde da Família, conhecido como PROESF (DAB, 2011). Destaca-se que este Programa, visando uma mudança no modelo vigente, acabou por evoluir como Estratégia da Saúde da Família (ESF), que vem sendo considerada prioritária para potencializar a reorientação da atenção primária no SUS. A Estratégia tem definida uma equipe mínima (um médico generalista, um enfermeiro, dois auxiliares de enfermagem e agentes comunitários de saúde, além de saúde bucal vinculada) e delimitada a responsabilidade de cada um atender, em média, 3000 habitantes, na lógica da territorialidade, onde o serviço vai à população, e não o contrário, como outrora (Conill, Fausto e Giovanella, 2010). Algumas Secretarias de estaduais e municipais também reformularam seus organogramas, colocando a Atenção Básica no papel articulador das várias iniciativas que compõem o seu escopo (Conass, 2003). Mas, apesar da Saúde da Família estar vinculada ao modelo sanitaria e como uma estratégia de mudança do modelo assistencial, substituindo a rede básica tradicional, há situações adversas que devem ser contornadas, para não se tornar uma prática verticalizada como qualquer outra (Paim, 2008).

Esclarece-se, que todo sistema de saúde está vinculado a um modelo de atenção à saúde, mas vale considerar ser um conceito polissêmico no âmbito do SUS. Isto precisa ser aqui abordado e, para tanto, expõem-se os posicionamentos de diferentes autores de maneira complementar. Segundo Paim (2005, p. 164),

“Modelos de atenção à saúde ou ‘modelos assistenciais’ podem ser definidos genericamente como combinações de tecnologias (materiais e não-materiais) utilizadas nas intervenções sobre problemas e necessidades sociais de saúde. Modelo, nessa concepção, (...) é uma razão de ser - uma racionalidade; uma espécie de ‘lógica’ que orienta a ação. (...) É uma maneira de organizar os ‘meios de trabalho’ (saberes e instrumentos) utilizados nas práticas ou processos de trabalho em saúde. (...) Corresponde à ‘dimensão técnica’ das práticas de saúde; incorpora uma ‘lógica’ que orienta as intervenções técnicas sobre os problemas e necessidades de saúde.”

Paim (2008) alerta que, na ciência, muitas vezes, o termo modelo se confunde com paradigma, que também é polissêmico. O autor cita como modelos hegemônicos: o médico assistencial privatista (centrado na medicina flexneriana, na clínica e em serviços especializados); a atenção gerenciada (preserva o modelo médico, mas sem estimular o super consumo, pois está condicionado a formas de pré-pagamento); as campanhas sanitárias e programas especiais (administração vertical, sem incentivo a integralidade e descentralização das ações); a vigilância

sanitária e a epidemiológica (vinculada à saúde pública e à promoção da saúde); o PAC (Programa de Agentes Comunitários) e o PSF (Programa de Saúde da Família), ambos com prevalência da territorialidade e de ações educativas e de prevenção fora das unidades de saúde; e a oferta organizada (princípio da não rejeição na lógica da Unidade Local de Saúde). Este autor, além de outros, expõe que o sistema de saúde brasileiro tem dois modelos hegemônicos contraditórios: o modelo médico assistencial privatista e o assistencial sanitário, apesar de haver também iniciativas de construção de modelos assistenciais alternativos, sendo a Estratégia de Saúde da Família considerada como um desses modelos. Como uma possibilidade de diminuir o caráter medicalizador e intervencionista da prática do modelo médico privatista, há a atenção quaternária. Esta, segundo Normam e Tesser (2009), é inspirada nos três níveis de prevenção de Leavel & Clark e deve fazer parte da formação e educação permanente dos profissionais de saúde. Para os autores, a prevenção integral deve ser incorporada a ABS, notadamente a Saúde da Família, por contribuir para alternativas eticamente aceitáveis, considerando que a “prevenção quaternária é a ação que atenua ou evita as consequências do intervencionismo médico excessivo que implica atividades médicas desnecessárias.” Ela valoriza a medicina desenvolvida “para a pessoa”. Neste sentido, Perestrello (2006), afirma ser a pessoa não um produto da ação médica, pois é um ser complexo e está além desta ação, sendo essencial que se compreenda o processo do “adoecer” e o que representa para a pessoa, sua própria forma de viver e de existir. A doença é um processo histórico-biológico desenvolvido em diferentes situações, conceituado a partir de “sistemas de viver humanos”. O autor destaca que a saúde não é um dom da natureza, é fruto do meio em que vive o sujeito, é influenciada por circunstâncias adversas e pela capacidade de luta de cada indivíduo e, portanto, precisa ser enfrentada como um complexo bio-psico-social.

Ayres (2009, p. 12) destaca que o modelo de atenção é “a convergência de horizontes entre os diversos discursos acerca de modos de operar e gerir as tecnologias de atenção à saúde de indivíduos e populações.” Ele propõe três planos de análise, que são estreitamente articulados: o próprio núcleo do “saber”, dos conceitos, teorias e seus fundamentos epistemológicos que instruem os modelos de prática; a aplicação da “técnica” propriamente dita, o modo de operá-

la no cotidiano da atenção à saúde; e o aspecto da "ética", os valores que têm orientado as práticas.

Segundo Benevides e Passos (2005), qualquer modelo deve considerar as políticas públicas, não podendo as mesmas serem confundidas com princípios, pois estas são orientadas por eles e devem estar comprometidas, também, com modos de fazer, com processos efetivos de transformação e criação de realidade, com o concreto das práticas de saúde.

As Políticas Nacionais do Ministério da Saúde são um ideal a ser seguido, mas a realidade revela distância entre o proposto e sua efetividade. Uma das maneiras de minimizar distorções é valorizar as avaliações das políticas públicas, pois, como apresenta Ricco (2007, p. 8), “refletem as ações do Estado, traduzidas na maior parte das vezes em programas. Tais programas refletem, ou não, as pressões e demandas sociais. Portanto, a importância da avaliação no processo de tomada de decisão e, principalmente, na aferição de resultados e impactos de políticas e programas sociais adquire relevância, seja para o pesquisador, para o técnico, seja para o usuário e, obviamente, para o Estado”.

Paim (2011) cita que na 11ª Conferência Nacional de Saúde, em 2000, foram ressaltados os limites e as possibilidades dos modelos de atenção à saúde, buscando a concretização dos princípios e diretrizes do SUS. Um dos destaques nessa Conferência foi a intervenção a partir da promoção da saúde. Para alguns ela é entendida como um modelo e pode contribuir para reorientação do SUS, como depois, em 2006, foi previsto na Política Nacional de Promoção da Saúde.

Como mostra Czeresnia (2003), a promoção da saúde é mais abrangente que prevenção, por estar preocupada com as condições de vida das pessoas, enquanto a prevenção limita-se a intervenções que evitem doenças. A promoção desloca o objeto e o enfoque do doente para a doença, sem perder de vista o indivíduo, o que redimensiona a visão do cuidado para a saúde (Lefevre e Lefevre, 2004). Scliar (2007) cita que o conceito de saúde reflete a conjuntura social, econômica, política e cultural, logo, destaca que os cuidados primários de saúde devem estar adaptados a este conceito e, conseqüentemente, deveriam incluir pelo menos: educação em saúde, nutrição adequada, saneamento básico, cuidados materno-infantis, planejamento familiar, imunizações, prevenção e controle de doenças endêmicas e de outros frequentes agravos à saúde, e provisão de medicamentos essenciais. Está, assim, em consonância com a Declaração de Alma

Ata (1978), impulsionadora do cuidado primário da saúde. Para tanto, como já citado nas Declarações Internacionais e na Política Nacional de Promoção da Saúde, é necessário que os serviços estejam reorientados para a promoção da saúde. No caso específico do setor Saúde tradicional, reorientar significa priorizar o modelo sanitário, ao invés do biomédico, incluindo a promoção da saúde como diretriz essencial. Cabe lembrar, que o primeiro modelo representa a valorização do modelo flexneriano; prevalência da medicina curativa sem inclusão dos determinantes sociais de saúde; reforça a “Síndrome da Medicina Moderna”, que é a valorização da alta tecnologia, alto custo, baixo impacto para a maioria da população; e acarreta na “Lei da Atenção Inversa de Hart”, onde a dificuldade de acesso é inversamente proporcional às necessidades dos demandantes (Pasche e Hennington, 2006). Já a promoção da saúde, consonante com a concepção do SUS, como corrente de pensamento, valoriza o incentivo à participação comunitária e vínculo da teoria com a prática. É entendida como uma solução para os países desenvolvidos diminuírem os custos com a saúde; atenuando a hegemonia do modelo biomédico; incluindo os determinantes sociais no enfrentamento dos problemas de saúde, a partir da integralidade, da intersetorialidade e da interdisciplinariedade como estratégias para sua solução (Rabello, 2010 e Castro e Malo, 2006).

A ABS propõe-se a adotar algumas estratégias para sua reorientação, tais como: redefinir seus propósitos conceituais e institucionais, em especial no tocante às dimensões da gestão; reorganizar suas ofertas terapêuticas e práticas de saúde pública, sua ampliação, diversificação e qualificação, incorporando ações voltadas para a realidade da clientela; alterar seus processos de trabalho, valorizando a demanda da clientela, a qualificação profissional, a interdisciplinaridade, o trabalho em equipe; e efetivar ações intersetoriais. Destaca-se que as ações de educação em saúde são ressignificadas pelo SUS como processos e estratégias para a promoção da saúde (Pedrosa, 2006). Nota-se que a promoção da saúde é adequada a ABS por valorizar a reorientação dos serviços, o redimensionamento do papel da saúde pública, pois parte “de uma concepção ampla do processo saúde-doença e de seus determinantes, (...) propõe a articulação de saberes técnicos e populares e a mobilização de recursos institucionais e comunitários, públicos e privados para o enfrentamento e resolução” (Buss, 2000, p. 165). A incorporação de seu referencial para se pensar, monitorar, analisar e teorizar sobre

as possibilidades de seu incremento na ABS é completamente pertinente, como mostra a Política Nacional de Promoção da Saúde (2006). Neste contexto, a qualidade do compromisso social das instituições públicas é fundamental, pois como analisa (Bobbio, 2007, p. 60), sua função é “converter as demanda em respostas. (...) Não conseguindo mais dar respostas satisfatórias, sofrem um processo de transformação que pode chegar à fase final da completa modificação”. A sociedade deve tomar o seu lugar, como assumir o controle social tão almejado nas políticas do SUS. Esta importância também é enfatizada por Bobbio (2007), Hannah Arent (2008) e outros estudiosos no campo da filosofia política. Para Bobbio (2007, p. 155), um caminho está no desenvolvimento da democracia, na ocupação de novos espaços públicos, pois “o processo de alargamento da democracia na sociedade contemporânea não ocorre apenas através da integração da democracia representativa com a democracia direta, mas também, e, sobretudo, através da democratização.” A capacidade de pensar criticamente, associar a *vida contemplativa a activa*, expressa através da condição humana da pluralidade do diálogo, é um caminho para a garantia de políticas e ações participativas, como apresenta Arendt (2008).

Quanto ao Brasil, fazendo uma análise arendtiana, Neves (2007, p.135) aponta que “há uma priorização da gestão em detrimento da política, onde o espaço público torna-se mais uma “política de marketing performática”, “política de espetáculos”, nos termos de Arendt (1999), anulando-se qualquer forma de pluralidade de diálogo.” Esta realidade mostra que prevalece a cultura de “estadania” (Carvalho, 2004), oposta à cidadania, apontando para a importância de modelos de atenção que contribuam para a mudança desse quadro.

Estudos mostram a pertinência e a necessidade de investimento na promoção da saúde. Heidemann (2006) desenvolveu uma pesquisa que aplicou, em profissionais de Unidades de Saúde da Família, a metodologia da educação problematizadora e libertadora, baseada no método Paulo Freire, e concluiu que as lacunas mostram o distanciamento entre as políticas, teorias e a realidade. Outra Tese que analisa tal política é a de Lopes (2008), já citada, que também estudou as Cartas Internacionais e concluiu sobre a necessidade de maior destaque à participação, ao diálogo e à interdisciplinariedade para se alcançar as metas propostas. Reforça-se, assim, o pressuposto sobre a importância de espaços públicos de saúde a partir do diálogo, da educação conscientizadora, da

participação popular, questões importantes para o *empoderamento*, como previsto na promoção da saúde.

Apesar da promoção da saúde ter uma proposta transversal, esta precisa de um lócus e tudo até então relatado sugere que é estratégica na ABS, mas não faz parte do Departamento de Atenção Básica (DAB). A intenção inicial de que fosse transversal a todo o SUS fez com que, até 2004, fosse vinculada à Secretaria Executiva do Ministério da Saúde, mas, como já citado, pertence a Secretaria de Vigilância em Saúde (SVS). Outro aspecto é que a remuneração das atividades da Estratégia de Saúde da Família não inclui ações específicas de enfrentamento dos DSS, como práticas articuladoras, mas sim a quantidade de atendimentos assistenciais realizados. Fica, assim, explícita qual é a dimensão quantitativa de modelo do Ministério, o que pode interferir na qualidade da real mudança de modelo pretendido, especialmente no tocante a Estratégia da Saúde da Família.

Nota-se, assim, que o SUS funciona com múltiplos modelos. Mas, como a questão orçamentária é que também move as oportunidades, cabe esclarecer que foi criado o Piso de Assistência Básica (PAB) para impulsionar a ABS, expandir a cobertura e reduzir as desigualdades inter-regionais. Desta maneira, busca um modelo universal e integral, que, antes, estava excessivamente centrado na assistência hospitalar. O PAB representa uma transferência de fundos do Ministério da Saúde para os Fundos Municipais de Saúde, como o pagamento por produção de metas negociadas na Programação Pactuada e Integrada, chamado de PPI. Desta maneira, o PSF oferece assistência integral de saúde a uma população definida, em um território determinado, mediante a inscrição de usuários por uma equipe multiprofissional. Para incrementar a inserção de áreas não cobertas, há incentivos específicos, como na zona rural da Amazônia Legal, nos municípios com menos de 30.000 habitantes e IDH igual ou inferior a 0,7.

Relatório da Opas (2011) mostra que, em 2005, o PSF estava presente em 4.837 municípios brasileiros, com 22.683 equipes de saúde familiar que atendiam a aproximadamente 73 milhões de pessoas (40% da população). Relata que, desde 2002, trabalham junto com o Ministério da Saúde para um modelo de qualificação das equipes do programa de saúde da família, “com o objetivo de articular a dimensão da qualidade nos princípios do PSF (territorialização, integralidade e continuidade, responsabilidade e vínculo, equipes multiprofissionais e estímulo à

participação social) e suas linhas de ação” (Opas, 2011, p. 20). Destaca, ainda: a cooperação bilateral e multilateral em projetos destinados ao fortalecimento da assistência básica, como o PROESF; a reorganização da assistência à saúde dos indígenas, e ao aprimoramento da vigilância das doenças (VIGISUS); a ampliação de áreas temáticas da cooperação internacional (redução da mortalidade infantil e materna, mediante a promoção da saúde da mulher e da criança e a expansão do Programa de Saúde da Família); a melhoria da qualidade dos serviços de saúde nos aspectos de reestruturação física, fortalecimento gerencial e capacitação de recursos humanos; e o melhoramento do acesso a ações e serviços de saúde.

Conill (2008, p. 11) apresenta uma avaliação do PSF, de 1994 a 2000, mas sem destaque sobre a promoção da saúde. Mostra que as dificuldades de expansão do PSF estariam ligadas “as estruturas burocráticas ainda pesadas, ao corporativismo, ao aparelho formador e aos preconceitos em relação à tecnologia simplificada. É importante lembrar que o Banco Mundial havia divulgado seu relatório anual propondo pacotes mínimos de serviços, exacerbando críticas a formas de Atenção Primária à Saúde que pudessem significar um retrocesso de direitos.”

Heimann e Mendonça (2005) esclarecem que a indução financeira e gerencial dos municípios faz com que o PSF se torne dissociado do restante da ABS, sendo mais comum acontecer nos municípios de maior porte. Em consonância com Machado et al (2008), destacam que há três categorias de inserção da ESF: substitutiva (ESF assume onde a rede básica é inexistente e substitui a ABS existente, tendendo a se confundirem), paralela ou mista (diferentes modalidades de ABS convivem e a ESF é implantada onde há carência), e a tradicional (ABS tradicional predomina e há limitado peso do PSF). Constatam que para o PSF ser uma estratégia de mudança de modelo, há necessidade de integração na rede, investimento nos profissionais e organização do sistema, “do contrário, corre-se o risco de confundir a adoção do PSF com uma estratégia de medicina simplificada para populações carentes, o que seria contrário aos princípios do SUS” (Machado et al, 2008, p. 54). Heimann e Mendonça (2005, p. 485) concluem que “a questão é fortalecer a dimensão pública do sistema” voltada para o enfrentamento das questões sociais na saúde, sendo um desafio à relação das unidades das ABS com as equipes do PSF.

Cabe uma especial atenção às consequências da reforma administrativa do setor público, que vem ocorrendo desde o Governo de Fernando Henrique Cardoso, que afetam a área da Saúde Pública, notadamente a ABS. Foram criadas através da Lei N° 9637/98 (Brasil, 1998), as Organizações Sociais: “pessoas jurídicas de direito privado, “sem fins lucrativos”, cujas atividades sejam dirigidas ao ensino, à pesquisa científica, ao desenvolvimento tecnológico, à proteção e preservação do meio ambiente, à cultura e à saúde”. Estas podem ser fundações de direito privado ou de associação civil sem fins lucrativos; e na gestão podem: contratar pessoal sem concurso público, seguindo as normas do mercado de trabalho relacionadas à CLT; adotar normas próprias para compras e contratos; receber recursos orçamentários do governo através dos Contratos de Gestão; e devem ser dirigidas por um conselho de administração ou curador, que inclua representantes do poder público e da sociedade civil. Esta Medida tem sido amplamente adotada pelas instâncias governamentais, mesmo que pese a crítica de ser inconstitucional. Franco (2011) mostra que a lógica é repassar para o sistema privado a gestão de equipamentos de saúde pública, onde o funcionamento, e por vezes até a instalação do serviço, a contratação e a administração de recursos humanos e materiais passam a ser de responsabilidade da Organização Social. Machado et al (2008) observam que, no Brasil, a expansão do setor privado está presente até em áreas tradicionais da saúde pública, como a distribuição e aplicação de vacinas. Em outras palavras, o que a pesquisadora observa é que o Governo tem dinheiro, mas opta por repassar para “pessoas jurídicas de direito privado” e com isto transfere suas responsabilidades diretas na atenção à saúde. Corre-se, assim, o risco do sucateamento de estruturas públicas já existentes e/ou conflito dentro da própria rede de saúde, que passa a funcionar com modelos ideológicos, lógicas, produções, comprometimentos e vínculos diferenciados e, por vezes, antagônicos.

Uma das lacunas do SUS é a qualificação profissional, como já destacado pelo Ministério (Brasil, 2011), Conass (2003), Opas (2011), Giovanella (2008), dentre tantos outros estudos. Assim, a importância da teoria ser aplicada à prática é notada pelo próprio desenvolvimento da saúde comunitária que evolui, inclusive em outros países, através de processos acadêmicos e experimentais vinculados a Centros de Saúde Escola (Paim, 2008).

A história da Reforma Sanitária brasileira é entranhada da participação de professores, pesquisadores e alunos. Um exemplo disto ocorreu, em meados de 1986, com o Projeto de Capacitação em Desenvolvimento de Recursos Humanos, que ficou conhecido por Cadrhu. Nesse mesmo ano criou-se a grande maioria das Escolas Técnicas de Saúde do SUS (ETSUS), acarretando no Projeto de Formação em Larga Escala de Pessoal de Nível Médio e Elementar para os Serviços de Saúde, mais conhecido como Projeto Larga Escala. No início dos anos 90, também o Ministério da Saúde e a OPAS lançaram o Projeto Desenvolvimento Gerencial de Unidades Básicas do Sistema Único de Saúde, conhecido como Projeto Gerus. No início do século XXI, visando um reforço na proposta do SUS, foi criado o Projeto de Incentivo a Mudanças Curriculares no Curso de Medicina, conhecido como Promed, oriundo do Decreto Lei Nº 2.208/97, e realizado o Curso de Atualização em Gestão Municipal na área de Saúde, que teve como meta atingir 80% dos municípios do país.

Nos anos recentes, como aponta o Conass (2003), ainda se destacam algumas iniciativas como, por exemplo, o Programa de Educação a Distância (PROEAD); o Programa de Apoio ao Ensino Técnico (PAETEC), com ênfase na formação de professores e foco na relação ensino-pesquisa; os Mestrados Interinstitucionais; o Sistema de Acreditação Pedagógica; o Projeto Escola de Governo (estratégia estruturante da relação do ensino da FIOCRUZ com o sistema público de saúde); o Programa de Educação para a Ciência em suas múltiplas dimensões; a Biblioteca Virtual em Saúde (BVS), permitindo que em qualquer canto do mundo o profissional de saúde possa atualizar-se e se qualificar. Deve-se destacar, também, o Projeto de Fortalecimento do Controle Social no SUS, financiado pelo REFORSUS (Reforço à Reorganização do Sistema Único de Saúde).

Na instância da Saúde da Família também mostra-se a necessidade de melhor qualificação profissional, como destacado em todos os autores relacionados à temática que foram citados no presente trabalho. Teixeira e Solla (2005), ao citar o Projeto de Expansão e Consolidação da Saúde da Família (Proesf), destacaram como um “nó crítico” a qualificação dos recursos humanos e, para os desatar, deve-se valorizar a organização de “polos de educação permanente do SUS”, financiados com recursos do REFORSUS. Com os Polos, busca-se uma articulação com as universidades ou outros núcleos de nível técnico e superior,

que juntamente com as Secretarias Estaduais e/ou Municipais de Saúde, pretendem implementar programas destinados às equipes da Saúde da Família, de forma integrada entre o ensino e o serviço (Conass, 2003).

Compreende-se que a formação profissional ainda precisa caminhar mais para uma visão ampla e integrada de saúde/doença. Naomar Almeida-Filho (2011) fazendo uma análise do país sobre o ensino superior relacionado ao setor saúde, mostra que sua força de trabalho chega a 1,5 milhões de profissionais, segundo registros dos conselhos profissionais. Mostra que o principal empregador é o Governo, mas os profissionais não estão formados para trabalhar na lógica do SUS, e sim para o setor privado que promove uma ideologia individualista. Esclarece, também, que os jovens têm que fazer a escolha da carreira ainda imaturos; os estudos mais gerais, que promovem uma ampla visão humanista, quase não têm lugar em certas profissões; os currículos fechados tendem a ser menos interdisciplinares e mais especializados, alienando, assim, os segmentos profissionais entre si e dificultando um eficiente trabalho em equipe. Com o objetivo de contribuir para uma capacitação de longo alcance, foi criada a Política Nacional de Educação Permanente em Saúde (PNEPS - Brasil, 2007), que articula o SUS com as instituições formadoras, para identificar e buscar soluções para seus problemas cotidianos, em uma gestão tripartite. Determinou que os recursos financeiros deixassem de estar centralizados no Ministério da Saúde e fossem repassados ao Fundo Nacional de Saúde para os Fundos Estaduais e Municipais de Saúde.

Outra iniciativa de ordem acadêmica foi, em 2008, o início da nova Reforma Universitária, a REUNI, que dentre as medidas, deve duplicar o tamanho da rede de universidades federais e implementar cursos de graduação interdisciplinares, compatíveis com o sistema dos EUA e com o modelo de Bolonha, na Europa. Outra iniciativa foi a criação do Pró-Saúde, um programa que objetiva reformar o ensino superior para a força de trabalho do SUS, baseado em seus princípios, na solidariedade e em relações sociais mais humanas.

O Conselho Nacional dos Secretários Estaduais de Saúde, o Conass (2003), no documento sobre recursos humanos, elaborado para gestores, aborda de maneira muito pertinente que: o setor saúde se caracteriza como sendo de mão de obra intensiva, onde a incorporação de recursos tecnológicos e equipamentos não implicam em redução do número de trabalhadores; os serviços de saúde dependem

de forma radical de seus trabalhadores; os serviços produzidos pelo setor atendem a necessidades multidimensionais e de difícil avaliação, onde a relação entre usuários, trabalhadores de saúde e gestores no processo de produção e consumo de cuidados de saúde é fortemente variável; e a sua organização depende em maior grau do ambiente sociopolítico, estando exposto à contaminação burocrática.

A Opas em estudo recente (2011) mostra que na busca de qualificar a rede, o Ministério da Saúde também tem incentivado a investigação e o desenvolvimento tecnológico em saúde. Para isto, procura incorporar produtos e processos novos, através dos gestores, dos prestadores e dos profissionais de saúde e tem compartilhado financiamentos com os Ministérios da Ciência e Tecnologia e da Educação, além de outros órgãos nacionais e internacionais.

Outra alternativa para o desenvolvimento de recursos humanos para o SUS foi proposta por Gastão Wagner Campos (2005), que buscou a lógica “distrito-escola”, ou seja, uma rede de articulação entre os centros de saúde e o restante dos serviços do SUS, dedicados especificamente à saúde coletiva. O autor informa que o crescimento do projeto culminou em uma cogestão dos dois órgãos públicos envolvidos, a Universidade de Campinas e a Prefeitura, mas esta colaboração acabou por iniciativa do prefeito, que desejava autonomia para implantar sua própria política. Mesmo assim, como menciona, o SUS e as universidades públicas são espaços para se pensar na organização e na formação comprometida com a melhoria do Sistema brasileiro.

Como tem sido mostrado no presente estudo, a Atenção Básica de Saúde precisa se organizar como um todo, estabelecer fluxos e processos, especialmente a partir da implantação da ESF, devendo estes ser coerentes com a proposta do SUS. A integração precisa ocorrer não só dentro da própria ABS, mas dela com a rede de saúde como um todo e com a própria sociedade, partindo do princípio de que a intersetorialidade é uma estratégia para o desenvolvimento social, possibilitando a integralidade da atenção e o enfrentamento dos determinantes sociais de saúde. A promoção da saúde e a ESF são novos, exigindo investimentos na formação básica (escola técnica e ensino universitário) e na educação permanente dos profissionais, logo, muito ainda precisa ser feito. A proposta do distrito-escola pode ser um ideal a ser seguido, mas a cobrança de uma produção centrada em indicadores predominantemente quantitativos e com uma remuneração exclusiva neste sentido, interfere sobremaneira em suas

possibilidades de sucesso. Há que se destacar que a avaliação da qualidade da produção na ABS ainda não têm processos tão desenvolvidos quanto os hospitalares, notadamente porque sua proposta vai além de cuidar da doença (Starfield, 2002).

Dentre os autores estudados, somente dois (Campos, 2005 e Giovanella, 2008) descreveram, mesmo que brevemente, o papel formador dos Centros de Saúde Escola (CSE). Encontrou-se, também, trabalhos de profissionais que estavam diretamente envolvidos com os processos operacionais de CSE (Cyrino, 1993; Franco et al, 2002; e Rossoni, 2010). O próprio Ministério da Saúde (Brasil, 2007), o Conass (2003), a Opas (2011), além da expertise da área da Educação, reconhecem a importância de alunos e profissionais exercitarem o conhecer e agir em conjunto, teorizarem e se aprimorarem a partir da realidade vivenciada. Os hospitais universitários e os centros de saúde escola são um locus privilegiado, inclusive para desenvolvimento de pesquisas, tecnologias e propostas políticas e operacionais para o SUS. A priori, devem viabilizar fácil acesso a Comitês de Ética em Pesquisa; ter sistemas de informação organizados; ter estrutura e pessoal qualificados; e, caso não atendam a qualidade necessária, cabe a gestão providenciar respostas às suas lacunas. Defende-se a importância de um referencial exitoso. O aluno precisa apreender como a atenção a saúde/doença deve ser, e não como não deve ser. Todavia, a realidade é diferente, um exemplo está no fato da promoção da saúde ter sido pouco citada pelos autores, aqui estudados, que abordaram a ABS e ESF. Ficam registradas algumas ponderações: na realidade a Saúde da Família está conseguindo reorientando a ABS ou a reorganizar? Que caminhos surgirão da convivência entre os Centros de Saúde Escola e a ESF, com duplicidades, progressos e entraves, onde há uma disputa de quem vai assumir suas despesas e responsabilidades – município, Estado, Ministério da Saúde, Ministério da Educação? Há um longo caminho a percorrer para o “distrito-escola” virar uma realidade e um curto caminho para aniquilar a “porta de entrada escola do SUS”, os centros de saúde escola?

A Atenção Básica de Saúde é uma eficaz porta de entrada dos sistemas de saúde mundiais que adotam a universalidade e a integralidade como princípios de atendimento. Para isto, deve-se valorizar uma visão ampliada, preventiva e promotora da saúde, reduzindo tendências que mercantilizam suas orientações. A divulgação dos bastidores dos sistemas de saúde é importante para conscientização

popular, como aconteceu com o filme *Siko – SOS Saúde*, de Michael Moore (2007). Práticas assumidas com compromisso e responsabilidade social podem contribuir para que indivíduos massificados transformem-se em cidadãos de espaços públicos.

Cabe aqui um questionamento: a sala de espera pode ser transformada em espaço público, de transparência, de diálogo e de respeito à diversidade, que incorpore a multidisciplinaridade e os modelos de atenção para o bem comum? Nessa perspectiva a sala de espera pode ser um espaço de assistência, ensino, pesquisa, desenvolvimento tecnológico, e principalmente, espelhar os princípios da promoção da saúde. A imprensa tem mostrado casos de salas de espera do SUS com situações degradantes e é esta a cara que ele passa a ter. Mas, há experiências exitosas que podem mudar essa imagem pelo uso da sala de espera de forma humanizada, pró-ativa, em movimento, como um espaço público. Mas, como entender o espaço público? É o que se pretende no próximo capítulo. Antes cabem algumas considerações.

O SUS foi criado para dar um novo rumo à saúde no país, implementando políticas que visem a redução do risco de doenças e outros agravos; e a promoção da saúde. Os Determinantes Sociais de Saúde fazem sobressair a articulação de políticas sociais com vistas ao enfretamento das manifestações da questão social. Assim, diante desse quadro, é possível fazer uma analogia entre os referidos determinantes, a política de promoção da saúde, o espaço da sala de espera e o espaço público.

O principal usuário da sala de espera faz parte da população pobre, excluído de muitos dos seus direitos de cidadão, e se sentindo sem voz para lutar por eles. Se a sala de espera for entendida como um lugar onde as pessoas ficam passivas aguardando o momento de serem atendidas e/ou estressadas ou angustiadas pelo tempo ali perdido, ela também pode ser entendida como um espaço que expressa a questão social e das relações desiguais vigentes entre instituição-profissional de saúde e usuários-cidadãos. A espera pode oprimir, e a famosa televisão na sala de espera pode incentivar a valores e consumos massificantes. A sala de espera corre o risco de expressar, e até incentivar, a sociedade massificada, onde o indivíduo vê seu problema de maneira individualizada, sem possibilidade de troca de experiência e de diálogo com o outro, sem contextualização e crítica ampliada, podendo até ser considerado como

paciente/paralisado e/ou alienado frente aos problemas estruturais que vivencia em sua sociedade. Quando se descreve o ambiente barulhento, sem conforto e sem interação social também se mostra como os poderes institucionais têm lidado com o pobre e com o enfrentamento da questão social, deixando o cidadão esperando, sem incentivo e sem voz... Embelezá-la, colocá-la confortável e ministrar palestras não significa valorizá-la. É necessário maior substancialidade para ser um espaço público, humanizado e promotor da saúde.

Tudo isto se opõe à essência do próprio SUS e aos conceitos de promoção da saúde, evolução recente, como destacado neste capítulo, justificando o título da presente Tese, focado no conceito de “espaço público”, ao qual o capítulo seguinte dedica-se.

3 Espaço Público na Promoção da Saúde

Este capítulo visa expor o entendimento sobre espaço público, apropriando-se de autores clássicos, tais como Paulo Freire (1975, 1982, 1983, 2001), Milton Santos (1979, 1999, 2007), em especial Hannah Arendt (1988, 2004, 2008, 2009), além de outros das áreas de Promoção da Saúde, Educação, Ciências Sociais, Serviço Social, Arquitetura. Para tanto, apresenta-se dividido em três itens, cada um referente a três dimensões de espaço público: a social, a de ambiência e a educativa.

3.1 Espaço público como expressão e pactuação da sociedade

O ser humano é um ser político ao viver em sociedade e o mundo é uma expressão disto. Um dos estudiosos conceituados que busca a genealogia do conceito de política e sociedade é Bobbio (2007), que destaca as polissemias que envolvem o assunto. Para o autor, o ser humano criou um sistema político que está em crise, reflexo da sociedade, lugar onde surgem e se desenvolvem conflitos econômicos, sociais, ideológicos e religiosos. Ele teme a ingovernabilidade e uma crise de legitimidade. Para ele, é responsabilidade das instituições públicas converter as demandas sociais em respostas, mas ressalta que as decisões têm que ser tomadas com toda a sociedade, valorizando a democratização e os movimentos sociais. Por outro lado, destaca que isto pode criar novas demandas, num processo de mudança contínua que, se ficarem sem respostas satisfatórias, poderão sofrer um processo de transformação que pode chegar a uma completa inovação estrutural. Bobbio também aponta que antes se avaliava a democracia de um país pelo tamanho de seu colégio eleitoral (“quem vota?”); agora, deve-se analisar o seu desenvolvimento pelo número de instâncias/espacos onde se exerce o direito de voto (“onde se vota?”), o que é uma evolução do conceito. Bobbio (1997, p. 84), ao analisar um processo democrático destaca “(...) o governo da democracia como o governo do poder público em público.”

Todavia, nota-se, através de uma análise histórica de Celina Souza (apud Hochman et al, 2007), que prevalecem algumas posições na política pública que são importantes, mas, até hoje, não foram plenamente conquistadas, destacando entre elas: a integração e o diálogo entre ciência, academia, produção empírica dos governos e sociedade (fato levantado em 1936, por Lasswell); a superação dos limites dos “decisores públicos”, que demoram na tomada de decisão, prevalecendo a deficiência de informações e o auto interesse (questão mostrada em 1957, por Simon); a influência das burocracias, dos partidos e dos grupos de interesse (denuncia em 1959, por Lindblom); e a influência destes e da mídia nos resultados e efeitos da política pública (apontamento de 1965, de Easton). Para ela, o enfrentamento dessas questões exige uma visão holística (“o todo é mais importante que a soma das partes”), em que os focos diferenciados da política pública (concentrar-se no processo e em responder o “por que” e o “como”) e da política social (concentrar-se nas consequências, no que a política faz ou fez, sendo o processo só “pano de fundo”) deveriam se aproximar.

O entendimento de “política” e suas relações com a “sociedade”, o “social” e o “público” foi profundamente abordado nas obras de Hannah Arendt. Assim, pode-se ler:

no mundo moderno, as esferas política e social diferem muito menos entre si. O fato de que a política é apenas uma função da sociedade – de que a ação, o discurso e o pensamento são, fundamentalmente, superestruturas assentadas no interesse social (...). O termo “público” denota dois fenômenos intimamente correlacionados, mas não perfeitamente idênticos. Significa, em primeiro lugar, que tudo o que vem a público pode ser visto e ouvido por todos e tem a maior divulgação possível. Para nós, a aparência (...) constitui a realidade. (...) Em segundo lugar, o termo “público” significa o próprio mundo, na medida em que é comum a todos nós e diferente do lugar que nos cabe dentro dele (Arendt, 2008, p. 42, 59, 62).

A política em Arendt (2008, 1988) está associada à liberdade e à ação, com respeito ético à diversidade; deve estar fortalecida e fortalecer a constituição de espaços públicos, que são participativos, através da transparência e do diálogo. Mas, a experiência brasileira, como bem destaca Neves (2007) ao fazer uma análise arendtiana, expõe relações assimétricas, acentuadas no interior do país, pois há influência da cultura clientelista e da participação negociada nos bastidores, contrária às ideias de que a participação deve pressupor pactuação e benefício para os envolvidos, como garantia de uma sociedade livre. Esta assimetria também pode ser explicada por Da Matta et al (1982) que, apesar de

não incorporarem um foco arendtiano, também ilustraram tal realidade. Os autores citam que no Brasil, há uma tendência à verticalização e a hierarquia nas relações pessoais, representadas, desde a época da colônia, na frase: “você sabe com quem está falando?”. Destacam que esta posição histórica, somada a outras, contribui para que não seja fácil a prática da reivindicação em uma sociedade relacional, podendo ser considerada traição ao grupo, o que reprime a capacidade de reação individual e coletiva, interferindo no exercício da cidadania. Os autores defendem como uma alternativa a valorização do espaço civil, enquanto espaço de legitimação das regras culturais que organizam a reprodução da vida cotidiana, a “cultura popular”. Cabe especificar que este posicionamento aproxima-se da visão de espaço público, segundo Arendt (2008), uma vez que para haver diálogo e pactuação é necessário que haja respeito à cultura vigente, como princípio ético.

Por outro lado, a sociedade tem apresentado uma descaracterização do espaço público, ao usá-lo como um mercado de trocas econômicas e políticas, sendo estas transformadas em uma instância administrativa burocrática das necessidades sociais (Correia et al, 2002). Estes autores defendem que as soluções devem ser encontradas com a associação de esforços de acadêmicos e pesquisadores junto com a esfera pública, para conseguirem revolucionar o futuro político, através de novas formas de pensamento que fortaleçam a democracia.

Neste contexto assimétrico, também estão as relações de poder do setor saúde, como bem analisou Foucault (2006) no capítulo *O nascimento da medicina social*. O autor destaca que, para a medicina, o ser humano é um mero corpo que expressa a realidade de corpo produtivo e classificável. Para ele, a área da saúde é um amplo campo de observação para pensar as sociedades e suas teorias, quando denomina a medicina como uma estratégia bio-política de supremacia do poder médico. Como um exemplo brasileiro no setor Saúde, está a reprodução do nome dado ao cidadão que passa a ser chamado de “paciente”, desejo de que seja paciente com as vontades do profissional, submisso às desigualdades impostas pelo setor saúde, como a de esperar horas para ser atendido. Cabe lembrar que isto é o oposto ao preconizado na escrita das políticas públicas que incentivam a equidade, o respeito, a humanização, a participação. Isto também é contrário ao fortalecimento dos espaços públicos que, segundo Arendt, pressupõem relações igualitárias na disputa de poder e interesses vigentes.

3.2 Espaço público expresso no ambiente

As iniquidades, as multiplicidades, possibilidades e limites comunicacionais, e relações de poder também estão expressas no ambiente construído. Nele se veem grandes investimentos no conforto de setores administrativos, acadêmicos e tecnológicos, contrastando com espaços de atendimento à população mais carente. Para refletir sobre a sala de espera como um espaço público, é importante incorporá-la como ambiente construído, geográfico, que expõe as relações sociais das sociedades, em seus momentos históricos. Para tanto, aproveitam-se alguns pensamentos, em especial nas obras de Hannah Arendt e Milton Santos. Mas, também é interessante ilustrar a relação entre espaço, lugar, linguagem e sociedade, que tem sido objeto de estudos multidisciplinares.

Heidegger, um dos referenciais de Arendt, inicia segundo Pádua (2005), sua análise existencial do *Dasein*, o que equivale à compreensão do sentido do “ser-no-mundo”, e a percorre em três momentos: sentido, verdade e lugar. A autora cita que, embora ele não tenha mencionado o espaço especificamente, por não ter sido sua prioridade, este tema perpassa toda a sua obra. Isto porque, a autora mostra que, para ele, o mundo é uma estrutura constitutiva do próprio *Dasein* e o espaço é o *espaço vivido*, derivado do mover-se e do agir do *Dasein*, pertencente a “mundanidade do mundo”. Cita que, para Heidegger, os espaços são gerados, por exemplo, nos cômodos de uma casa, incluindo o interior de seu mobiliário, por ser a linguagem que permite compreender e percorrer aquele espaço. O conceito de espaço gera um sentido de “proximidade direcionada”, acontecendo a partir de três fenômenos: distanciamento (possibilidade de aproximação ou de anulação de distâncias emitidas pelo *Dasein*), região (mobilidade expressa no ambiente) e orientação (“para onde” está norteada toda a atividade do ser-no-mundo). Para ele, acrescenta a autora, os espaços públicos e o ambiente natural, em seus sentidos mais amplos, são uma expressão da linguagem do cotidiano de ser-no-mundo e referem-se àquilo que ele designa como o *não-objetivo*, o imaterial. A partir desta leitura, firma-se que o espaço público no

pensamento de cunho político de Hannah Arendt é marcado pelo estar no mundo, enquanto no cunho filosófico de Heidegger tem uma expressão predominantemente da cultura no espaço, que é construído porque somos habitantes.

Como já mencionado, Hannah Arendt, que teve influência de Heidegger, procurou compreender os processos políticos, o absurdo do totalitarismo e o fenômeno da despolitização liberal-tecnocrática contemporânea. Preconiza o espaço público como espaço político, que fica enfraquecido com a valorização do consumo e do individualismo, que estão fora desse espaço considerado pré-político. Defende que o público deve sobrepor-se ao privado, deve corresponder à pluralidade da condição humana, onde a atividade de pensar (*vida contemplativa*) deve ser revelada através do diálogo no espaço público, expressão da *vida activa* (Arendt, 2007). Mas, é no espaço público que cada um dispõe de máscaras, ou papéis, assumidos pelo que a sociedade lhe atribui e para aceitação no “teatro do mundo”, mesmo que nem sempre aquela máscara efetivamente a represente; mas a verdade e a ética são fundamentais para uma sociedade liberta, para se “trocar os papéis e as máscaras que a grande peça da vida venha a oferecer” (Arendt, 2004, p. 76). Ela acredita que a ação, a palavra, pode mudar todo um conjunto e criar um espaço ético. Acredita que se pode desenvolver uma nova fenomenologia da liberdade, da ação política e do espaço público através do *amor mundi*, compartilhamento que possibilita caminhos para a felicidade pública, a paz e para o prazer da ação e do discurso (Arendt, 1999; Duarte, 2008; Lafer et al, 2007; Socha, 2008). Neste contexto, segundo Freitas et al (2007) a cidadania, a ação política nos espaços públicos e a participação social contribuem para problematização de categorias que envolvem a ética na esfera pública. Logo, a liberdade e a igualdade, em dignidade e direitos, não são fatos dados e sim construídos, conquistados pelo Homem como membro de uma comunidade política em virtude de ação conjunta para a isonomia de todos.

Complementa-se este posicionamento com interessante análise arendtiana feita por Assy (2007), em que diz que é no espaço público que se revela a aparência, que o cidadão decide como se revelará ao mundo e se desloca para uma ética da responsabilidade. Esta é uma das expressões de estar no mundo e, fazendo uma analogia com Assy, suscitam-se outras aparências, como as múltiplas aparências expressas nos ambientes construídos, espaços que, não

necessariamente, são espaços públicos (na concepção de Hannah Arendt), porém que, pela sua natureza, expõe as aparências, não só das identidades físicas e dialógicas, mas do ambiente, aproximando-se da leitura de *Dasein*, de Heidegger. O ambiente expressa as relações sociais, as desigualdades, os poderes, a aparência e a identidade individual e coletiva.

O espaço enquanto elemento constitutivo para a compreensão da sociedade também é foco de estudo no Brasil, como difundido nas obras do renomado Milton Santos. Para ele, o espaço é entendido como “um conjunto indissociável, solidário e também contraditório, de sistemas de objetos e sistemas de ações, não considerados isoladamente, mas como o quadro único no qual a história se dá” (Santos, 1999, p. 51). Aponta que este conjunto é organizado e utilizado segundo uma lógica, em que a instalação das coisas e a realização das ações se confundem com uma lógica histórica. As coisas passam a ser objetos com significados, quando são utilizadas pelos homens, a partir de um conjunto de intenções sociais. Neste caso, destaca que existe uma hierarquia entre lugares, como consequência da divisão territorial do trabalho, e esta redefine a capacidade espacial e de agir das pessoas e instituições. O autor entende que há um processo de alienação dos espaços e dos homens, que tem como componente a enorme mobilidade atual das pessoas. Para ele, o espaço denuncia que há dois circuitos da economia urbana nos países em desenvolvimento: o “circuito superior” (o poder econômico), que estabelece um fluxo econômico com o “circuito inferior”, de modo que o espaço geográfico é organizado para manutenção da bipolarização econômica. Este expõe a natureza discriminatória, segregacionista do ser humano, denuncia as relações sociais desiguais, onde “o homem vale pelo lugar que ele está”, definido como “espaço cidadão” (Santos, 2007, p. 107, 117). Todavia, ele critica quando a análise limita-se a “ótica espacista”, por não ver as verdadeiras causas da pobreza. Santos (1999, p. 113) afirma que “o meio ambiente construído constitui um patrimônio que não se pode deixar de levar em conta, já que tem um papel na localização dos eventos atuais”, e isso se mantém.

Os estudos mostraram o espaço como expressão do ser humano e de suas relações com o mundo. Arendt e Santos trouxeram contribuições efetivas para o estudo proposto, pois estão preocupados com a ética cidadã, com um mundo mais justo, onde as relações devem ser mais iguais e tratadas em espaços públicos, espaços cidadãos, baseados no respeito e no diálogo.

Cabe ressaltar a pertinência de uma visão ampliada e interdisciplinar do espaço, incorporando significados sociais, políticos e psicológicos. Um exemplo é a cartilha referente à ambiência da Política Nacional de Humanização (Brasil, 2004), onde o espaço, entendido como ambiente construído, deve seguir três eixos:

“o espaço que possibilita a reflexão da produção do sujeito e do processo de trabalho; o espaço que visa a confortabilidade focada na privacidade e individualidade dos sujeitos envolvidos, exaltando elementos do ambiente que interagem com o homem – a dizer cor, cheiro, som, iluminação, morfologia... –, e garantindo conforto a trabalhadores, paciente e sua rede social; e o espaço como ferramenta facilitadora do processo de trabalho funcional favorecendo a otimização de recursos e o atendimento humanizado, acolhedor e resolutivo.”

A Política Nacional de Promoção da Saúde também incorpora a visão de ambiente saudável (construído), além do meio ambiente (natureza), como importantes para a saúde, apesar de não especificar como proposto na PNHS. Na Política Nacional de Atenção Básica a ambiência é citada, mas não detalhada.

A importância do ambiente construído em serviços de saúde tem sido estudada por profissionais de arquitetura em uma visão multidisciplinar. Isto é confirmado por Costi (2002, p. 45): “Dependendo do paciente, a dor e a angústia podem agravar certas doenças. Sendo assim, nada mais justo com o ser humano doente que recebê-lo em um ambiente aconchegante, onde ele possa se sentir mais seguro e tranquilo”. A Tese de doutorado de Toledo (2008) também mostra a importância da humanização do ambiente de saúde, que defende a missão do cuidado estendida ao edifício hospitalar. Recente publicação da arquitetura (Del Rio et al, 2002, p. 62) relaciona o ambiente construído com aspectos da psicologia e com uma linguagem não verbal de aproximação ou distanciamento com o usuário, citando a professora Kohlsdorf. Duarte (2002, p. 63 e 64) afirma que o ser humano, tanto na dimensão individual quanto coletiva, interage com o ambiente construído, sendo capaz de “usar o espaço como forma de linguagem e manipulá-lo em um constante processo de construção de sua identidade. (...) Moldar o espaço e criar o ambiente construído significam, antes de tudo, trabalhar a relação espaço-usuário – e não inventar um objeto independente do contexto sociocultural”. Assim, torna-se um espaço democrático de comunicação, onde o sujeito age sobre o ambiente, transformando-o e sendo por ele transformado, como já estudado pela pesquisadora, em parceria com um arquiteto e um especialista em comunicação e saúde (Reis et al, 2005).

Destaca-se, ainda, em Poland et al (s/a), que uma das três abordagens mais comuns na promoção da saúde internacional é a do ambiente (as outras duas são centradas em problemas e na população). Mas, ressalta que esta abordagem é pouco estudada, frente à importância de identificar e avaliar sucessos e fracassos de práticas que poderiam ser recomendadas aos promotores de saúde. Esta importância é firmada pela Carta de Sundsväl (1991), que preconiza que o ambiente deve ser de apoio à saúde, logo, deve ter uma estrutura integral e ecológica, além de ser visto em uma perspectiva multidisciplinar, visando a questão social e a participação comunitária. Em uma análise crítica sobre o ambiente, Poland et al (s/a), mostram duas posições diferentes: Wenzel, que valoriza as abordagens educativas no ambiente, mas se limita a mudanças de estilo de vida, reconhecendo a influência das relações de poder existentes; e Kickbusch, que acha que os ambientes deveriam ser “menos óbvios”. Segundo Gregory, também em Poland et al (s/a), o espaço, entendido como lugar, deve ser tanto codificação quanto consequência da atividade humana, é permeável e representa uma estrutura social, o que ajuda a compreender as posições acima.

Portanto, é inegável que a sala de espera, como ambiente construído, expressa as relações sociais, afetivas, culturais e de poder, tanto entre os indivíduos, quanto entre estes e a instituição e a coletividade. Logo, trata-se de um espaço ambiental onde a questão social e as condições dos cidadãos estão nitidamente expostas. O que fica é a observação: ela pode ser um espaço de diálogo conscientizador ou um espaço alienante ou opressor, dependendo do uso que dela se faça.

3.3 Espaço público como espaço educativo

O espaço é entendido como multicomunicacional e também pode ter uma dimensão educativa. Dentre as várias possibilidades de pensadores da área de educação, Paulo Freire é um dos que favorece o desenvolvimento dos saberes aqui apreendidos. O destaque a este educador se deve ao fato de sua influência nos movimentos de educação brasileira e de promoção de saúde. Quando residiu no

Canadá, suas ideias acabaram tendo repercussão internacional, sendo ele reconhecido pelas suas propostas contrárias às estratégias pedagógicas tradicionais (Poland, s/a). Acredita-se que uma educação que objetiva ser conscientizadora, dialógica e transformadora é um caminho para o fortalecimento dos espaços públicos, como também define Arendt (2008).

Para Paulo Freire (1983, p. 76), educação “é comunicação, é diálogo, um encontro de sujeitos interlocutores que buscam a significação dos significados”. Cita, ainda, que

“(...) ensinar não é *transferir conhecimento*, mas criar as possibilidades para a sua produção ou a sua construção. (...) Quem ensina aprende ao ensinar e quem aprende ensina ao aprender. (...) A capacidade de aprender, não é apenas para nos adaptar, mas, sobretudo para transformar a realidade, para nela intervir, recriando-a (...) (Freire, 2001, p. 25 e 76).

É necessário que haja um processo de reflexão e ação que incluam a relação homem-realidade, homem-mundo, para que os homens possam fazer e refazer as coisas; possam transformar o mundo, através de uma prática transformadora, baseada no respeito ao educando e na conquista de sua autonomia (Freire, 1982). Destaca a importância do “educador progressista” (oposto ao “bancário” ou tecnicista ou meramente informativo) estar seguro e disponível, para estar atento a realidade em que vive o educando e as suas percepções, pois a relação entre ambos deve ser uma via de mão dupla, onde um apreende com o outro (Freire, 2001).

Para Freire (1975, p. 92), a dialogicidade da educação problematizadora, expressa na palavra, é a verdadeira práxis e transformação do mundo, pois “não é no silêncio que os homens se fazem, mas na palavra, no trabalho, na ação-reflexão.” Para o autor, este não é um privilégio dos homens, mas um dever; é uma exigência existencial, e, para tanto, é necessário ter um profundo amor ao mundo e aos homens, ter solidariedade, ser humilde e não seletivo e arrogante, acreditar no poder do ser humano fazer e refazer, criar e recriar. Destaca, também, que o diálogo verdadeiro é comunicação e verdadeira educação, pois pressupõe um pensar verdadeiro, crítico, que percebe a realidade como um processo.

Interessante foi observar a aplicabilidade do processo educacional, segundo Paulo Freire, dentre outros educadores, em recente estudo sobre a “docência desterritorializada que procura a saúde (...)” (Peixoto, 2007, p.11). A autora vivencia, com um grupo de professores, a prática pedagógica da escola e fora das

salas de aula, partindo do diálogo, do lúdico, do aprendizado do aluno, indo até onde o cidadão está.

Quando se pensa na “desterritorialização” e no diálogo dentro do processo de educação transformadora, também se pensa em Hannah Arent (2008), nas suas ponderações sobre o espaço público. Isto está presente em um estudo sobre a educação, dentro da evolução conceitual de tolerância, a partir de Hannah Arent e, ainda, de Adélia Cortina, na tese de Souza (2006). Com base em Arendt, este autor aponta que educar deve ter uma perspectiva do pensamento, do despertar a si mesmo e os outros do sono de irreflexão, trazendo à luz verdades, abortando preconceitos, opiniões vazias e irrefletidas. Assim, um projeto educativo, que tenha como preocupação evitar o fracasso moral diante da diversidade alheia, deve estar atento para evitar que o mal seja banal, que a responsabilização seja coletiva e que o pensamento seja alienado, tendo como base uma educação para a tolerância, que vise combater a banalidade do mal. Como exemplo, o julgamento do nazista Eichmann mostra um fenômeno não esperado, “uma lição, não uma explicação do fenômeno, nem uma teoria sobre ele”, mostra que o homem pode ser transformado em mera engrenagem desumanizante, quando prevalece a irreflexão e a obediência, frente aos valores e à realidade da vida humana (interpretação do autor sobre Arendt, 2009, p. 311). Souza também observa, ao fazer sua análise a partir de Adela Cortina, que a tarefa educativa deve ter como base a *ética cívica*, ou seja, a busca de articular felicidade (máximos eticamente aconselháveis) e justiça (mínimos moralmente exigíveis). Para isto, como esclarece Souza (2006), deve-se fazer um esforço que envolva diferentes âmbitos do pensamento educacional, não só da educação escolar, pois esta não tem capacidade, nem obrigação, de ensinar tudo. Segundo o autor, a educação, enquanto instituição é estratégica para a formação da cidadania e da tolerância. Ele mostra que a sociedade tem sua origem nas desigualdades que suscitam a intolerância, podendo chegar aos extremos, como no caso do nazismo, estudado por Hannah Arendt. Aponta que a tolerância surgiu em contraposição à intolerância, a favor da pluralidade e do respeito às diferenças, onde o educar é um projeto pluralista, reflexivo, dialógico, logo, contraditório. “Esta discussão entre justiça e felicidade não pode estar alheia, numa sociedade democrática e multicultural, das discussões e análises sobre a educação, em especial de uma

educação comprometida com o pluralismo, como é o caso da tolerância enquanto valor e atitude mínima” (Souza, 2006, p. 289).

O pensamento arendtiano mostra que o ser humano precisa se libertar para trabalhar e não somente viver para o labor, pois este toma todo o tempo da sua vida ativa (pensar, julgar, querer), reforçando a “alienação” que existe no mundo. A libertação é sair do labor, pois a repetição e a massificação da sociedade são de fácil manipulação. Destaca que o homem labor pensa mais em conforto, em consumir do que em ser cidadão, sendo fútil, tendo menos responsabilidade ética. Como apontado em Freitas et al (2007), isto contribui para o sentimento de que o homem é descartável, incentiva o isolamento, a organização burocrática das massas, e as relações sociais que privilegiam o consumo e o individualismo, o enfraquecimento do espaço público e das ações políticas. Como analisado por Arendt (2008), a ação política representa o nunca estar só, trata do mundo das aparências, no qual ser e aparência coincidem, e liberdade coincide com a capacidade de começar algo novo. Logo, a política deve ser construída no espaço público, no mundo compartilhado, onde as diferenças e a pluralidade podem ser articuladas, e uma ação, uma palavra, pode mudar todo um conjunto.

Nesse contexto, a educação conscientizadora é fundamental para que se realizem mudanças. Para Demirovic (2004), a família tem uma importante responsabilidade na educação do cidadão, o que a torna parte do espaço público. Como cita Minayo (2003, p.34), “a perda do valor das hierarquias tradicionais e da autoridade familiar e comunitária”, comprometem o desenvolvimento da sociedade, agravadas pelo fato de estarem imbricadas com as situações macroeconômicas e sociais, marcando o surgimento de novas subjetividades. De qualquer maneira, segundo Hannah Arendt (2008), a vida familiar é importante, mas pertence ao mundo privado e é fora dela que se dá o espaço da vida política, de transformação da sociedade.

Cabe destacar que se acredita que, em todos os espaços, inclusive familiar, deve-se ter como prioritário a educação libertadora e para a cidadania – para pensar, para conscientizar, para ter opinião própria, para ir contra a cumplicidade. Isto foi destacado por vários pensadores e instituições, como em Freire (1982), Souza (2006), Davini (1995) e na Pré-Conferência Brasileira, preparatória à 33ª Conferência Global de Bem-Estar Social do *International Council on Social Welfare* (2008). A saúde também foi mencionada na citada Conferência, incluindo

um conceito amplo de saúde, que incorporou a educação para a saúde, apesar de não utilizar o termo “promoção da saúde”, que tem este posicionamento em suas políticas e ações.

No setor saúde, a educação tem sido cada vez mais valorizada e uma confirmação disso é o fato do pensamento de Paulo Freire ser um dos marcos nos primeiros movimentos da promoção da saúde, por exemplo, como já citado e estudado por Heidemann (2006). Mas, cabe esclarecer uma peculiaridade conceitual sobre a educação do setor saúde no Brasil:

“A **educação e saúde** é um campo de prática e conhecimento do setor Saúde que resulta da relação entre as disciplinas das ciências sociais, das ciências da saúde e da educação. Ao longo de sua história foi conhecida, como **educação sanitária** em que as ações visavam à aplicação de normas e atitudes para mudança de comportamento dos cidadãos; como **educação para a saúde** ações que objetivavam a saúde como um estado a ser alcançado depois de ser educado; como **educação em saúde** aplicações do referencial da educação para se obter saúde; (...) como **educação e saúde** fenômenos articulados junto aos movimentos sociais na demanda por serviços de consumo coletivo. Em quase todas essas denominações podemos perceber discursos e práticas autoritárias e normatizadoras na relação do Estado e a sociedade civil” (Carvalho, 2007, p. 91 – negritos da autora).

Estas diferenças foram construídas historicamente. O importante é o objetivo de respeito à autonomia e à participação de cada um, e da população, em seu processo de vida-saúde-doença. A amplitude da promoção da saúde incorpora a importância de processos educativos, o que trás questionamentos sobre a distinção entre ambos, exigindo que isto fique claro. Diversos autores analisam esta questão. Uma confirmação dessa proximidade está na Organização Pan-Americana de Saúde propor o aumento da “alfabetização em saúde”, entendida como parte integrante da promoção da saúde (Rabello, 2010). Outra afirmação está na existência da União Internacional de Promoção da Saúde e Educação para Saúde (UIPES), que tem sua sede no Departamento de Ciências Sociais da Escola de Graduação de Saúde Pública, da Universidade de Porto Rico; a entidade, inclusive, participou da organização de um livro com a experiência de 12 países da América Latina sobre o assunto (Arroyo, 2004). Vasconcelos (2007), por exemplo, faz uma interessante analogia, afirmando que a educação popular é uma forma latina de promoção da saúde. Pedrosa (2006, p. 78), ao analisar a polissemia dos termos relacionados à educação na área da saúde, destaca a importância de suas

práticas serem ressignificadas “como processos e estratégias para a promoção da saúde no contexto do SUS.” Isto se deve ao fato, como aponta o autor, de que a promoção da saúde tem como pressuposto a mobilização e a participação efetiva da sociedade e como princípio a autonomia individual e coletiva. Assim, as ações educativas voltadas para comportamentos saudáveis e para a transformação de cenários vividos têm a comunicação como expressão da educação conscientizadora.

Apesar da marcante história e práticas de educação e saúde, inseridas na proposta de educação popular, as políticas nacionais de saúde, em especial a de Atenção Básica da Saúde, de Promoção da Saúde e de Humanização da Saúde, não aprofundam tal temática. Todas mencionam a importância da educação permanente para os profissionais de saúde, mas não abordam os aspectos pedagógicos, considerando a necessidade de incentivo a posturas coerentes com a proposta de promoção da saúde. Somente as duas primeiras mencionam ações de educação em saúde para a população. A primeira apenas destaca a importância de “um espaço de construção de cidadania” e de agir em espaços comunitários. A segunda aponta a educação em saúde relacionada a hábitos de vida e responsabiliza as instâncias de saúde na identificação, articulação e apoio às experiências de educação popular. A única que menciona o diálogo, mesmo que somente uma vez, é a terceira política, incentivando o aumento do diálogo entre profissionais, e destes com a população e gestores.

Por outro lado, como mostra Lopes (2008, p. 32-38), a educação é um tema presente nas Cartas e Declarações Internacionais de Promoção da Saúde. Elas expressam suas diferentes dimensões, sendo identificadas “nos processos de *empowerment*, individual e comunitário; no reforço da ação comunitária; no desenvolvimento de habilidades pessoais e sociais; na participação popular; como opção de estilos de vida saudável; na capacitação da população para tomar decisões favoráveis à sua saúde e para participar no processo de decisão política, entre outros.” A saúde, enquanto objetivo processual, aponta para a necessidade de construção de consciência crítica, “geradora do *empowerment* decorrente do processo de participação com sua conseqüente dialogicidade, sobretudo na ocorrência de processos educativos.” A autora cita ainda que, na Promoção de Saúde, uma proposta educativa deve incluir o reconhecimento, pelo menos, da importância de um trabalho interdisciplinar; de “um conjunto de processos formais

e não formais, intencionais ou não, sistematizados ou não, que contribuem para o desenvolvimento e a inserção social das pessoas; e a educação é entendida como um processo que envolve reflexão crítica e, portanto, reconhece as diferenças individuais e coletivas de todos os sujeitos envolvidos, equipe de saúde, usuários dos serviços e seu entorno.”

Heidemann (2006) realizou uma pesquisa, em Unidades da Saúde da Família, e confirmou a importância da sensibilização e qualificação do profissional de saúde no tocante a desenvolver atividades de educação conscientizadora, a partir do preconizado por Paulo Freire. Ela apontou que um dos grandes desafios para trabalhar com o método de Freire, é produzir o diálogo libertador a partir de uma educação problematizadora. Heidemann et al (2010) concluem que, embora seja amplamente difundida a importância do diálogo, da humanização da assistência, dos vínculos, do acolhimento nos serviços de saúde, da participação e *empoderamento*, repete-se, ainda, um diálogo autoritário, o que é chamado de “educação bancária” por Paulo Freire (1975).

É interessante trazer reflexões sobre a sala de espera neste contexto. Gomes et al (2006, p. 16), em artigo sobre o desenvolvimento de atividades educativas em sala de espera, citaram, por exemplo, que “a ausência ou o baixo estímulo à participação, associada à informação que não é de interesse do grupo e que não foi de sua escolha, constitui uma relação pedagógica autoritária, que nega o sujeito participante como protagonista”, e citam Freire como um caminho a ser seguido. Ribeiro et al (2007, p. 98) analisaram que a sala de espera tem um caráter social e permite a formação de grupos e de busca de informações que conferem

“ao espaço um caráter pedagógico ou educativo, num sentido mais amplo da educação, preconizado pelo ilustre educador Freire (1980). (...) Nesse enfoque transformador, libertador e humano foi possível entender a sala de espera como um espaço que proporcionou “um humanismo científico (que nem por isso deixa de ser amoroso)” (Freire, 1983, p. 74), apoiando a ação educativa e comunicativa das mães.”

Nesse sentido, percebe-se que o foco educativo na sala de espera pode ser estratégico. Todavia, apesar de não ser objeto direto do presente estudo a educação permanente dos profissionais de saúde, esta é fundamental para um atendimento de qualidade, confirmado pela importância das instituições formadoras, em especial de práxis, como devem ser os Centros de Saúde Escola. Neste contexto, também se pode aplicar os ensinamentos de Paulo Freire, não só em cursos, mas

através da criação de espaços de ensino e de aprendizagem entre os profissionais.

Como citaram O'Dwyer, Tavares e Seta (2007, p. 472),

“as mudanças no mundo do trabalho vêm colocando, aos profissionais de saúde, necessidades de desenvolvimento de competências que vão além de diagnosticar, prevenir, planificar, interferir, propor soluções, regular, gerir, negociar e avaliar em saúde. São exigidas, também, habilidades de negociação, de trabalhar cooperativamente, de compartilhar decisões. Particularmente na formação em saúde, essas exigências implicam a articulação de vários saberes (...), que estimule os processos de colaboração e de troca, bem como, no desenvolvimento de processos significativos que integrem, além do saber fazer, a revisão dos modos de pensar (Tavares, 1998; Offe, 1991).”

Isto parte da premissa de que, ao se priorizar o homem e valorizar suas potencialidades, através do diálogo, permite-se entrar em contato com outros modos de pensar e de viver a vida, trazendo para o cotidiano dos serviços de saúde dificuldades e facilidades inerentes ao processo de trabalho. Pode-se favorecer a prática que humaniza as pessoas e as pessoas que humanizam a prática, como também mostra Silveira e Ribeiro (2005).

Acredita-se que a educação é um imperativo ético. Ela não só traz conhecimento formal, que pode contribuir para o desenvolvimento tecnológico, como também para o desenvolvimento de relações éticas, tolerantes, dialógicas, humanizadas.

A Atenção Básica de Saúde deve estar cada vez mais comprometida com essa proposta, coerente com o seu próprio nome “básica”. Neste contexto, dentre as várias políticas e ações do SUS, merecem destaque as relacionadas à promoção da saúde. A população precisa de uma educação formal e também conscientizadora, incentivadora da formação de espaços públicos. Devem-se enfrentar as realidades denunciadas sobre a desumanização dos espaços coletivos, que impõem tensão e ócio aos cidadãos. Os autores até aqui citados contribuíram para aprofundar possibilidades sobre as expressões refletidas no ambiente, como a intolerância com o diferente e com o excluído, além da dominância pouco sensível dos poderes institucional, econômico e intelectual. Entender essas questões pode ajudar a criar estratégias transformadoras e libertadoras!

Reforça-se a importância da ética cidadã e de um mundo mais justo, onde as relações são tratadas em espaços públicos, baseadas no respeito, no diálogo, na participação, na transparência. Fica claro que o espaço, enquanto ambiente,

também é uma forma de linguagem, onde as relações econômicas, sociais, culturais e afetivas podem estar refletidas.

São distintos e complementares os conceitos de espaço aqui abordados, o que possibilita pensar as relações nele existentes e a ampla divulgação de práticas criativas e educativas de promoção da saúde. As profissões, inclusive o Serviço Social, podem qualificar ainda mais seu olhar quando veem o que é dito através das “aparências” do indivíduo e do coletivo, expostos no seu corpo e no espaço ambiental. Em síntese, dentro do conceito ampliado de saúde, valoriza-se a educação transformadora, o diálogo, a capacitação da comunidade, a participação popular, o controle social, a geração de renda, a humanização, a intersetorialidade, a implementação de políticas públicas saudáveis, a criação de ambientes saudáveis, o desenvolvimento de habilidades individuais e coletivas, e a reorientação de serviços de saúde. Entende-se que a promoção da saúde procura abranger todas essas possibilidades e deve estar de mãos dadas com a prevenção, educação, e assistência biomédica, como mostra Campos (2006). A educação crítica e transformadora é um dos alicerces para o desenvolvimento sócio-econômico-cultural de um país, sendo coerente com o preconizado pela promoção da saúde, o SUS e o Serviço Social, podendo ser fortalecida com a incorporação da “docência desterritorializada” (Peixoto, 2007). A sala de espera pode cumprir este papel de responsabilidade social como espaço público, inclusive para que a academia e a ciência saiam de “seu castelo”, interagindo com o saber popular, como preconizado por Bourdieu (2002).

Cabe, ainda, uma reflexão. Em um país integrado por uma maioria expressiva de *homo labor*, preocupado com sua própria sobrevivência e o futuro de sua família, o espaço público, de Hannah Arendt, que pressupõe respeito à pluralidade, à liberdade e ao diálogo, é um difícil ideal a ser conquistado. Por outro lado, em tempos recentes, o brasileiro vem conseguindo transformar o espaço geográfico em seu próprio benefício, refletindo as relações existentes, como analisado por Milton Santos. No entanto, ainda falta muito para que a emancipação de Paulo Freire se difunda entre nós... Muito há que se fazer...

4 Metodologia

Este capítulo sistematiza a metodologia desenvolvida, face aos objetivos essenciais da presente Tese. Ele está organizado em três partes: princípios metodológicos; critérios de seleção para pesquisa de campo e etapas da pesquisa; e os critérios para análise e tratamento dos dados. Ao longo do capítulo será mostrado que, em todos os momentos, buscou-se seguir rigorosamente as considerações éticas constantes na Resolução 196/96 (Brasil, 1996). O Projeto foi aprovado, em primeira instância, pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Escola Nacional de Saúde Pública Sérgio Arouca, da Fundação Oswaldo Cruz, também denominado de CEP/ENSP, sob o número CAAE 0065.0.031.011-10.

4.1 Princípios metodológicos

Na abordagem da metodologia o pesquisador deve deixar clara a sua posição, como “parte intrínseca da visão social de mundo, veiculada na teoria. (...) O método é o próprio processo de desenvolvimento das coisas. (...) O conjunto de técnicas constitui o instrumental necessário para aplicação da teoria (...)” (Minayo, 2008, p. 44).

Na busca por uma compreensão da realidade, a presente pesquisa é quali-quantitativa, e utiliza multimétodos. Como aponta Bauer e Gaskell (2002), “(...) a escolha qualitativa ou quantitativa é primeiramente uma decisão sobre a geração de dados e os métodos de análise, e só secundariamente uma escolha sobre o delineamento da pesquisa ou de interesses de conhecimento. (...) A pesquisa social apoia-se em dados sociais – dados sobre o mundo social – que são os resultados, e são construídos nos processos de comunicação”, formal e informal, construídos nos discursos, textos, imagens e materiais sonoros.

Outros autores também defendem a inclusão de métodos que utilizam abordagens tanto quantitativas quanto qualitativas como estratégia para ampliar a

compreensão de uma realidade com compromisso social, sem que haja uma hierarquia entre elas, pois podem ser integrados, por não serem incompatíveis (Minayo, 2007 e 2008; Martinelli, 2009; Deslandes, 2000).

Os estudos abordam a importância de se ter em mente que toda pesquisa tem um recorte, e este corresponde a um determinado momento e local histórico. Destaca-se, em Durkheim (1970), a importância da temporalidade e da espacialidade de cada “representação coletiva” (sinônimo de representação social, atualmente), que deixa de existir se for apenas uma ideia, e sem deixar vestígio. Este autor mostra que os fenômenos podem ser vistos e analisados pelas suas partes (podem ou não ser interdependentes) e pelo todo (agrupamento das partes), mas suas interligações, modificações e estruturações podem formar um agrupamento de imagens que devem ser objetos de análise na construção dos conceitos. Berger e Luckmann (1985) contribuem para pensar na complexidade da estrutura temporal da vida cotidiana, mencionando que há partes da realidade que são iluminadas, enquanto outras permanecem nas sombras. Estas questões remetem, também, a Sontag (2004) que expressa o limite da realidade na fotografia, ela só registra o que está nela e não mostra as outras realidades que acontecem no mesmo instante em que a imagem é registrada. Tal analogia expõe os limites da compreensão de qualquer realidade, notadamente, no tocante aos instrumentais científicos de coleta de dados, que são como uma fotografia: quanto mais panorâmica melhor, mas ainda assim deixará uma parte do contexto de fora.

Weber (2001), um clássico em sociologia, destaca a importância de que conceitos devem ser construídos e de que um ponto de vista não é o único, devendo buscar a articulação interna da ação social. Considera que a “ação social” é como a coexistência entre indivíduo, comunidade e sociedade, sendo que as conexões de sentido articulam os motivos e efeitos da ação. Valoriza a cultura, a compreensão e a explicitação dos valores, das motivações e dos sentidos que cada pessoa dá a sua conduta, para perceber a estrutura vigente, onde o poder está centrado no convencimento do outro e a partir de sua “visão de mundo”. A construção do autor sobre o “tipo ideal”, pode servir como um incentivo na identificação e na análise de “boas práticas”.

Goffman (1988) mostra a importância: da linguagem verbal e corporal na expressão da identidade; dos rituais do cotidiano e seus significados; da postura do pesquisador que pode ou não reforçar ou suscitar estigmas; além de analisar

diferentes ações e reações dos estigmatizados e da sociedade. Valoriza os estudos sobre os aspectos pequenos do cotidiano e a interação face a face, a “interação social”, onde o pesquisador deve procurar observar, incorporar-se e olhar de perto e profundamente a realidade.

Para o presente estudo, é de especial relevância o interesse do autor pelos aspectos e interações da vida cotidiana nas relações face a face e sobre a ocupação social dos espaços públicos. Isto é ampliado quando Goffman (2005) defende que uma pessoa desempenha seu papel social segundo o modo como concebe a sua imagem e a pretende manter, mesmo que de “fachada”, fazendo um paralelo entre o mundo e o teatro, onde há a fachada (o que usamos para nos apresentar), o cenário (ambientação física onde se expressa a fachada) e os atores. Assim, destaca-se a importância do pesquisador não se colocar em evidência e sim valorizar os pequenos fatos do cotidiano, os estigmas, as simulações e as dissimulações dos atores envolvidos; além de possibilitar uma analogia da sala de espera com o teatro, sugerindo diversos novos olhares sobre este espaço e seus atores. Quando o autor discriminou o “cenário”, fez-se, também, uma associação com outras variadas possibilidades de análise, dentre elas a que Milton Santos (1979) faz sobre o espaço como representação da sociedade.

Berger e Luckmann (1985) preconizam que a realidade é construída no cotidiano; é relativa de uma pessoa para outra, podendo ter pontos de vista concordantes e até discordantes; e é delimitada pelo tempo e espaço. Percebe-se, aqui, a proximidades destes com Goffman (1988). Para Berger e Luckmann (1985), a compreensão da realidade se constrói na interação face a face, minimizando uma “interpretação errônea”, o que é mais difícil de evitar “em formas menos próximas de relações sociais.” Todavia, estes autores destacam que o cotidiano e suas interações são apreendidos em um contínuo de tipificações e formam uma estrutura social da realidade, onde as produções de sinais (verbais, gestuais, materiais) agrupam-se em sistemas que expressam as objetivações e subjetivações existentes. Os autores enfatizam a linguagem por permitir tipificações de experiências, agrupamentos em amplas categorias, construção de esquemas de classificação para diferenciar objetos; além de poder ser simbólica, desvinculada da realidade e vinculada com o imaginário. Ressaltam, ainda, que cada pessoa tem um acervo, um capital de conhecimento e faz uso da “distribuição social do conhecimento”, criando um estoque social do conhecimento que fornece

esquemas tipificadores para as principais rotinas do cotidiano, expressos pelo sistema comunicativo. A partir destes autores, considera-se a importância do face a face e do relativismo inerente à “distribuição social do conhecimento”, além da pertinência de esquema classificatório.

Geertz (1978), como os outros autores, dentre suas diversas contribuições, destaca que a definição de cultura faz parte da ciência interpretativa, onde os significados são socialmente estabelecidos. Geertz (2001) valoriza o “senso comum” como sendo tão importante como qualquer outro saber, inclusive o científico, significando um “sistema cultural”, similar à representação social. Para ele, a chegada do pesquisador no campo é marcante, o ideal seria que fosse invisível, e uma das formas de amenizar essa impossibilidade é o uso de múltiplos métodos de pesquisa e ter consciência de seu etnocentrismo. Cabe frisar sua valorização ao senso comum, reforçando o fato da pesquisa direcionar-se para múltiplos atores, incorporando gestores, profissionais de saúde e a população atendida.

Mauss (2003) analisa o comportamento humano e o classifica através da observação do corpo e do seu simbolismo, criando um manual de técnicas corporais, por afirmar que este é o primeiro instrumento do ser humano, que perde sua naturalidade gestual quando adulto; seus atos são montagens físiopsicológicas, conscientes e inconscientes, como expressão do *habitus* (usou o termo antes de Bourdieu). Análise similar foi feita por Rodrigues (2006), que enfatiza que o corpo deve ser apropriado pelas ciências sociais, pois este é um patrimônio, um capital investido pela sociedade, contribuindo para se conhecer o indivíduo e a cultura (esta é a substituição do aleatório pelo organizado). Ambos os estudiosos dão especial atenção às possibilidades de análise das representações sociais através do corpo. Destaca-se o autor brasileiro quando cita que os sistemas de representação agem como uma grade que se amplia sobre o mundo, buscando classificá-lo e codificá-lo, além de transformar suas dimensões sensíveis em inteligíveis (Rodrigues, 2006). Este autor faz uma análise do sistema de saúde através do corpo-saúde-doença e da emoção, como um sistema de comunicação, onde o corpo imprime simbolicamente sua estrutura social. Cita, ainda, que a capacidade de pensar, de demonstrar, de identificar as mensagens corporais tem subordinação com uma *linguagem*, fazendo dela um fato eminentemente social, variável conforme as taxonomias e as classes das sociedades. Estes autores, junto com Weil e Tompakow (1982), contribuíram para o momento de observação e

registro do diário de campo, pois “o corpo fala”. Vale registrar que, apesar da pesquisa utilizar esses conhecimentos para enriquecer a análise de contexto, privilegiará o discurso textual, em função do tempo disponível.

Os autores foram revisados em suas convergências para contribuir na consistência de uma visão compreensiva da realidade e proporcionar uma melhor articulação com uma visão quantitativa. Firma-se esta possibilidade em Deslandes (2000), que busca uma compreensão articulada e mais profunda da realidade a partir de uma caminhada metodológica quali-quantitativa. Destaca que o pesquisador não deve ser confundido como pertencente à instituição pesquisada e deve detalhar o caminho de construção dos dados e separar o que é do pesquisador e o que é do pesquisado.

Cabe, ainda, destacar que qualquer instrumento é como uma fotografia, “chamusca o real”, imortaliza o referente, pode ser um registro histórico e até pictórico, onde o enquadramento pode ser decisivo para o registro, marcado ou não pela intencionalidade do *operator* ou do referente, ou pelo “instante de apertar o gatilho” da câmara” ou de seu aparato técnico; tem um aspecto indiciário, logo, é importante que: tenha um *studium* (o cenário histórico, o testemunho político); inclua um texto esclarecedor; tenha a intencionalidade do *operator* e do referente estabelecidas; considere seu potencial de reprodutibilidade; e tenha a força do *punctum* (o sutil, o que punge), se necessário (Barthes, 1984; Krauss, 2002). Como menciona Bourdieu (2002), que também citou Barthes, dentre outros, as distorções fazem parte da estrutura de pesquisa. Deve-se considerar o que está fora da fotografia, analogamente, o que está fora da entrevista e do ambiente. Multimétodos e equipes multidisciplinares podem auxiliar nos registros, para a compreensão das múltiplas facetas de “uma” mesma realidade. A observação, expressa através de imagens e de impressões do diário de campo possibilita uma série de ocorrências importantes que não podem ser registradas por meio de perguntas, mas permitem o enriquecimento e aprofundamento da análise dos dados (Minayo, 2008), e por isso está incluída nesta Tese.

Assim, pretendeu-se buscar caminhos de conhecimento através da abordagem compreensiva, que consideram a complexidade humana, a lógica interna da experiência vivencial e relacional das pessoas, a intersubjetividade entre pesquisador/pesquisado, e a relatividade, temporalidade e espacialidade dos

contextos sociais e individuais apreendidos (Minayo et al, 2005). Neste sentido, valorizou-se conhecer o cotidiano, especialmente, quando se trata da área do Serviço Social, que deve ter como sujeito da pesquisa o homem comum, por privilegiar a melhoria das intervenções do cotidiano, como aponta a assistente social Martinelli (2009).

Mas, também, utilizou-se a abordagem quantitativa, que proporciona uma descrição, sistematização, interpretação que culminam na identificação de elementos básicos e em um conjunto de informações expressas em medidas, quadros e/ou tabelas (Marconi e Lakatos, 2009). Isto se torna adequado, pois “a mensuração dos fatos sociais depende da categorização do mundo social” (Bauer e Gaskell, 2002).

A intenção do aproveitamento de métodos quantitativos e qualitativos, com base no que foi explanado, visa uma compreensão teórica e profunda de uma dada realidade, por reconhecer a importância de minimizar vieses, pois sempre terá um recorte, um olhar, no tempo e no espaço, variável, aperfeiçoável, superável, pois a realidade que a pesquisa pretende desvendar é mais rica do que a teoria que a ela se refere (Cardoso, 1971). Por isso, os instrumentos de coleta de dados também incluem perguntas fechadas, demandando respostas objetivas para compreensão de determinados aspectos da realidade estudada.

Concluiu-se, então, pela pertinência de multimétodos, entendendo que a abordagem qualitativa pretende coletar informações para “elaborar a “teoria base”, ou seja, o conjunto de conceitos, princípios e significados”; que a abordagem quantitativa busca a enumeração de dados; que uma triangulação “consiste na combinação de metodologias diversas no estudo de um fenômeno”, podendo ser uma combinação entre fontes, ou entre métodos, ou entre investigadores de diferentes disciplinas, ou entre teorias (Marconi e Lakatos, 2009, p. 272 e 283).

Assim, estabelecendo um diálogo com os estudiosos em metodologia mencionados, junto com Minayo (2008) e Lavige e Dionne (1999), e as diversas disponibilidades de instrumentos de pesquisa, destacam-se os que embasam a operacionalização da presente pesquisa:

- a observação científica, que consiste em registrar o cenário a ser pesquisado, contando com a integração (observação participante) ou não entre o pesquisador e a realidade estudada, podendo ser registrada por escrito em diário de

campo, em filmagem e fotografia, o que implicou, também, em visita ao campo empírico;

- a entrevista, que possibilita apreender uma realidade a partir da narrativa verbal do entrevistado, optando-se pelos tipos:

- parcialmente estruturada, por conter perguntas abertas, podendo o pesquisador mudar a ordem, excluir ou incluir perguntas improvisadas, a fim de estabelecer um vínculo para melhor compreender o entrevistado; e

- consensual, quando a entrevista busca uma conformidade com a comunicação escrita, mediante o envio de instrumento para pessoas que possuem informações sobre um determinado assunto específico, e este retorna para se pronunciarem, buscando um acordo.

Conclui-se, destacando que toda pesquisa social tem que pressupor um exercício de escuta e humildade, e um comprometimento com a temporalidade, com a espacialidade, com a busca de transparência da intencionalidade de pesquisador e pesquisado, e com a interação entre os diferentes. Portanto, a complexidade do campo da saúde e as possibilidades de enfrentamento da questão social, reforçam a importância da utilização de uma diversificada gama de métodos e técnicas, desde que coerentes, a fim de contribuir para a ampliação do entendimento sobre uma dada realidade.

4.2

Critérios de seleção, etapas da pesquisa e considerações éticas

O presente item mostra a operacionalização detalhada dos requisitos éticos, teóricos e científicos, observados na pesquisa, visando permitir ao leitor uma transparência e análise sobre os mecanismos da coleta de dados.

Os critérios de inclusão e exclusão foram claros, isonômicos e respeitadas as questões éticas, tanto para seleção do campo empírico, quanto dos sujeitos da pesquisa.

Durante todo o processo procurou-se retratar a credibilidade que os procedimentos éticos inspiram, tanto por resguardarem entrevistados,

pesquisadores e instituições, quanto por garantirem a seriedade e qualidade de todo o processo científico que foi vivenciado.

Critérios de inclusão e exclusão

Com a principal intenção de trazer contribuições para o SUS e acreditando que, para isto, é primordial uma pesquisa empírica, foram estudadas diversas possibilidades para selecionar o campo de estudo.

O primeiro critério de seleção foi relacionado aos impactos sobre a atenção à saúde do/da brasileiro(ra). Isto significou um direcionamento para a principal porta de entrada do SUS, a Atenção Básica de Saúde (ABS).

O segundo critério foi referente à seleção institucional. Para tanto, foram contatados alguns informantes chave, por terem vínculo com o âmbito nacional de saúde. Buscou-se, em outubro de 2009, fase de preparação metodológica do projeto de Tese, um levantamento sobre unidades básicas que desenvolvessem atividades promotoras de saúde e/ou humanizadoras. Identificou-se, através do site do Ministério da Saúde (Brasil, 2009) e de profissionais relacionados a este, que ainda não existiam essas listas, exigindo a eliminação desta possibilidade.

O terceiro critério foi relacionado à possibilidade de estudar Unidades de Saúde da Família, considerando que esta é, atualmente, estratégica para o SUS, e que o recorte poderia ser delineado a partir das Unidades que fazem parte do campo de aprendizado da Residência Multiprofissional, da ENSP. Mas, a Estratégia da Saúde da Família evita a espera de atendimento na Unidade, portanto, mesmo que isto acontecesse, os novos espaços, geralmente, não tinham prática em sala de espera que possibilitasse um aprofundamento para o alcance dos objetivos propostos nesta pesquisa.

Descartados os dois últimos critérios acima, verificou-se que o campo empírico que mais se aproximou da proposta da presente pesquisa se relacionava aos Centros de Saúde Escola (CSE). Estes foram criados para servir de referência para o SUS, notadamente, pela sua responsabilidade com a formação de recursos humanos da ABS, principal porta de entrada do Sistema. A pertinência da seleção desses CSE ficou ainda mais fortalecida quando se considerou a existência da Rede de Escola de Governo em Saúde Pública, da qual a Ensp/Fiocruz faz parte, e tem por objetivo desenvolver e integrar atividades e programas de formação em

saúde, ainda que não incluía, por enquanto, os CSE, diretamente. A viabilidade dessa alternativa era garantida pelo fato de existir o Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde, de acesso irrestrito on-line (Cnes, 2009 e 2010).

A partir da definição de que a pesquisa ocorreria nos CSE cadastrados no Cnes, optou-se pela sua realização em 4 etapas, como discriminadas, a seguir. Cabe esclarecer que as etapas estão apresentadas com base em seus conteúdos, não havendo uma cronologia rígida, considerando que algumas aconteceram ao longo de todo o processo de coleta de dados.

Cabe, ainda, mencionar as considerações éticas que foram cuidadas ao longo da pesquisa de campo. Os primeiros contatos foram por telefone e em todos se conversou sobre os procedimentos éticos, a aprovação no CEP/ENSP/FIOCRUZ e a importância da autorização do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE). Durante a pesquisa, todos os entrevistados receberam seu TCLE datado e assinado pela pesquisadora, seja os que foram pesquisados pessoalmente, seja os que foram por telefone, sendo, nestes casos, enviados por email e/ou correio. Ficou-se isenta de solicitar o TCLE assinado pelos entrevistados que participaram por telefone, email e Correio, como aprovado pelo CEP, considerando o fato de que o sujeito consentiu em participar, ao responder as perguntas. A pesquisadora ficou com a responsabilidade de guarda de todos os TCLE assinados por ocasião das visitas realizadas, que incluíam a autorização de registros fotográficos e de filmagem, quando pertinente. As poucas mudanças metodológicas foram encaminhadas ao CEP, como define a Resolução.

As abordagens e registros foram elaborados evitando constrangimentos, riscos ou desconfortos das pessoas, sendo destacada a possibilidade de desistência do pesquisado em qualquer tempo, sem prejudicá-lo. Os resultados foram trabalhados de forma agregada e sem citação de nomes, buscando minimizar o risco de identificar os entrevistados e garantir o anonimato. No entanto, considerando o número restrito de instituições, o TCLE informou sobre algum risco de identificação.

Foi esclarecido que se pretende trazer benefícios diretos e/ou indiretos para os envolvidos com a pesquisa, e agregar conhecimentos teóricos e empíricos para políticas públicas, para a formação profissional e para ações relacionadas à educação para saúde, à promoção da saúde e à humanização da atenção junto aos usuários do SUS. O TCLE garantiu o retorno da pesquisa através da síntese das

análises dos resultados agregados, que serão enviadas à instituição e aos entrevistados, por correio eletrônico, além de divulgada em meios acadêmicos, científicos e outros que contribuam para sua disseminação. Esclareceu-se a todos que a Tese estará disponível na Biblioteca da Pontifícia Universidade Católica do Rio de Janeiro em versões on-line e impressa.

1ª etapa – Pesquisa on-line dos centros de saúde escola

Verificou-se, em três momentos, no Cnes (Cadastro Nacional de Estabelecimento de Saúde), o levantamento de todos os Centros de Saúde Escola (CSE) do Brasil:

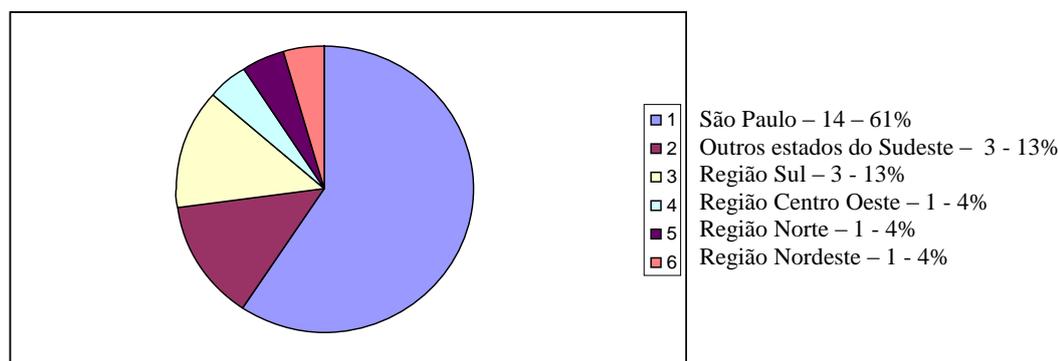
- outubro de 2009, quando se elaborava o Projeto de Qualificação II, momento obrigatório do Doutorado;
- abril de 2010, quando se iniciou a primeira etapa de coleta de dados, referente a um levantamento das informações existentes na internet de acesso irrestrito;
- dezembro de 2010, durante a última etapa de coleta de dados, quando eram realizadas as entrevistas por telefone.

Houve diferença nas três relações do Cnes e se considera, nestes casos, dois aspectos para as alterações:

- o Cnes exige uma atualização periódica para manutenção dos estabelecimentos ativos;
- o banco de dados do Cnes não tem uma correlação entre siglas e nomes escritos por extenso, ou seja, aparecem relações diferentes para “centro de saúde escola”, “cs escola”, “cse”.

Os levantamentos do Cnes revelaram a existência do total de 23 diferentes Centros de Saúde Escola, conforme se pode observar na figura, a seguir.

Figura 4
Os 23 Centros de Saúde Escola, por região do Brasil, segundo o
Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde (Cnes), em 2009 e 2010
N = 23



Fonte: Reis, Inês Nascimento de Carvalho. Espaços públicos invisíveis: perdas e conquistas na Promoção da Saúde. 2012.

Nesta etapa, realizou-se uma pesquisa de acesso irrestrito de dados existentes na internet, obtendo informações provenientes do próprio Cnes, para um perfil de todos os CSE; e nos sites das prefeituras, das secretarias municipais de saúde e das instituições de ensino, dependendo do tipo de vínculo do CSE. Isto possibilitou enriquecer dados do Cnes. Verificou-se que um CSE não tinha telefone atualizado no Cnes nem localizado nas diversas fontes online e nem por contato telefônico com a Secretaria Municipal de Saúde, sendo excluído do universo, totalizando 22 CSE para a 2ª etapa.

2ª etapa – Identificação da viabilidade de visitas e entrevistas nos Centros de Saúde Escola

Esta 2ª etapa aconteceu entre junho e julho de 2010, e em dezembro do mesmo ano, quando se atualizou a relação de CSE do Cnes, conforme já esclarecido na etapa anterior.

Foram realizados contatos telefônicos com os gestores de todos os 22 CSE, com os seguintes objetivos: apresentar a proposta da pesquisa de doutoramento, possíveis benefícios e garantia de retorno da síntese às instituições; informar sobre sua aprovação no Comitê de Ética de Pesquisa (CEP) da ENSP/FIOCRZ; verificar a categoria do estabelecimento (Atenção Básica de Saúde com atividade de ensino); identificar a existência ou não de atividades em sala de espera; analisar com o gestor a possibilidade para realizar a visita de campo (3ª etapa), em julho de 2010, quando estaria disponível o recurso orçamentário institucional com prazo

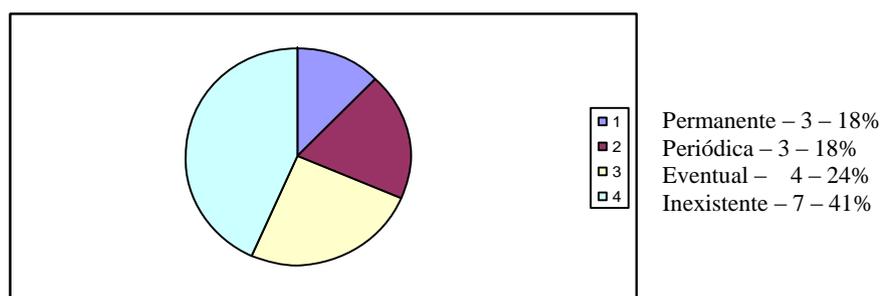
limite de empenho; e, caso não fosse eleito para visita, se este viabilizaria a participação na pesquisa por telefone (4ª etapa).

O levantamento por telefone resultou na exclusão de 5 CSE: um declarou não ser mais CSE e não receber mais alunos; outro pertencia a unidade hospitalar; e 5 tinham a gestão integrada entre os CSE, tornando o conjunto, segundo eles, equivalente a 2 unidades. Logo, o universo da presente pesquisa totalizou 17 CSE.

Assim, verificou-se uma nova configuração na gestão de alguns CSE: por terem sido municipalizados, mas continuavam recebendo alunos; por estarem revendo ou reformulando sua identidade, apesar de continuarem com vínculo exclusivo com instituição de ensino; e haviam os que continuavam fortalecidos como CSE, sem alterações estruturais, como será mais aprofundado no capítulo seguinte.

Quanto à realização de atividades em sala de espera, os gestores informaram que: 3 se realizavam permanentemente; 3 periodicamente, fora das férias escolares; 4 eventualmente; e 7 não desenvolviam atividades em sala de espera (44%), como demonstrado na figura a seguir. Cabe informar que este resultado foi alterado durante o seguimento da coleta de dados, quando gestores, que eram novos em seus cargos, reviram esta questão e profissionais a detalharam.

Figura 5
Frequência de atividades nas salas de espera nos 17 Centros de Saúde Escola no Brasil



Fonte: Reis, Inês Nascimento de Carvalho. Espaços públicos invisíveis: perdas e conquistas na Promoção da Saúde. 2012.

Todos permitiram a pesquisa de campo, mas metade apresentou alguma exigência prévia, como demonstrado na tabela seguinte. Destes, 6 exigiram passar por instâncias formais de aprovação, o que os impediu de fazer parte da seleção de CSE a ser visitado, pois as aprovações não saíram em tempo hábil da visita.

Tabela 1
Distribuição dos Centros de Saúde Escola segundo as exigências de submissão ao Comitê de Ética em Pesquisa (CEP)^(*)

Exigências para realização da pesquisa	Nº	%
Exigiu que o projeto fosse submetido ao próprio CEP	2	12
Exigiu autorização prévia da Secretaria Municipal de Saúde do local	4	24
Não exigiu, mas a Secretaria Municipal de Saúde exigiu na véspera	1	6
Solicitou um resumo do projeto por email e depois aprovou	2	12
Não foi necessário por pertencer ao CEP vinculado a Tese	1	6
Não fez exigência, mesmo sem ver previamente a documentação	7	41
Total	17	101

(*) Foi informado que a pesquisa foi previamente aprovada pelo CEP/ENSP/FIOCRUZ.

Fonte: Reis, Inês Nascimento de Carvalho. Espaços públicos invisíveis: perdas e conquistas na Promoção da Saúde. 2012.

Dos CSE que viabilizaram a pesquisa de campo em julho de 2010, excluiu-se o CSE onde a pesquisadora trabalha, deixando este para a 4ª etapa (entrevista por telefone), considerando o envolvimento com sua realidade, evitando diferenciais significativos no olhar. Reconhece-se, assim, a necessidade do distanciamento do pesquisador, aspecto destacado no item anterior. Logo, para a visita de campo, foram subtraídos dos 17 CSE, os 6 que fizeram exigência de autorizações que não ficariam prontas em tempo hábil e o CSE em que trabalha a pesquisadora, ficando 10 CSE elegíveis para visita em julho de 2010.

Cabe ressaltar que, de maneira geral, nesta etapa, todos foram receptivos à pesquisa e demonstraram interesse em participar, fazendo comentários sobre a importância da temática e o desejo em conhecer os resultados.

3ª etapa – Visita de campo a 3 Centros de Saúde Escola

Esta etapa justifica-se por acreditar que, para se compreender melhor uma realidade e seus significados, é importante acompanhar o cotidiano dos pesquisados, aprender na relação face a face, sentir a “distribuição social do conhecimento” e minimizar estigmas, como apontam Berger e Luckmann (1985) e Goffman (1988). Para tanto, foram eleitos 3 CSE, com base nos dados coletados na etapa anterior e face às restrições de tempo e orçamento.

Com a intenção de enriquecer a análise dos dados com diversidade de informações, priorizaram-se realidades distintas, pretendendo, assim, buscar a relatividade, temporalidade e espacialidade dos contextos sociais e individuais

apreendidos (Minayo et al, 2005). Logo, para fazer a seleção dentre os 10 CSE que foram elegíveis para esta etapa, foram considerados os seguintes critérios:

- tipo de frequência de atividades realizadas em sala de espera: considerando os objetivos de analisar as dificuldades e facilidades encontradas pelos profissionais com relação ao desenvolvimento de atividades em sala de espera da saúde; e de identificar caminhos que incentivem o aproveitamento da sala de espera como um espaço de promoção da saúde, de práxis institucional, profissional, acadêmica e científica, e de organização do serviço; foram excluídos os CSE que declararam nunca terem desenvolvido atividades em sala de espera, e foram priorizados os CSE que apresentaram diferentes envolvimento com esta.
- tipo de gestão institucional: considerando que se acredita na importância da existência de centros de excelência de formação de recursos humanos para o SUS, inclusive para fortalecer a lógica da rede-escola; que na 2ª etapa descobriu-se que esta realidade está se transformando; os CSE foram selecionados a partir de distintas realidades sobre a manutenção de Centros de Saúde Escola, além dos diferentes tipos de frequência de atividades realizadas em sala de espera.

Essas premissas resultaram na seguinte composição para pesquisa de visita de campo (os nomes puderam ser identificados, considerando permissão formal de seus gestores, mas preferimos supri-los):

- sala de espera com atividade educativa permanente e com gestão da Secretaria Municipal de Saúde (SMS) e parceria com Universidade Estadual, ex universidade privada;
- sala de espera com atividade educativa sistemática e com gestão da SMS, com interface estadual e recebendo alunos, apesar de ter sido retirado a palavra “escola” de seu nome, no Cnes 2010, diferente do Cnes 2009 que a mantinha;
- sala de espera com atividade educativa eventual, já tendo sido permanente, e com gestão de Universidade Estadual.

A visita de campo foi realizada durante três dias por CSE, em horário integral, em julho de 2010. Em cada visita foram entrevistados:

- gestores, considerando a visão de conjunto, a responsabilidade sobre as condutas do CSE e a possibilidade de encaminhamento aos demais profissionais a serem entrevistados;

- profissionais que desenvolviam, no momento da pesquisa ou anterior a esta, atividades educativas em sala de espera ou fora dela;
- assistentes sociais e profissionais que faziam o acolhimento ao usuário, porque ambos tinham contato direto e constante com eles; e
- usuários do serviço, com a seleção distribuída entre o horário de atendimento da manhã e da tarde; aleatória, através do critério de entrevistar as pessoas que sentassem em 3 cadeiras previamente determinadas (caso sentasse mais de um usuário ao mesmo tempo, seria privilegiado o estrato (sexo e/ou idade) menos entrevistado) – esta alternativa se deve ao fato de não ter sido possível convidar o último paciente a ser atendido, como previsto no Exame de Qualificação, por dificuldade de acesso às agendas, evitando, assim, incomodar pessoas desnecessariamente, o que feriria a proposta da pesquisa.

Na etapa anterior, todos os diversos contatos com gestores foram realizados apenas pela pesquisadora, sendo tal procedimento mantido nas visitas de campo. Os profissionais que desenvolvem atividades educativas e assistentes sociais também foram entrevistados pela própria autora. Contudo, para garantir a viabilidade de coleta de dados com qualidade e em tempo hábil, contou-se com a participação de profissional especialista em Comunicação e Saúde, com experiência na sala de espera e treinado para efetivar esta pesquisa. Este ficou responsável por entrevistar os usuários e profissionais do Acolhimento nos CSE, considerando que estes pesquisados são exclusivos desta etapa da pesquisa. Tais procedimentos proporcionaram maior padronização durante a fase de coleta e análise dos dados. Este profissional também fez os registros de imagens, fotográficas e de filmagem, considerando sua experiência. O trabalho em dupla, com cada um dentro de sua especialização, foi fundamental para o cumprimento das metas propostas no tempo previsto.

Como destacado por Minayo (2008) e Laville e Dionne (1999), é essencial clareza e uniformização no processo de coleta de dados. Por esta razão, trabalhou-se com roteiros. Segundo Minayo (2008), eles são guias para sinalizar caminhos, úteis para entrevistas semiestruturadas e observação de campo. Utilizou-se, também, questionário, complementar ao roteiro, justificado pela mesma autora, por ser padronizado, auxiliando na captação da presença ou da ausência de determinada característica ou atributo.

Utilizaram-se perguntas abertas e fechadas. As primeiras constituíram roteiros que permitiram compreender, de uma maneira mais profunda, a visão do entrevistado. As segundas possibilitaram uma quantificação precisa de alguns aspectos mais relacionados a perfil e compreensões exatas (Laville e Dionne, 1999). Ambas se devem ao entendimento do “método como parte de um corpo teórico integrado, (...) e o conhecimento é o resultado da relação entre um sujeito que se empenha em conhecer e o objeto de sua preocupação” (Cardoso, 1971).

Antes do início da coleta de dados, foi realizado um pré-teste com todos os instrumentos aprovados na Banca de Qualificação e no CEP/ENSP/FIOCRUZ. Os usuários do pré-teste foram entrevistados pelo mesmo profissional responsável por este segmento na visita. Os testes foram no CSE onde trabalha a pesquisadora, devido à facilidade de identificar outros profissionais para as entrevistas definitivas, inclusive o gestor, que já seria outro no momento da fase final.

Para facilitar a análise dos conteúdos, segundo os objetivos propostos na pesquisa, os instrumentos foram organizados por bloco temático: perfil do entrevistado, definições, percepção sobre o atendimento do CSE, atividades educativas, gestão e serviço social. Esta organização visou padronizar a tabulação dos dados, através de blocos comuns a todos os entrevistados e outros por categoria (gestor, profissional que desenvolvia atividade educativa ou não, e usuário). Essa lógica também foi utilizada na 4ª etapa, buscando compreender os diversos sentidos sobre assuntos prioritários.

Portanto, percebendo os limites de qualquer pesquisa e a importância do “senso comum”, optou-se por abordar distintas categorias de pessoas e por utilizar multi-métodos, como defendido por Geertz (2001). Assim, os instrumentos de coleta de dados foram os seguintes:

- entrevista com gestores (apêndice 2), mediante assinatura do TCLE (apêndice 3);
- entrevista com profissionais informantes chave, que desenvolvem ou desenvolveram atividades educativas em sala de espera ou fora dela, além de assistentes sociais (apêndice 4), mediante assinatura do TCLE (apêndices 3 e 5);
- entrevista com profissionais responsáveis pelo acolhimento ao usuário (apêndice 6), mediante assinatura do TCLE (apêndice 3);
- entrevista com usuários(as) maiores de dezoito anos que estavam na sala de espera durante a pesquisa (apêndice 7), mediante assinatura do TCLE (apêndice 8), sendo a amostra aleatória, como já esclarecido, e o quantitativo considerado

suficiente quando houvesse saturação das respostas prioritárias para a pesquisa, ou seja, as relacionadas a promoção da saúde e a sala de espera;

- roteiro de observação para diário de campo (apêndice 9);
- registros fotográficos e de filmagens, seguindo o roteiro do apêndice 9, sendo autorizados em todos os momentos, conforme os TCLE assinado por todos.

Como já mencionado, a receptividade encontrada viabilizou a pesquisa. Mas, cabe mencionar que um CSE contatou a doutoranda na véspera de sua chegada para informar que a Secretaria de Saúde a que estava subordinado exigia sua própria aprovação, sendo esclarecido que já estava se saindo da visita de um CSE direto para sua cidade e conversariam, pessoalmente, no horário combinado desde o início. O impasse foi facilmente resolvido, considerando que para iniciar a visita foi esclarecido que se entregava a cada gestor um conjunto encadernado contendo: resumo do projeto; cópia do parecer de aprovação do Comitê de Ética em Pesquisa/ENSP/FIOCRUZ; proposta de carta para autorização institucional; uma cópia dos 3 Termos de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE); um exemplar dos 4 tipos de formulários de entrevista; roteiro de diário de campo; cópia do comprovante de inscrição da pesquisadora no curso de doutorado. Assim, esta documentação foi encaminhada e aprovada pelo Secretário.

Os gestores dos 3 CSE visitados assinaram a carta de autorização de pesquisa da instituição (apêndice 10), proposta pela pesquisadora, permitindo, inclusive, a divulgação do nome do CSE e registros de imagens. Cabe enfatizar que se percebeu na primeira visita, de maneira sutil, uma preocupação com a divulgação da imagem institucional. Isto foi logo sanado, considerando que, espontaneamente, a pesquisadora fez um adendo, de próprio punho, comprometendo-se em divulgar somente imagens relacionadas às boas práticas, por se acreditar que a imagem tem um poder de comunicação forte e o objetivo é o fortalecimento de experiências exitosas no SUS, não o oposto. Isto acarretou em uma automática simpatia por parte dos gestores. Cabe destacar que a análise do material inclui os aspectos negativos, sem identificação da origem, o que deve ser um compromisso ético de qualquer pesquisador, fiel à integridade dos dados.

A coleta de dados com os entrevistados aconteceu em três momentos:

- 1º: durante a visita, quando se buscou um diálogo, possibilitando uma maior aproximação entre entrevistado e entrevistador, e um entendimento sobre o que era

promoção da saúde e atividades educativas, e sua percepção sobre estas atividades e a sala de espera;

- 2º: ainda durante a entrevista, após o primeiro momento, aplicavam-se as perguntas fechadas expostas em forma de questionário;

- 3º: após um mês da visita, as respostas foram digitadas em formato de questionário, e este foi enviado por email ou pelo Correio para que fosse revisado pelo entrevistado, o que ficou restrito a gestores e profissionais, conforme será detalhado adiante.

Cabe esclarecer que este terceiro momento é fundamentado no que já foi explicitado nos princípios metodológicos, quando se mencionou que a coleta de dados estava sujeita a interferência do pesquisador, mesmo que este procure evitá-la. Logo, assumindo isto como um fato inquestionável, solicitou-se aos profissionais que revissem a conversa, digitada pela pesquisadora em formato de questionário (apêndices 2, 4, 6). Esta sistematização, inclusive, possibilitou uma participação direta do entrevistado, considerando este caminho um processo dialógico, educativo e de coresponsabilidade, onde o pesquisador apenas sistematiza o que o outro realmente deseja expressar, buscando minimizar equívocos no momento de análise de dados. Não se adotou o mesmo sistema com os usuários, considerando privilegiar a relação de confiança no momento da entrevista, através do anonimato, mas cada entrevista foi relida para que pudessem alterar o que desejassem.

Durante toda a pesquisa o entrevistador estava com uma encadernação igual a que foi entregue ao gestor, contendo todas as informações sobre a pesquisa, inclusive a assinatura original de autorização do gestor. Este procedimento foi considerado desnecessário por todos.

As entrevistas com profissionais duraram entre uma hora e meia a duas horas, e dos usuários até vinte minutos. A maioria das profissionais agendou um horário para o diálogo e o cumpriu, exceto dois com atraso de até quarenta minutos e 3 pediram para preencher em casa e conversar no momento da devolução, alegando falta de tempo. Uma entrevista foi realizada com uma dupla de coordenadores de estágio no CSE e outra foi em grupo educativo composto por 4 usuários. Estas coletas de dados em grupo não estavam previstas, inicialmente, e foram efetuadas para atender a um convite dos CSE. Somente um profissional e 8

usuários recusaram-se a participar da pesquisa, alegando falta de tempo. Uma recepcionista não foi entrevistada porque preferia não assinar o TCLE.

Em todas as atividades em sala de espera foi esclarecida a presença dos pesquisadores e foram filmadas com o consentimento dos presentes, sem questionamentos prévios, apesar de abertura para conversa esclarecedora. Poucos pareceram encabulados, mas não mudaram de lugar, possivelmente porque o foco da máquina não se concentrou neles.

Os diálogos foram digitados pela pesquisadora, em formato de questionário, para serem revisados, a partir de agosto de 2010, por parte dos gestores e demais profissionais. Cabe esclarecer que 6 (22%) não tinham email pessoal e nem sentiram necessidade de rever o instrumento. Os outros 21 forneceram email para o envio. Somente 4 entrevistados (1 gestor e 3 profissionais) responderam no primeiro prazo (15%). Foram reenviados emails mais duas vezes, sendo obtida a resposta de mais 5 entrevistados (19%). No último contato a doutoranda lembrou que não eram obrigados a responder, o que era considerado como concordância com o instrumento preenchido durante a visita, o que ocorreu em seis casos. Mesmo assim, considerando certos profissionais estratégicos, telefonou-se para estes, em novembro de 2010, para verificar se os entrevistados haviam recebido os emails. Percebeu-se em 3 casos (11%) a dificuldade de acesso a esse recurso digital, sendo, então, ofertado o envio pelo Correio. Para tanto, pediu-se o endereço da preferência do entrevistado e garantiu-se que, além do questionário impresso, haveria duas folhas brancas para que acrescentassem o que desejassem e um envelope de retorno, selado e com o endereço pessoal da pesquisadora, para que não tivessem despesas, e todos os 3 responderam. Em abril de 2011, entrou-se novamente em contato telefônico sensibilizando 2 gestores e um educador, por serem considerados estratégicos. Os gestores responderam o questionário. O educador preferiu rever seu depoimento, mas não o enviou, sendo então eliminado. Portanto, ao final, foram preenchidos 59 questionários, mas analisados 58, como mostrado na tabela a seguir. Destaca-se que todos os profissionais foram informantes-chaves, a maioria indicados pelos diretores e alguns pelos próprios colegas de trabalho.

Tabela 2
 Contatados na visita de campo em 3 Centros de Saúde Escola

Contatados		Nº
Gestor	Individual	6
	Grupo (2 participantes)	1
Profissional	Atividade educativa	8 ^(*)
	Outras atividades	12
Total de questionários de profissionais/gestores		27 ^(*)
Usuários	Individual	31
	Grupo (4 participantes)	1
Total de questionários de usuários		32
Total geral de questionários respondidos		59 ^(*)
Total geral de questionários analisados		58 ^(*)

(*) Total final de 58 questionários analisados, pois um profissional foi considerado excluído por ter informado que faria revisão do questionário, mas não o fez.

Fonte: Reis, Inês Nascimento de Carvalho. Espaços públicos invisíveis: perdas e conquistas na Promoção da Saúde. 2012.

A receptividade à pesquisa contribuiu para que o número de entrevistados profissionais fosse superior ao previsto. O fato do acesso ao campo ter acontecido antes da pesquisa por telefone, possibilitou uma melhor compreensão da realidade de cada pessoa e de cada lugar, permitindo uma revisão na abordagem dos instrumentos para a 4ª etapa a seguir (entrevista por telefone), que se caracteriza pela dificuldade natural que a ausência do olhar entrevistador-entrevistado traz.

4ª etapa – Pesquisa telefônica com gestores e profissionais nos 14 Centros de Saúde Escola que não foram visitados

Esta 4ª etapa da pesquisa foi realizada com o apoio do Centro de Saúde Escola da ENSP/FIOCRUZ, que disponibilizou uma linha telefônica para ligações interurbanas, possibilitando fazer um mapeamento inédito, ampliando a pesquisa para todos os demais CSE do Brasil. Alguns gestores, na 2ª etapa, comentaram, espontaneamente, que não conheciam pesquisa que abrangesse este universo, o que pode ter favorecido a aceitação da presente proposta. Todavia, os CSE não serão identificados, considerando que metade dos gestores preencheu no questionário a opção que não autorizava divulgar o nome institucional. A pesquisa, por telefone, de avaliação de quarenta e quatro programas de promoção da saúde, realizada por Potvin et al (apud Poland et al, s/a), incentivou a aplicação deste método.

Foram contatados, novamente, entre novembro de 2010 e junho de 2011, todos os 14 gestores da 2ª etapa que não fizeram parte da visita de campo realizada na 3ª etapa. O gestor do CSE que foi acrescido *a posteriori*, como já destacado na etapa anterior, também foi incluído. Todos aceitaram participar da entrevista, inclusive indicando informantes-chaves. Sempre no primeiro contato a pesquisadora se apresentava, informando os objetivos e etapas da pesquisa, horário aproximado de duração de cada entrevista, possibilidade de interrupção ou retorno em qualquer momento, formas de retorno dos resultados, garantia de anonimato e possibilidade de apresentação prévia do TCLE, o que não foi solicitado por ninguém. Durante a apresentação destacava-se que a entrevista seria em forma de diálogo; que depois seria digitada em formato de questionário; que seria encaminhado com as respostas dadas pelo entrevistado para revisão, além de conter outras perguntas, considerando que o questionário era mais extenso do que o conversado ao telefone. Este documento seguia com o TCLE assinado pela pesquisadora. Esclareceu-se que não havia necessidade de retorno do TCLE assinado pelo entrevistado, pois o simples fato de ter respondido ao telefone já servia como consentimento, conforme foi aprovado pelo CEP/ENSP/FIOCRUZ. Foi citado que o questionário e o TCLE poderiam ser encaminhados por email e/ou correio, através do mesmo procedimento já citado na 3ª etapa.

Assim, a coleta de dados com os entrevistados desta 4ª etapa aconteceu em dois momentos:

- 1º: apresentação da pesquisa e realização de entrevista, ocorrendo na mesma ligação telefônica ou sendo agendada, conforme preferência do entrevistado;
- 2º: envio por email ou pelo Correio, após até um mês da entrevista, das respostas que foram digitadas em formato de questionário, para que fosse revisado e completadas outras questões, se desejado.

A configuração do 1º momento desta etapa da pesquisa resultou em:

- entrevista telefônica com os gestores dos 14 CSE (vide apêndice 2 - perguntas 10 a 14, 17 a 21, 28), e mais 3 gestores considerados como informantes-chave (1 havia sido gestor há anos e conhecia muito a história do CSE e 2 tinham inserção em atividades educativas com os usuários), totalizando 17 gestores;
- entrevista telefônica com 18 profissionais, sendo que 16 desenvolviam atividades educativas e 2 eram assistentes sociais que não se dedicavam às atividades

educativas, mas foram incluídas por sua formação (apêndice 11 - perguntas 1 a 10, 15 a 20 e 25).

A receptividade foi significativa, ao totalizar 35 profissionais, como mostra a tabela a seguir. Isto representou uma média superior a 2 profissionais por CSE: 6 CSE tiveram 3 entrevistados e um CSE teve 4 entrevistados (2 gestores e 2 profissionais desenvolvendo atividade educativa, sendo um assistente social). Somente um profissional que desenvolvia atividade educativa ficou de entrar ele mesmo em contato e não o fez, sendo desconsiderado, o que não comprometeu efetivamente os dados de seu CSE porque a gestora também realizava este tipo de ação.

Tabela 3
Distribuição dos 35 questionários dos 14 Centros de Saúde
Escola pesquisados por telefone

Questionários respondidos	Nº	%
Gestor	14	40
Gestor exercendo atividade educativa	3	9
Profissional em atividade educativa	16	46
Outros profissionais	2	6
Total	35	101

Fonte: Reis, Inês Nascimento de Carvalho. Espaços públicos invisíveis: perdas e conquistas na Promoção da Saúde. 2012.

Interessante informar que cerca de 15% das entrevistas foram realizadas no primeiro contato. Predominou o horário da manhã (71%), mas este resultado também pode ter a interferência da pesquisadora começar as ligações desde as 8 horas. A dificuldade de horário tranquilo durante o expediente de trabalho acarretou que 12% das entrevistas acontecessem fora do horário de trabalho: dois gestores foram entrevistados à noite, em seus telefones residenciais e um deles foi remarcado 2 vezes; e um assistente social ficou no CSE após o final do trabalho, depois das 18 horas, para poder conversar. Apesar da dificuldade de agendamento, e em alguns casos, com inúmeras remarcações, os gestores e demais profissionais foram muito receptivos ao telefone. Uma confirmação disso também está no tempo dedicado à entrevista telefônica, onde 57% ficaram de 30 minutos a 1 hora e meia com a entrevistadora, 26% das entrevistas duraram de 20 a 25 minutos, e em uma minoria o tempo foi inferior a 15 minutos.

No segundo momento da 4ª etapa (revisão das respostas e o preenchimento de outras perguntas *a posteriori*), os 35 questionários com TCLE encaminhados foram: 23 por e-mail, 8 por correio e 4 por ambos (todos foram esclarecidos com os mesmos procedimentos adotados na 3ª etapa). Somente 2 pessoas que receberam por Correio não responderam, o que aconteceu com 4 por email. Todas as que optaram por receber das duas maneiras responderam por email. Foi alto o retorno dos questionários à pesquisadora, 83% foram respondidos na íntegra. 29% responderam no prazo pedido. Para o resultado alcançado foram realizados até seis novos contatos (17%) por telefone, email e/ou mensagem por celular, especialmente, para os gestores, lembrando e sensibilizando sobre a importância de sua contribuição com o retorno integral do questionário. Predominou a necessidade de 2 e 3 contatos (37% cada).

Somente um gestor não enviou o questionário completo, o que foi sanado por outra chefia que desenvolvia atividade educativa e também havia sido entrevistada. Dos outros 5 entrevistados que não retornaram com o questionário completo, 3 eram assistentes sociais, sendo que só um desenvolvia atividade educativa (um estava de licença médica, outro que já não havia participado de toda a entrevista por telefone alegando falta de tempo, e outro informou que enviaria pelo Correio, mas não chegou) e não se conseguiu saber o motivo do não retorno de 2 profissionais que desenvolviam atividades educativas.

Ao final desta etapa, dos 35 entrevistados, 29 (83%) retornaram com o questionário respondido na íntegra. Dos 6 que não foram devolvidos, 2 tinham perguntas não respondidas desde o contato telefônico e foram excluídos. Logo, foram 33 questionários analisados no total.

Cabe registrar que a metodologia da pesquisa foi aprovada pela Banca de Qualificação com uma observação interessante: um membro defendia a visita de campo a três CSE e outro um estudo do universo, embora considerando que ambos não seriam viáveis no tempo previsto para um doutoramento. Dada a pertinência de ambas as propostas, resolveu-se executar as duas (visita a 3 CSE, e por telefone e correio eletrônico, abrangendo o restante do universo). O êxito da receptividade e participação dos entrevistados justificou tamanho empenho. Esperava-se entrevistar um gestor e um profissional que exercia atividade educativa por CSE e mais os recepcionistas dos 3 CSE visitados, o que totalizaria 37 profissionais, além dos usuários das visitas. Mas, a indicação de um profissional a outro, acarretou

que nas duas etapas de coleta de dados fossem entrevistados 62 profissionais; destes, 24 eram gestores, além de 32 questionários de usuários, totalizando 94 questionários. Como 3 respostas de profissionais foram excluídas, como já mencionado, ao final foram analisados 91 questionários, dos 17 Centros de Saúde Escola do Brasil, relacionados no Cnes, conforme mostra a tabela a seguir.

Tabela 4
Resultado dos questionários preenchidos nos
17 Centros de Saúde Escola do Brasil

Questionário	Entrevistado	Fase 3	Fase 4	Total
Completo e revisado	Gestor	7	16	23
	Profissional	8	13	21
	Sub total	15	29	44
Não revisado, mas analisado	Gestor	0	1	1
	Profissional	6	3	9
	Sub total	6	4	10
Revisão dispensada	Profissional	5	0	5
Excluído	Profissional	1	2	3
Total respondido e analisado ^(*)	Gestor	7	17	24
	Profissional	19	16	35
	Sub total gestor e profissional	26	33	59
	Usuário	32	0	32
	Total geral analisado	58	33	91

(*) Os questionários analisados correspondem ao total de respondidos, subtraídos os excluídos.

Fonte: Reis, Inês Nascimento de Carvalho. Espaços públicos invisíveis: perdas e conquistas na Promoção da Saúde. 2012.

A metodologia e a temática mobilizaram os participantes positivamente, percepção expressa não só pelo aumento de quase o dobro de entrevistas previstas para gestores e profissionais, mas também pela quantidade (71%) de questionários revisados pelos próprios, além dos bilhetes de agradecimento e incentivo que vieram acompanhando cada questionário (só 2 não o tinham). Quanto à revisão dos questionários, também se observou o compromisso com sua leitura e preenchimento, onde alguns tiveram acréscimos e alterações significativas nas respostas originais. Nestes casos, cabe destacar que foram consideradas somente as respostas enviadas após a revisão do entrevistado, mesmo tendo sido notadas algumas exclusões de conteúdo, como críticas a estrutura existente. Esta decisão obedece ao respeito às relações éticas.

O positivo compromisso da maioria dos entrevistados com a pesquisa realizada sugeriram algumas considerações. Pode ter ocorrido pela estratégia de persuasão utilizada pela pesquisadora, que buscou sensibilizar sobre a importância da temática, a garantia do sigilo e retorno dos resultados, pois, como bem destaca Minayo (2008), este momento de entrada no campo é crucial. Também pode ter sido pelo interesse na temática; e/ou pelo fato dos entrevistados pertencerem a CSE, que a priori devem estar acostumados a participar de atividades de pesquisa e ensino; ou por se sentirem valorizados por estarem sendo escutados. Tais comentários são apenas possibilidades que cabem ser mencionadas quando se pensa em futuras pesquisas sobre realidade análoga.

O êxito nas entrevistas aumenta o sentimento de responsabilidade social, científica e acadêmica sobre a análise e divulgação dos dados correspondentes.

4.3 **Critérios para análise e tratamento dos dados**

A análise de dados busca, principalmente, uma visão compreensiva, como esclarecida no primeiro item do presente capítulo. Tem-se a concepção de que posicionamentos podem representar uma visão polissêmica; permitem uma variedade de interpretações, em especial, quando se considera que nem sempre o que é dito, ou está escrito, expressa, claramente, o que o pesquisado queria dizer, dificultando identificar o limiar entre a objetivação e o simbólico. Por isso, o pesquisador deve deixar bem claro a sua posição ao longo da pesquisa e explicitar o contexto social e histórico em que ele e o participante estão envolvidos, pois até a inferência deve seguir uma operação lógica (Campos, 2004). Para sanar estas limitações, as ciências sociais têm distintas metodologias analíticas. Dentre elas está a análise de conteúdo que “é um conjunto de técnicas de análise das comunicações” (Bardin, 2010, p. 33), que busca o sentido ou os sentidos manifestos, como será visto, a seguir, com base em Marconi e Lakatos (2009), Minayo (2007 e 2008) e Laville e Dionne (1999).

A análise de conteúdo, como destaca Laville e Dionne (1999), não é um método rígido e persiste uma confusão em torno de seu conceito, o que contribui para a importância de deixar clara qual a proposta da presente pesquisa. Como

bem coloca Minayo (2008, p. 301), precisa-se evitar o que acontece com frequência em pesquisas, pois “tendem a ocultar a *alquimia* que usaram para transformar dados brutos em descobertas científicas.”

Existem várias modalidades de análise de conteúdo: lexical, de expressão, de relações, de enunciação e temática. Esta última, segundo Minayo (2008, p. 309 e 71), é a mais apropriada para as investigações qualitativas em saúde. Lembra que, antes se tinha uma visão epidemiológica, onde a demanda dos profissionais das ciências sociais era, predominantemente, para atender o campo médico, mas depois foram sendo solicitadas “análises mais aprofundadas das “variações sociais” da história das doenças”. A análise temática, como mostra esta autora (Minayo, 2008, p. 316), centra-se no tema, “consiste em descobrir os *núcleos dos sentidos* que compõem uma comunicação, cuja *presença* ou *frequência* signifiquem alguma coisa para o objeto analítico visado” (itálico da autora).

As modalidades de análise de conteúdo podem ter uma abordagem quantitativa e/ou qualitativa, ambas de maneira sistemática. Na primeira, o pesquisador quantifica os elementos reunidos em cada categoria (classe) a partir de apresentações numéricas, estando preocupado com a frequência destas. Na segunda, volta-se para a especificidade e as relações entre os elementos e seus significados, o que não aparece na quantificação. Destaca-se que a interpretação qualitativa tem, principalmente, dois modos ou estratégias de análise: emparelhamento (todos os dados são verificados quanto à correspondência com uma base teórica pré-definida); e construção iterativa de uma explicação (os dados são examinados, buscando inter-relações entre unidades e categorias para se construir uma explicação lógica). Portanto, ambas “não se opõem e podem até parecer complementares, cada uma ajudando à sua maneira o pesquisador a cumprir sua tarefa, que é a de extrair as significações essenciais da mensagem” (Laville e Dionne, 1999, p. 225).

Cabe esclarecer, como mostram Laville e Dionne (1999), que a primeira etapa da análise de conteúdo consiste em traduzir a essência de cada resposta em elementos, que vão constituir as unidades de análise (também chamadas de unidades de classificação ou de registro ou de sentido), ou seja, palavras, expressões, frases que se referem ao tema. Mas, os elementos também podem ser recortados direto em temas, o que pode aproximar mais o pesquisador do sentido do conteúdo, pois o obriga a deixar clara a essência de cada unidade.

Depois, com base nesses autores, as unidades devem ser ordenadas, ou seja, agrupadas, em um mesmo plano de sentido, formando conjuntos de unidades de análise, chamados de categorias, sendo que o conjunto destas pode transformar-se em tema. Para isto, os critérios de inclusão e exclusão de cada elemento devem ser: pertinentes (coerentes dentro de cada categoria); exaustivos (verifica a classificação e inclui os subelementos de classificação incerta); precisos (definidos com clareza para não variarem conforme as circunstâncias); e exclusivos (impossibilidade de que cada elemento esteja em mais de uma categoria). Para tal agrupamento, esclarecem que é importante a identificação do modelo que define o conjunto relacionado à categoria, sendo eles:

- aberto: as categorias não estão pré-fixadas e se formam durante o processo de análise;
- fechado: as categorias são pré-determinadas, baseadas em pontos de vista teóricos e em suas hipóteses, servindo para colocá-los à prova;
- misto: as categorias são pré-definidas teoricamente, mas o pesquisador pode modificá-las, ampliar, incluir ou suprimir alguma categoria que o estudo mostrou como importante, sendo uma junção dos dois modelos anteriores, e que foi adotado na presente Tese.

Cabe reforçar que para minimizar inferências e subjetividade da pesquisa social, foi oferecida aos entrevistados a revisão do instrumento preenchido por estes e as versões finais é que foram consideradas para composição dos elementos. A análise de conteúdo das perguntas abertas foi realizada a partir das seguintes etapas:

- leitura flutuante de todos os questionários, para ter uma visão de conjunto e particularidades;
- organização das perguntas por temas (promoção da saúde, atividade educativa e sala de espera) e por tipo de entrevistado de cada CSE (gestores, profissionais e usuários);
- leitura de cada resposta, codificando os dados brutos para alcançar o núcleo de compreensão do texto, chamando-os de elementos;

- quantificação dos elementos, após releitura do material, excluindo os elementos que estavam repetidos dentro do conjunto das respostas de cada entrevistado;
- classificação dos elementos, reagrupando e gerando subelementos, quando havia o detalhamento das informações que permitissem unidades de análise mais específicas;
- agrupamento dos elementos em categorias;
- quantificação dos agrupamentos superiores de análise (categorias ou elementos), após releitura do material, excluindo as eventuais duplas contagens de significados semelhantes nas interpretações dos agrupamentos inferiores (elementos ou subelementos);
- tratamento dos resultados obtidos e interpretação, a partir da estatística dos dados brutos, com retorno aos discursos, correlações dentro de cada discurso e deste com o conjunto, confrontando com o quadro teórico e os objetivos propostos.

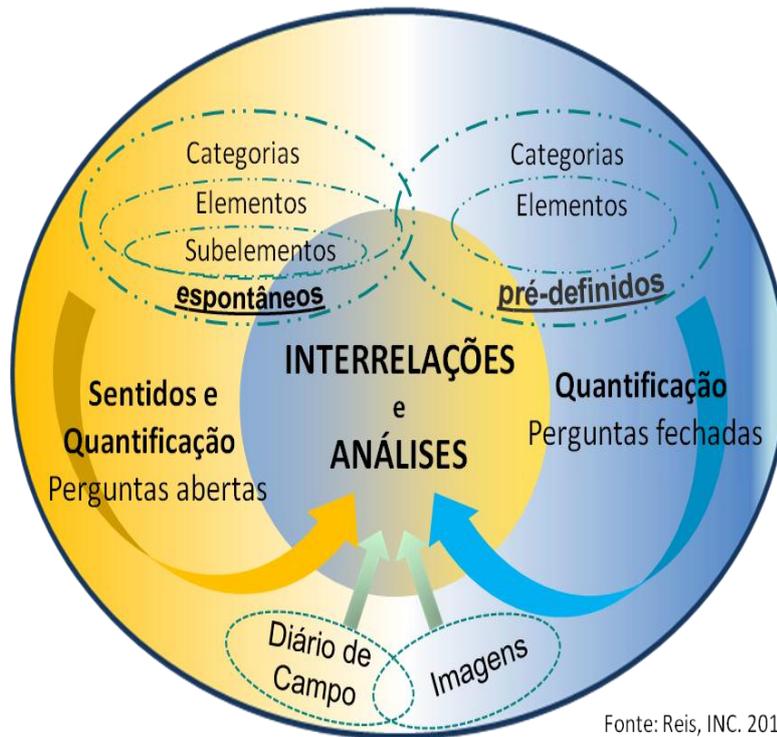
A análise final de todo o material coletado foi elaborada considerando:

- os resultados quantitativos e os discursos das respostas abertas;
- os resultados quantificados das respostas fechadas;
- a análise dos diários de campo, das fotografias e das filmagens, buscando uma visão de conjunto apenas para ampliar a compreensão dos resultados, podendo, no futuro, produzir novos estudos; e
- o contexto e o marco teórico apresentados nos capítulos 2 e 3 desta Tese.

Cabe destacar que, enquanto certos autores denominam as classificações de elementos, unidades de análise e categorias, a presente Tese chamou de subelementos, elementos e categorias, por considerar que desta forma o texto ficaria mais claro. Na busca de uma síntese, apresenta-se, a seguir, o esquema lógico de tratamento e análise dos dados utilizados na pesquisa de campo.

Figura 6

Esquema lógico de análise e tratamento dos dados



- Legenda:
- Pesquisa qualitativa com entrevistados
 - Pesquisa quantitativa com entrevistados
 - Observação científica do pesquisador

Fonte: Reis, Inês Nascimento de Carvalho. Espaços públicos invisíveis: perdas e conquistas na Promoção da Saúde. 2012.

Pretendeu-se, com a escolha metodológica adotada e a organização e análise dos dados realizadas, destacar a riqueza dos saberes de gestores, profissionais de saúde e usuários, além de mostrar a transparência do processo finito desta pesquisa, motivando novos conhecimentos e práticas. Para isto, foi essencial a postura permanente de garantir a espontaneidade dos entrevistados, evitando-se induzi-los a outros contextos que não fossem aqueles que vivenciaram e que julgaram relevantes.

5. Espaço Público: Promoção da Saúde e Sala de Espera dos Centros de Saúde Escola

Este capítulo pretende mostrar os principais resultados colhidos através de levantamentos on-line e em entrevistas com cidadãos, sejam gestores, outros profissionais de saúde e usuários do Sistema Único de Saúde (SUS). Como já citado, esta, como toda pesquisa social, é um recorte de uma dada realidade e de um momento histórico; o olhar sempre tem uma direção, por mais que se evite direcioná-lo, onde cada um representa um papel, e veste sua máscara no teatro da vida, como bem mostra Goffman (2005). Portanto, na busca de compreender as múltiplas vozes ouvidas, as pessoas e os lugares vistos, este capítulo apresentará: um item sobre o perfil dos entrevistados e dos 17 Centros de Saúde Escola (CSE) pesquisados; outro, que analisa os 91 questionários, focando as percepções referentes à promoção da saúde e atividades educativas; e um terceiro, especificamente, sobre a sala de espera.

Cabe destacar que a análise baseou-se no discurso que emergiu das perguntas abertas, isto é, aquele proveniente da fala espontânea do entrevistado, e também nos registros decorrentes de perguntas objetivas fechadas. As observações do diário de campo e registros de filmagens e fotografias complementaram o exercício interpretativo realizado.

5.1. Perfil dos entrevistados e dos Centros de Saúde Escola

Cabe iniciar o perfil dos entrevistados lembrando que os profissionais foram informantes chave e os usuários foram selecionados aleatoriamente, como já informado, totalizando 91 questionários, sem ser necessária a distribuição por estrato de sexo e idade. A tabela a seguir dá melhor visualização aos sujeitos participantes da pesquisa.

Tabela 5
Caracterização dos 91 questionários analisados
nos 17 Centros de Saúde Escola

Questionários analisados	Atividade do entrevistado	Nº	%
Gestor	trabalhou em atividade educativa	3	3
	não trabalhou em atividade educativa	21	23
Profissional	trabalhou em atividade educativa	21	23
	não trabalhou em atividade educativa	14	15
Total profissionais e gestores		59	64
Usuários		32	35
Total analisados		91	99

Fonte: Reis, Inês Nascimento de Carvalho. Espaços públicos invisíveis: perdas e conquistas na Promoção da Saúde. 2012.

Houve um predomínio de mulheres em todas as categorias entrevistadas (53): 83% gestoras, 92% profissionais que desenvolvem atividades educativas, 86% outras profissionais de saúde e 65% usuárias.

Quanto aos 24 gestores, 66% tinham mais de 10 anos de serviço, sendo que um continuava trabalhando mesmo aposentado e outros 2 estavam próximos a isto. 62% estavam em Função de Confiança há mais de dez anos. 19% eram chefes há menos de um ano, sendo que dois deles mostraram dificuldade em responder algumas perguntas e indicaram nomes para entrevistas com as chefias que consideravam estratégicas. Predominou a profissão de médico (61%), seguida de enfermeiro (30%) e não foram identificadas as outras duas profissões, por garantias éticas.

Entre os 21 profissionais que desenvolviam atividades educativas, 3 também eram gestores. Para que não fossem identificados, o perfil deles foi analisado no grupo de gestores, logo, o conjunto dos profissionais que desenvolviam atividades educativas foi de 17 pessoas. Perguntou-se sobre o tempo de trabalho no CSE: dos que forneceram informação, 23% tinha menos de 2 anos e a mesma proporção entre 10 e 20 anos; a maior parcela (37%) tinha entre 2 e 10 anos, e a menor (18%), mais de 20 anos, realidade distinta dos gestores. Pouco mais da metade tinha graduação profissional que forma para exercer atividades em grupo: assistente social (46%) e psicologia (8%). A enfermagem teve um destaque de 21%. Outras apareceram uma vez: médico, fisioterapeuta, nutricionista, técnico de enfermagem e agente comunitário de saúde. Nota-se a prevalência da profissão de assistente social, resultado distinto da pesquisa bibliográfica sobre sala de espera (capítulo 1 e apêndice 1), onde prevaleceram trabalhos desenvolvidos pela enfermagem. Isto sugere uma diferença entre a produção

assistencial e a acadêmica, e/ou um viés por haver um banco de dados on-line para a área de saúde, independente da área social.

Dos 14 profissionais entrevistados que não exerciam atividade educativa, 29% eram assistentes sociais e os outros 71% desempenhavam a função de acolhimento na porta de entrada do CSE (enfermeiro, auxiliar de enfermagem, agente de saúde, auxiliar administrativo e vigilante) e de ouvidoria. Metade estava no CSE há mais de 10 anos, 28% estava entre 2 e 10 anos, e poucos estavam há menos de um ano. Acredita-se que o conhecimento institucional e o tempo de serviço possam ter contribuído na qualidade das respostas.

Os 31 usuários entrevistados individualmente estavam, em sua maioria (74%), na fase adulta, entre 21 e 60 anos, havendo 6% no início da idade adulta e 19% na terceira idade. Residiam prioritariamente com filhos (32%), esposa e filhos (23%) e sozinhos (16%), morando uma minoria com pais e filhos (3%), pais (6%), esposa(o) (10%) e outros parentes e amigos (10%). Todos eram alfabetizados, sendo que 42% tinham o Ensino Fundamental completo e 19% incompleto, 26% o Ensino Médio e 13% a Graduação e a Pós-graduação. Quase metade não exercia atividade remunerada: 23% eram aposentados, licenciados ou pensionistas; e 23% donas de casa. Dos que trabalhavam fora da residência, 3 eram empregadas domésticas (10%), 2 eram servidores públicos (6%), e, do restante, houve uma ocorrência das seguintes profissões: costureira, bordadeira, balconista, comerciante, secretária, mecânico, técnico de segurança do trabalho, técnico de telecomunicações, serviços gerais, fiscal de obras e biscateiro. Somente um estava desempregado. Esses dados identificam um perfil social do segmento populacional com características de certa vulnerabilidade.

O perfil dos entrevistados validou a pertinência das falas, considerando o tempo de experiência e de convivência com o CSE, mostrando também diversidade e transparência, o que agrega confiabilidade ao material coletado.

A descrição dos 17 CSE foi elaborada a partir dos relatórios do Cnes (2009 e 2010), complementados pelas entrevistas com os gestores. Foi enriquecido com informações dos usuários entrevistados nas 3 visitas de campo realizadas. Além disso, procurou-se nos *websites* das instituições onde se vinculam os CSE (prefeituras, universidades e fundações), mas só em 74% deles constava a existência do CSE, enquanto nas instituições de ensino a citação foi maior (94%). A quantidade e a qualidade do conteúdo dos *websites* variaram: 26% forneceram

detalhamentos, 39% apresentaram um breve resumo, 18% só indicaram como contactá-los. Cabe ilustrar que alguns *websites* institucionais declararam as profissões e/ou os nomes dos trabalhadores dos CSE, sendo que 43% colocaram os horários das atividades a que se dedicavam e 12% identificaram formas de agendamento sem precisar ir ao CSE. Também disponibilizaram fotografias (43%), histórico (43%), notícias em geral (35%) e atividades de ensino e pesquisa (22%). Os CSE também apareceram em *websites* de outras instituições parceiras, em especial as Secretarias de Saúde que mapearam os recursos locais existentes. A disponibilidade de informações on-line destes serviços públicos de saúde mostra a política de transparência e divulgação das informações do Governo Federal (Brasil, 2010). Isto também reflete o movimento da “aldeia global”.

São Paulo concentrou 53% dos CSE do Brasil (9 no total), prevalecendo o interior do Estado. A outra concentração estava no restante do Sudeste (3), depois 2 no Sul e uma ocorrência em cada uma das demais regiões (Centro Oeste, Norte e Nordeste). Os contatos institucionais fornecidos no Cnes indicaram telefone (94%), fax e email (47% cada), e o único que não disponibilizou, tinha tais informações no *website* da instituição à qual era vinculado.

O Cnes mostrou que o atendimento dos CSE, preferencialmente, era apenas diurno (88%). As entrevistas com os gestores mostraram que 76% dos CSE abriam às 7:00 horas ou 7:30horas e os demais às 8 horas. A metade fechava às 17 horas, 18% às 18 horas, e o restante entre 19 horas e 21 horas. Um dos CSE visitados esclareceu ter o horário de fechamento às 21 horas para atender ao Programa dos Homens, o que estava sendo exitoso; por outro lado, interrompia a maioria de seus serviços durante o horário de almoço, alegando ser um hábito da cultura local. Isto mostra a não padronização no tempo de horário de funcionamento de cada instituição de saúde.

Segundo o Cnes, prevalecia a demanda espontânea e de referência (76%), e o restante atendia somente uma das duas modalidades (18% espontânea e 6% referenciada). Os gestores informaram que chegaram a atender até duas mil pessoas ao mês, em 36% dos CSE, e a mesma proporção até nove mil cidadãos ao mês. A maior demanda de atendimento, em todos os CSE, era para o médico.

Quanto ao acolhimento geral ao usuário, cabe ilustrar observações realizadas durante as visitas, segundo o diário de campo. Em dois CSE existiam recepcionistas que foram treinados para conhecer os trabalhos desenvolvidos por

todo o CSE; usavam jaleco com seu nome e cargo (um com a escrita na camisa “Posso ajudar?”); mostraram-se gentis, atentos, sempre andando e observando, à disposição para informações. Ambos os CSE tinham a presença de um segurança armado à distância. No outro CSE a recepção era feita por profissional atrás de balcão, sem vestimenta, nem crachá de identificação, com expressão séria em seu rosto; e com um segurança armado postado ao lado do balcão de atendimento. Chamou atenção essa diferença, sugerindo uma postura institucional de cuidado no acolhimento nos dois primeiros, desde o treinamento, à aparência de vestimenta e de expressão corporal, e à visibilidade da segurança do local, deixando evidente a possível influência das Políticas Nacionais de Humanização (Brasil, 2004) e de Atenção Básica em Saúde (Brasil, 2006 e 2012).

A maioria dos 17 CSE tinha atividade de acolhimento (71%). Esta era exercida por profissional de saúde (65%) e/ou zelador, vigilante ou porteiro (35%). Entre os profissionais de saúde que faziam atividade de acolhimento, 42% tinham cargo de nível intermediário, 29% cargo de nível superior, a mesma proporção tinham profissionais com os dois níveis de escolaridade. Poucos gestores especificaram a profissão destes acolhedores, sendo citadas as de enfermeiro, assistente social, auxiliar ou técnico de enfermagem e alguns utilizaram equipe multiprofissional.

Quanto à demanda espontânea, os gestores, de uma maneira geral, citaram que não tinham protocolo de classificação de risco (65%) ou, então, esse instrumento estava em fase de validação (18%), e os 3 que declararam possuí-lo, não o especificaram. Responderam que os usuários podiam chegar a qualquer hora do dia para o atendimento não agendado (71%), mas ainda assim, existiam aqueles que preferiam chegar cedo. Interessante observar que este resultado foi coerente com a informação de 65% dos usuários entrevistados.

A visita de campo encontrou três realidades sobre a organização da demanda espontânea dos CSE: usuários acordando de madrugada para entrar na fila e conseguir um número para atendimento; usuários chegando próximo ao horário de abertura do CSE; e chegando durante o dia. A organização dessas demandas ficava a cargo do próprio usuário, segundo a ordem de chegada, sendo que em dois CSE havia senha eletrônica, em funcionamento na entrada do serviço.

Quanto à rotina da recepção da demanda espontânea, cada CSE visitado tinha o seu procedimento próprio: triagem realizada por enfermeira que

encaminhava o usuário para abertura de prontuário, se houvesse necessidade de outros atendimentos no dia; triagem feita por técnica de enfermagem que solicitava supervisão do médico de plantão, em caso de necessidade de discussão sobre o atendimento, e ambos os profissionais assinavam o prontuário nestas situações; e triagem feita por enfermeiro ou médico, conforme a demanda do usuário ao setor de agendamento e arquivamento dos prontuários.

O acolhimento para o usuário agendar as consultas, nos três CSE visitados, era no próprio local de atendimento, e o tempo de espera por determinadas consultas superava um mês, podendo chegar a 4 meses, em dois dos CSE. Nos 3 CSE os profissionais do agendamento, diferente dos recepcionistas citados anteriormente, não usaram jaleco, nem crachá de identificação, tinham expressões sérias e encontraram dificuldade de tempo para serem entrevistados. Em um deles, a entrada do usuário para o agendamento era a mesma da demanda espontânea, motivo de fila durante a madrugada até a abertura do CSE. Este foi o único visitado com tal ocorrência, a recepção era em local pouco iluminado e com pequeno espaço frente ao quantitativo de pessoas, com poucos bancos e todos sem encosto. O profissional atendia sem identificação, através de guichê com vidro. Por outro lado, foi o único CSE onde havia, nesta recepção, cartazes com os horários disponíveis de todas as especialidades e a relação de profissionais que estavam de férias. Outro CSE acabara de ser reinaugurado e tinha sua recepção com instalações bem iluminadas, novas, em estilo despojado e moderno; todo o atendimento era informatizado, com uma central de regulação durante todo o dia, onde o usuário era atendido sentado, em guichês, e havia senhas eletrônicas para organização da demanda, gerando um aumento de barulho devido à campainha, motivo de queixa espontânea, de um usuário entrevistado. Outro CSE estava em obras de modernização e por isto deixou de ser analisado.

A realidade de usuários acordarem de madrugada e esperarem meses por um atendimento, como aqui retratado, reflete as constantes denúncias da mídia. A busca por soluções, através de agendamentos e senhas eletrônicas e uma recepção diferenciada, aponta para tentativas de melhoria.

Quanto à organização da consulta agendada, voltando aos gestores dos 17 CSE, estes informaram que predominava a chegada dos usuários próximo ao horário da consulta (59%) e a espera perfazia entre 30 e 60 minutos, como mostra a tabela a seguir. Esta espera era mais frequente no atendimento médico (49%),

depois no de enfermagem ou de outras profissões (31%) e o restante dos entrevistados aguardava este tempo em função da demanda espontânea (20%). Especificamente nos 3 CSE visitados, a forma de organização dos agendados era diferenciada: em dois, o usuário apresentava-se ao setor de arquivamento, retirava e transitava com seu prontuário até a última consulta, e nesta ocasião entregava o prontuário ao último profissional que o atendia e este o levava para ser arquivado; em outro CSE, o usuário também se apresentava ao setor de arquivamento, assinava folha onde constava a relação de todos os agendados do dia para que o profissional do setor retirasse o prontuário do “Saco do Dia”, como chamavam o envelope que os continha, que era entregue à enfermagem. Em todos os casos, os usuários, após informarem ao setor de agendamento que estavam no CSE, aguardavam o atendimento em sala de espera.

Tabela 6
Tempo aproximado de espera para atendimento nos 17 Centros de Saúde Escola, segundo informação dos gestores

Tempo de espera (minutos)	Fase 3 ^(*)		Fase 4 ^(*)		Total	
	N ^o	%	N ^o	%	N ^o	%
menor que 30	0	0	2	12	2	12
30 a 60	1	6	6	35	7	41
60 a 120	1	6	5	29	6	35
Maior que 120	1	6	0	0	1	6
sem informação	0	0	1	6	1	6
Total	3	18	14	82	17	100

(*) Fase 3 corresponde a 3 CSE visitados e fase 4 significa 14 CSE contatados por telefone e por correio eletrônico.

Fonte: Reis, Inês Nascimento de Carvalho. Espaços públicos invisíveis: perdas e conquistas na Promoção da Saúde. 2012.

Destaca-se que os resultados das entrevistas dos usuários dos 3 CSE visitados foram coerentes com o informado pelos gestores dos 17 CSE pesquisados, considerando que 53% declararam esperar até 1 hora pelo atendimento e predominou o aguardar pelo médico (49%). Somente 25% queixaram-se da demora, como ilustrado na fala abaixo:

- “Faz muita hora, acho isso um descaso, ficar esperando tanto tempo. Acho que não há muitos atendimentos e há demora por pouco caso e por costume, pois como dizem: quem tem pouco reclama pouco para não ficar sem nada. Meu pai vem de madrugada para conseguir a ficha para marcar um horário, então, só volto meia hora antes do atendimento. Mesmo assim, normalmente, espero mais duas horas, mas pelo menos sou atendida. Os médicos fazem isso porque jamais foram atendidos em um posto de saúde.”

Nas perguntas abertas para os usuários dos CSE visitados, obtiveram-se percepções sobre o atendimento em geral e o acolhimento do CSE. Metade dos usuários classificou espontaneamente o CSE como muito bom e bom; por outro lado, 41% citaram “péssimo”, “regular” e “não muito bom”, dado similar ao relatório elaborado pela OPAS (2011). Os homens foram proporcionalmente mais críticos que as mulheres.

O resultado quanto à qualidade da atenção foi divergente. Metade dos usuários destacou que os profissionais foram sempre atenciosos, respeitosos, cuidadosos e resolutivos. Enquanto 19% não se sentiram bem tratados e se queixaram de profissionais desatenciosos, sendo que mais 9% acharam que deveriam receber mais informações. Isto pode ser ilustrado nas seguintes falas:

- “Aqui tem sempre coisas a mais. Vim para cuidar do estômago e viram a pressão, o peso e convidaram para a palestra.”
- “É ótimo, estou sendo cuidado e ainda aprendo a cuidar também.”
- “Poderia ter uma enfermeira para orientar sobre os exames, remédios, tipos de atendimentos”.
- “Há profissionais despreparados. Deveríamos ser mais bem tratados. Fica clara a necessidade de um trabalho mais humano e de acordo com a demanda, como no caso dos idosos; poderiam fazer grupos só com idosos e não misturar idosos na palestra de aleitamento, por exemplo.”

A fala dos entrevistados sugere que há necessidade de maior investimento na organização dos atendimentos para diminuir o tempo de espera e no desenvolvimento dos recursos humanos no tocante ao previsto na PNHS (Brasil, 2004) e PNABS (Brasil, 2012).

Nos 3 CSE visitados procurou-se conhecer a percepção dos usuários sobre o acolhimento do ambiente, mas este será mais detalhado no item específico sobre a sala de espera, a fim de contribuir com uma visão de conjunto do local. Entretanto, já se adianta que os gestores dos 17 CSE informaram que todos tinham cadeiras suficientes para os usuários aguardarem sentados, a maioria tinha placas de sinalização e de indicação de saída de emergência, poucos tinham painéis para cartazes informativos, quase todos tinham banheiro coletivo e bebedouro próximo ao local de espera, e na metade havia caixas de sugestões.

Quanto aos recursos humanos, através do Cnes (2009 e 2010), constatou-se que cada um quarto de todos os 17 CSE tinham: até 20 trabalhadores, entre 21 e 50 funcionários, entre 51 e 100, mais de 100. O apêndice 12 detalha as profissões dos recursos humanos dos CSE por região do país. Nesta informação estavam

incluídos os alunos, em 18% dos CSE, mostrando que não há uma padronização no preenchimento do banco de dados, uma vez que vários outros CSE também tinham alunos e não estavam registrados no Cnes. A média de profissionais por CSE foi maior para os cargos de nível intermediário (30), em decorrência, principalmente da equipe de enfermagem e administrativa. Nos cargos de nível superior, prevaleceram os médicos, com uma média de 25 por CSE, similar à média da região Sudeste. As outras profissões mais encontradas foram: enfermagem (88%), dentista (76%), psicólogo (71%), assistente social (65%), sendo a média de 20 profissionais por CSE, também similar à região Sudeste. Os CSE tinham profissionais trabalhando em carga horária semanal diversificada: 40 e 20 horas (todos os CSE); 30 horas (88%); inferior a 20 horas (76%), o que apareceu especialmente nos CSE que declararam seus alunos. Os vínculos trabalhistas variaram, inclusive dentro dos próprios CSE: 82% eram estatutários, 76% outros vínculos formais e 18% informais. Isso pode apontar uma vulnerabilidade no âmbito do trabalho, considerando haver, dentro das equipes, regimes diferenciados para profissões iguais.

Nas visitas de campo, no diálogo com os gestores, não se observou uma política de desenvolvimento de recursos humanos e nem uma proposta de educação permanente ou continuada para seus trabalhadores, nos dois CSE municipalizados recentemente: informaram que as iniciativas eram pessoais; um dos entrevistados informou que se sentiria tecnicamente mais seguro para desempenhar suas atividades, e teria melhor perspectiva salarial, se houvesse feito cursos de aperfeiçoamento, o que era inviável frente à demanda assistencial. Os treinamentos eram definidos pela Secretaria Municipal de Saúde. O CSE que pertencia à universidade tinha uma política de educação permanente, inclusive fazia duas reuniões mensais com todos os profissionais, para integrarem os conhecimentos e terem uma visão multidisciplinar; faziam também encontros específicos entre o Serviço Social e a Pedagogia com as demais categorias profissionais, para supervisão de casos, além de instrumentalizar e proporcionar maior independência das equipes, especialmente da Saúde da Família. Cabe destacar que a preocupação com a qualidade dos recursos humanos tem sido expressa através da Política Nacional de Atenção Básica (Brasil, 2012), da Política Nacional de Educação Permanente em Saúde (Brasil, 2007), que tem acarretado em investimentos específicos, como o PROESF (Projeto de Expansão e

Consolidação do Programa Saúde da Família - DAB, 2011). Mas, como antes mostrado, esta é uma realidade que precisa ser aprimorada.

Foi verificada, através do Cnes, uma extensa relação de serviços oferecidos nos 17 CSE, como mostrado no apêndice 13 e aqui resumido: clínicas básicas (41%), especializadas (47%), não médicas (88%), odontologia (76%), curativo (82%), imunização (65%), nebulização (47%), repouso indiferenciado (29%) e pediátrico (24%), eletrocardiograma (71%), laboratório clínico (47%) e gráfico dinâmico (59%), farmácia (71%), serviço social (59%), e serviços especializados (tuberculose – 71%, pré-natal – 59%, tabagismo – 24%, vigilância em saúde – 41%).

Nas 3 visitas de campo perguntou-se a opinião dos usuários sobre a infraestrutura e a organização dos serviços. Cada pessoa que comentou a respeito mencionou como aspectos positivos (22%): ter exames agendados por telefone, inclusive, com telefonema para a residência confirmando a data do exame, apesar de nem sempre este acontecer quando é feito fora do CSE; haver médicos e dentistas; poder chegar a qualquer hora para ser atendido; e haver instalações confortáveis. Quase a mesma proporção (25%) achou o oposto, mas por razões diferentes: a entrada era apertada (1), a recepção era “bagunçada” (1), a fila de agendamento era grande (2), os banheiros e cadeiras tinham peças quebradas (2), faltava mais médico e enfermeiro (2) e não atendia nenhuma emergência (1). Cabe esclarecer que os aspectos positivos foram mais encontrados no CSE que havia sido reformado recentemente. Os pontos criticados foram confirmados e registrados pela pesquisadora e os gestores tinham ciência. Destaca que um dos CSE estava em obra e o outro a pleiteava. Interessante observar que os usuários não demonstraram articulação para o enfrentamento de suas queixas e não conheciam as instâncias participativas existentes em 2 dos CSE, sugerindo um distanciamento do controle social proposto pelo SUS e explicitado também na Política Nacional de Promoção da Saúde (Brasil, 2006) e de Atenção Básica (Brasil, 2011).

No levantamento geral do Cnes verificou-se que 54% dos CSE tinham vínculo com a Prefeitura, sendo considerados Unidades Auxiliares de Ensino, e 47% tinham com instituição de ensino, sendo considerados Unidades Universitárias. Interessante perceber algumas alterações, quando se entrevistou os gestores: 88% declararam ter uma gestão municipal e 12% duplas (municipal e

estadual), mas a esfera administrativa variava (65% eram municipais, 18% estaduais, 12% federais e 6% particular). Nota-se que desde que se começou a observar o Cnes, em 2009, este quadro está mudando, cabendo destacar que três CSE, quando foram municipalizados, perderam o nome “Escola”, como será apresentado adiante.

Esta instabilidade de manutenção como Centro de Saúde Escola foi percebida durante a fase inicial de contato telefônico com os 22 CSE (2ª etapa), o que acarretou incluir, no instrumento de coleta de dados, uma pergunta fechada sobre organograma do CSE, e outra aberta sobre a condição para se manter CS Escola. O estudo nos 17 CSE (3ª e 4ª etapas) mostrou que 53% destes tinham a coordenação de ensino e pesquisa juntos, 18% tinham somente de Ensino e 29% não tinham nenhuma das duas coordenações. Entretanto, todos declararam receber alunos e 88% tinham atividades relacionadas à pesquisa. Este resultado pode ser complementado especialmente pelas visitas de campo a 3 CSE, onde um CSE tinha a coordenação de ensino e pesquisa conjunta e sólida; outro havia acabado de retomar esta coordenação na nova gestão, o que não era conhecido por todos os profissionais entrevistados; e outro não tinha esta coordenação e o controle da produção era completamente exercido pela universidade conveniada.

Na análise sobre a pergunta aberta aos gestores dos 17 CSE, exceto um que se absteve de detalhar, mas todos mencionaram o momento de indefinição do papel dos CSE, inclusive os que se consideraram fortalecidos enquanto escola, na época da entrevista. Como mostra a tabela, 59% estavam em crise na fase de coleta de dados, incluindo os 18% que deixaram de levar o nome “escola”, embora todos continuassem a receber alunos, sendo que um deles foi informado, na entrevista, que no Cnes 2009, constava o nome “escola” e no 2010, não mais.

Tabela 7

Situação de gerência dos 17 Centros de Saúde Escola de acordo com o tipo de instituição gestora

Missão do Centro de Saúde Escola \ Gestão	Instituição de Ensino		Município		Parceria		Total	
	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%
Fortalecida como escola	3	18	0	0	4	24	7	41
Em crise	5	29	0	0	2	12	7	41
Deixou de ser escola	0	0	3 ^(*)	18	0	0	3	18
Total	8	47	3	18	6	36	17	101

(*) Eram de instituição de ensino e foram municipalizados, sendo que 2 não foram comunicados previamente.

Fonte: Reis, Inês Nascimento de Carvalho. Espaços públicos invisíveis: perdas e conquistas na Promoção da Saúde. 2012.

Cabe destacar algumas considerações sobre a crise que se observa em mais da metade dos CSE. Buscou-se uma compreensão histórica e identificou-se a data de criação de 13 CSE, sendo que 76% eram anteriores à existência do SUS, ou seja, antes da proposta de municipalização da ABS. Durante as entrevistas, alguns gestores informaram terem participado, direta ou indiretamente da criação do SUS. Dos 47% de CSE que pertenciam exclusivamente a instituição de ensino, 29% estavam em crise no momento da pesquisa; e dos 36% que já atuavam em parceria com a Secretaria Municipal de Saúde, a maioria sentia-se fortalecido como “escola”. A fala a seguir ilustra esta realidade:

- “Antes era só Centro de Saúde Escola (CSE), agora é ABS-CSE. Antes havia limites, pois só podiam oferecer o que a universidade tinha, agora aumentou a carga horária, há mais profissionais e todos estão preparados para receber os alunos, até os profissionais da Secretaria Municipal de Saúde (SMS). Os medicamentos vêm da SMS, o material, manutenção e equipamentos são divididos. A chefia continua sendo da universidade, mas ela é que foi buscar a parceria. Ter uma Unidade Escola é tão importante para a população, quanto para o Município, quanto para a Universidade, porque há um diferencial no acolhimento, no atendimento e a população acha bom e quer vir para cá.”

As falas dos gestores dos 17 CSE foram coerentes e complementares, como se fosse uma conversa, onde um ia concordando e/ou complementando a fala do outro. Ficou notória a ausência de uma discussão prévia sobre o papel do CSE na rede de saúde, especialmente por parte do Ministério da Saúde, face à predominância da desarticulação entre as Secretarias Municipais e Estaduais de Saúde e as instituições de ensino, onde prevalecem interesses diferenciados. Um motivo apresentado para a disputa está relacionado à partilha da responsabilidade na manutenção dos CSE: uma vez que as instituições de ensino se interessavam

por atividades em campos de ensino e pesquisa, estas acabavam custeando o atendimento à população, o que deveria ser assumido pelo município, acarretando, por isso, uma disputa pela gestão do processo. Citaram que esta situação era agravada quando havia interferência político-partidária nas decisões. Destacaram que a crise tornou-se mais acentuada quando o Ministério da Saúde priorizou a implantação da Estratégia da Saúde da Família (ESF), trazendo mudanças significativas na organização da ABS e, conseqüente redundância entre CSE, ESF e Nasf. A presença de discentes e estagiários, defendida sob o argumento da necessidade de educação para viver a realidade como ela é, em complemento ao estudar serviços e atendimentos modelares, contribuiu para que fosse criado o Pró-Saúde (2011), já citado, fortalecendo a proposta de criação de uma rede-escola. A disputa também teve um caráter técnico, para 2 dos CSE, como exemplificado a seguir:

- “O CSE era da Faculdade (...). Depois o CSE foi municipalizado e não tem nada perto nesta região, o que justifica sua manutenção. O fato de existirem funcionários da prefeitura no CSE faz com que a população o enxergue como municipal. Ele tem um convênio com a Faculdade (que precisa de campo para o aluno, apesar de, atualmente, ter outros lugares também), através do Pró-Saúde, que manda verbas específicas para reforma, material permanente, entre outros... A faculdade mantém alguns dos profissionais que atendem no CSE e a prefeitura mantém outros; no entanto, os recursos materiais e bens de consumo (água, luz, telefone, provedor...) são mantidos pela Prefeitura. (...) Isto trás interesse para a SMS, pois se a Faculdade sair da rede terão que repor pessoal e arcar com esta despesa. O CSE (...) foi mantido, pois já está acostumado com alunos e é perto da Faculdade, apesar da pressão da SMS, que queria que os distritos mais pobres tivessem unidade escola. Os médicos preceptores do CSE também são docentes da Faculdade (...). O CSE está cada vez mais restringido, o que não é fácil de entender, parece uma disputa de poder, e a SMS quer provar que a Faculdade não fez um modelo de Centro de Saúde e que a SMS pode fazer melhor, mas isso acaba prejudicando o acolhimento e o desenvolvimento do aluno. Parece que tanto faz para o trabalhador, se é Centro de Saúde Escola ou não, parece que há um comodismo e preferem não mexer nesta caixa de abelha, que já foi bem mexida, ainda mais que muitos têm vínculo empregatício frágil, logo, não querem ir contra o patrão. A Faculdade também não avisa quando o aluno vem, o que também dificulta o trabalho. Acho que tem que existir Centro de Saúde Escola, pois tem que ter unidade preparada para receber o aluno, pois há lugares que nem querem recebê-lo, e é importante o aluno ser bem recebido – a Faculdade está aberta para o novo, para pesquisa, e será que a SMS quer trabalhar com “pilotos”, coisas diferentes da rede? Hoje, há unidades até mais preparadas, pois recebem alunos de faculdades particulares (...). A manutenção do CSE como escola está assegurada pelo Pró-Saúde, mas vivem querendo nos fazer virar uma ABS simplesmente.”

A fala exposta, complementada com o testemunho de outros gestores, mostra os limites das pactuações e a indefinição de uma política de

desenvolvimento de recursos humanos que fortaleça o SUS, fato agravado pelo incentivo à terceirização de mão de obra, que tem vínculos trabalhistas mais frágeis, além de instituírem-se relações trabalhistas desiguais para os mesmos cargos e responsabilidades.

Outros aspectos citados como prejudiciais à estabilidade dos CSE foram que algumas instituições de ensino, além de pressionarem para que o município arcasse com despesas, valorizaram e investiram mais na formação de unidades hospitalares; ampliaram campos de estágio para outras ABS que tinham ESF; e não incentivaram os CSE a ocuparem uma posição hierárquica que favorecesse a divulgação e ampliação destes como campo de ensino e pesquisa. Somente três CSE citaram que deveriam ter-se dedicado à autopromoção, divulgando a importância de sua existência na rede, tanto para a assistência, quanto para o ensino, a pesquisa e a interferência em políticas públicas.

Ficou evidente, no conjunto dos CSE, a ausência de políticas públicas, fóruns de diálogo e transparência para maximizar recursos de fortalecimento do SUS, para a formação de profissionais qualificados para o Sistema e para ampliar os benefícios à população. Assim é que, por exemplo, a implantação de um serviço de Saúde da Família pode exigir anos de luta de uma comunidade, e, se as estratégias não se derem através do diálogo transparente e de parcerias frutíferas para soma de esforços para o bem comum, poderá haver disputas de processos de trabalho, duplicações de funções e outras interferências, inclusive nas rotinas de sistemas de informação e de vigilância epidemiológica, entre outras.

Por outro lado, os gestores deixaram clara a importância da existência dos CSE para o SUS e opinaram sobre a necessidade de participar no processo de discussão e planejamento da rede-escola, enfatizando que as responsabilidades financeiras e administrativas deveriam ser pactuadas e formalizadas, para que os sistemas locais não ficassem à mercê de momentos políticos. Destacaram a necessidade de se fortalecer o compromisso com ensino-pesquisa-serviço-comunidade, e a proximidade entre o processo de trabalho e a formação profissional, tanto para os cursos técnicos, como os de graduação e pós-graduação. Reforçaram que as instituições de ensino precisam de serviços com infraestrutura e profissionais tecnicamente preparados, além de necessitar de regularidade e de abertura para receber um quantitativo expressivo de alunos e pesquisadores; isto não vinha ocorrendo com alguns convênios municipais, gerando insegurança no

meio acadêmico. Apontaram que, *a priori*, os serviços não estavam preparados para receber alunos; que as SMS não tinham entre seus objetivos a valorização do ensino, da pesquisa e do desenvolvimento tecnológico; nem todo profissional tinha perfil e/ou desejava ser preceptor, agravado pelo fato de que a sua produção era centrada, principalmente, no quantitativo assistencial, sem tempo para as demais atividades. Mas, a importância da formação de alunos foi valorizada pelos entrevistados. A fala abaixo confirmou isso:

- “Os CSE pertenciam ao SIES (Serviço de Integração Escola Serviços). Na década de 90, criou-se a rede de CSE no Estado de São Paulo, por serem entendidos como centros colaboradores para tecnologia na Atenção Básica. Mas, hoje, como defende Gastão Wagner, deve-se ter uma rede-escola, e não somente centros de excelência. Temos que repensar os campos de ensino e pesquisa. Não há necessidade de criar estes lócus privilegiados [rede-escola], se eles já existem [CSE], mas isso não está acontecendo nas discussões entre Escola, Município e Estado. As Unidades Escolas podem acontecer em outros locais, mas é importante comprometer a Escola, pois se acabarmos [CSE] vai ficar um lapso a ser preenchido. O Pró-Saúde possibilitou adequar o CSE. Há quem confunda política nacional com questões partidárias, o que atrapalha a discussão. O CSE é um desafio e constrói a reforma sanitária que temos que enfrentar, redirecionar, porque seu papel não pode deixar de ser assumido, e se puder ampliar essa discussão para outros Centros de Saúde Escola é melhor ainda, o Ministério da Saúde poderia assumir isso. A discussão está isolada e se perdendo, será bom se a Fiocruz entrar e encabeçar isto.”

Outro depoimento também é destacado para ilustrar os conflitos existentes:

- “A Secretaria Estadual de Saúde de São Paulo municipalizou todos os seus Centro de Saúde. Os Centros de Saúde Escola são ligados às Faculdades de Medicina e (...) estes não foram municipalizados. Há um caso interessante (...) em que o CSE da Faculdade (...) foi municipalizado, mas a gestão de todos os serviços das ABS ficaram sob a gerência da Faculdade. A Secretaria Municipal também está levando os alunos para os outros Centros de Saúde e os CSE estão acabando. Mas essa nova filosofia de que qualquer ABS pode fazer ensino é falsa, pois nem todos os profissionais são bons professores/profissionais, para receber alunos. O nosso CSE não acabou porque é o único da área e a demanda é reprimida. Os CSE têm um papel importante no ensino, na pesquisa e em inovação de tecnologia mais apropriada para a assistência do que as ABS das Secretarias Municipais. Estas trabalham por produção, não têm tempo para ensino, principalmente de qualidade. Os gestores pensam que seus médicos dão conta de fazer assistência e ensinar, mas eles não conseguem fazer bem as duas atividades. Não tem como ser rede-escola se a prioridade é a produção quantitativa. Essa ideia se propaga no Conass, onde dizem que somos desnecessários.” (os parênteses representaram a supressão dos nomes das instituições)

Os gestores indicaram a importância de parcerias sólidas para o SUS, onde os profissionais dos CSE têm experiência e riqueza para colaborar com as SMS, o que deve ser enfrentado junto com o Ministério da Saúde; isto porque a rede-

escola está em formação e a ausência de CSE poderá prejudicar a qualidade do ensino e da pesquisa, enquanto a rede-escola não se estrutura. A pesquisadora completa ainda que o diálogo, o respeito à diversidade, o foco sobre o cidadão e a formação de profissionais qualificados, para o fortalecimento do SUS, são fundamentais. E ainda, os CSE deveriam ser participantes ativos, pois a demanda da população está reprimida e há trabalho para todos. Uma ampla discussão coordenada por instância federal, com avaliação e monitoramento deste processo de transição, pode ser frutífera para o SUS.

5.2

Percepções dos entrevistados sobre a Promoção da Saúde

A crença na importância da Promoção da Saúde para o SUS motivou que a presente pesquisa buscasse compreender a percepção de gestores, profissionais e usuários entrevistados (total de 91) sobre este tema. Para isto, analisou-se a resposta da seguinte pergunta: “o que é Promoção da Saúde para você?”. Procurou-se, também, saber o que são atividades educativas para eles, considerando a sua proximidade e correlação com a Promoção da Saúde. Assim, fez-se um mapeamento de todos os 17 Centros de Saúde Escola no Brasil, dando visibilidade às percepções dos entrevistados no tocante aos conceitos e práticas relacionadas com a Promoção da Saúde.

Cabe logo esclarecer que as falas foram analisadas individualmente e a partir delas foram identificados seus elementos, como previsto na metodologia. Não houve uma diferença significativa de percepções entre gestores e demais profissionais de saúde, considerando que os primeiros também já haviam exercido funções assistenciais, e, em alguns casos, continuavam exercendo no momento da entrevista. Portanto, nas tabulações e análises, ambos foram agrupados, e os usuários foram diferenciados.

As ideias colhidas geraram 7 categorias distintas de percepção dos entrevistados, sendo que correspondiam aos 5 campos da Promoção da Saúde: valorização de políticas públicas saudáveis, criação de ambientes favoráveis à saúde, reorientação dos sistemas de saúde, reforço de ações comunitárias e

desenvolvimento de habilidades pessoais; e duas outras correspondem aos achados específicos identificados nas entrevistas. A tabela a seguir sintetiza a percepção dos entrevistados. Cabe destacar que as categorias e os elementos entrelaçaram-se com frequência, como será mostrado.

Tabela 8

Percepção sobre a Promoção da Saúde para gestores, profissionais e usuários nos 17 Centros de Saúde Escola do Brasil^(*)

Categoria	Elemento	Gestor e profissional		Usuário		Total	
		Nº	% (N=59)	Nº	% (N=32)	Nº	% (N=91)
Englobar políticas públicas		4	7	0	0	4	4
Contribuir para criação de ambientes favoráveis à saúde	diminuir riscos e vulnerabilidades	5	8	0	0	5	5
	ter infra estrutura pública adequada	8	14	0	0	8	9
	incluir as dimensões acima e as sociais	5	8	0	0	5	5
Realizar a reorientação dos sistemas e serviços de saúde	ampliar o SUS às necessidades locais	7	12	3	6	10	11
	desenvolver ações extra muro	7	12	0	0	7	8
	promover a intersetorialidade	3	5	0	0	3	3
	prestar atendimento integral à saúde	7	12	0	0	7	8
	atender adequadamente ao público	3	5	7	22	10	11
Reforçar ações comunitárias	promover o exercício da cidadania	1	2	1	3	2	2
	fortalecer o <i>empoderamento</i> popular	4	7	0	0	4	4
	aumentar a inserção social	6	10	0	0	6	6
Incentivar o desenvolvimento de habilidades pessoais	adotar estilo de vida saudável	27	46	3	9	30	33
	cuidar da saúde	14	24	15	47	29	32
Desenvolver atividades educativas e informativas		11	19	3	9	14	15
Focalizar no adoecimento	prevenir doença	20	34	9	28	29	32
	diagnosticar e tratar doença	8	14	10	31	18	20

(*) Tabela elaborada a partir do discurso espontâneo, e não induzido, dos entrevistados, refletindo a percepção deles estritamente contextual, ao discursar sobre o presente tema.

Fonte: Reis, Inês Nascimento de Carvalho. Espaços públicos invisíveis: perdas e conquistas na Promoção da Saúde. 2012.

Quando analisado o conjunto das 7 categorias, verificou-se que 48% dos profissionais e 59% dos usuários correlacionaram a Promoção da Saúde com o adocimento. Interessante é que a proporção de profissionais que incluíram em sua definição aspectos referentes à prevenção (34%) foi próximo à dos usuários (28%). Por outro lado, quando mencionada a busca por diagnóstico ou tratamento foi maior a diferença entre usuários (31%) e profissionais (14%). O fato de profissionais incluírem a prevenção e o tratamento de doença, somado à declaração de que ambos os termos confundem-se (8%), lembra o posicionamento de Campos (2006), que considera desnecessário separar a Clínica e a Promoção da Saúde. A doutoranda acredita neste posicionamento, no fortalecimento e na soma de esforços, frente à questão social e aos problemas relacionados ao adocimento, que precisam ser enfrentados. Isto foi denunciado pelos cidadãos que estavam preocupados com a possibilidade do adoecer e queriam suas necessidades atendidas, como mostraram as seguintes falas:

- “É cuidar da saúde, ir ao médico. Primeiro a saúde, depois o serviço, assim a gente não fica muito doente.”
- “É fazer exames preventivos, e não é só quando estamos doentes. Os postos foram divididos e criaram a AMA, a Assistência Médica Ambulatorial, mas ela não ama, lá só faz exame se estiver passando mal.”

Os profissionais (29%) citaram simultaneamente ambos os modelos, o Biomédico e o de Promoção da Saúde, em vários aspectos, e 25% ainda incluíram uma visão ampliada de saúde, fato que aconteceu com somente um usuário. Isto corroborou o pensamento de Campos (2006). O depoimento, a seguir, ilustra o relacionamento desses dois modelos:

- “A promoção está muito ligada à prevenção, apesar de estar separada pela etimologia. Aqui, umas equipes ficaram com a prevenção e outras com a promoção; a primeira dedica-se mais à escuta e ações mais mecânicas e interventivas, como vacinação e sala de espera, tudo muito centrado nas profissões de origem “bio”, apesar de estarem ligadas à prevenção também. A promoção está mais ligada a atividades educativas, executada pelo serviço social, a psicologia, a nutrição, através de trabalhos em escolas, usando estratégias como palestras e grupos temáticos, saindo dos locais de trabalho, dos serviços de saúde, para fora, para escolas, associações, inclusive à noite, mas esta não é uma opinião hegemônica, é de pequenos coletivos de profissionais. Mas, acho que a promoção e a prevenção estão ligadas e foi um equívoco fazerem a separação, ficando a promoção mais na cabeça dos médicos e enfermeiros. Se previne, então promove. O que salva a população, é que ela não faz essa separação, ela consegue saber que tipos de ações, de linha de atendimento, estão fazendo naquela atuação.”

Outros depoimentos também foram destacados como apresentando a convivência com os modelos de atenção:

- “É evitar doença, agir antes de ela estar instalada. É lidar com aspectos anteriores [à doença], como atos políticos, moradia, saneamento.”
- “Eu acho que é trabalhar com as condições devidas das pessoas, não só com a prevenção e a doença. É bem mais ampla e considera um conceito ampliado de saúde. É trabalhar com a moradia, o emprego, o lazer, a educação. É trabalhar não só com as questões de saúde, mas articulada com outras ações intersetoriais.” – está foi uma das três falas que citaram as ações intersetoriais na definição.

Somente 7% dos profissionais incorporaram as políticas públicas quando definiram Promoção da Saúde, mas não correlacionaram a proposta de políticas públicas saudáveis onde há integração dos diversos segmentos do Governo e da sociedade. Somente um deles citou a intersectorialidade. Este achado mostra que, espontaneamente, não está incorporado um conceito de saúde que delegue aos gestores e profissionais ações articuladoras mais abrangentes, como preconizado nos documentos nacionais e internacionais.

Quanto às políticas públicas, foi perguntado aos profissionais que desenvolviam atividades educativas se eles identificavam incentivos das políticas nacionais nas ações de sala de espera e outras: 54% e 67%, respectivamente, declararam não perceber. Mas, das três políticas abordadas (ABS, Promoção da Saúde e Humanização), a Política Nacional de Promoção da Saúde foi a mais citada (38%), alegando o fornecimento de recursos didáticos (folhetos e, em dois casos, multimídias). Os gestores e outros profissionais também analisaram a questão e poucos acharam que as ações acontecem exclusivamente por mérito pessoal (5%) e que não só o governo não incentivava (7%), mas ainda fazia com que as políticas dividissem esforços, ao invés de somar (2%). Por outro lado, foi citado que estas contribuíram para o financiamento de projetos (5%), compra de equipamentos (8%), capacitação profissional (5%), melhoria na criatividade profissional (3%) e no acolhimento (3%), e valorização de instituição de ensino na ABS (5%).

Nenhum usuário incluiu políticas públicas em sua definição. Pelo contrário, na entrevista que foi realizada em grupo, e com uma característica de diálogo, no momento da despedida surgiu o seguinte questionamento sobre a fala dos pesquisadores, quando estes se apresentaram:

- “Vocês falaram nessas políticas do Ministério da Saúde, mas a gente não percebeu de qual partido vocês estão fazendo campanha.”

Cabe mencionar que a visita de campo foi realizada três meses antes da eleição para presidente da República e governadores dos estados. Então, os pesquisadores voltaram a sentar-se e conversar sobre a diferença entre as políticas de saúde, que citaram, e as partidárias, destacando como um direito do cidadão a isenção de políticas partidárias em um ato profissional e científico.

A criação de ambientes favoráveis à saúde foi inserida ao definirem a Promoção da Saúde. Nesta categoria, os discursos incluíram a necessidade de diminuir riscos e situações de vulnerabilidade (8%). Todas as falas deste elemento apareceram associadas ao “atendimento integral à saúde”, da categoria “reorientação do serviço”, mostrando uma definição abrangente, como destacado nas citações a seguir:

- “É proporcionar uma atenção integral, considerando todos os determinantes sociais que interferem no processo de saúde e doença. Para efetivar esta atenção, o nível primário dispõe de várias estratégias e uma delas é a sala de espera.”
- “É a integralidade da atenção, sendo fundamental na etapa do cuidado com as pessoas, que devem ser olhadas pela instituição, profissionais, gestores. O cuidado deve considerar a família e o seu entorno, e contribuir para a autonomia e o empoderamento das pessoas, bem diferente do modelo curativo, em que você é passivo. O planejamento deve ver o perfil da comunidade. Na Promoção da Saúde dá-se visibilidade aos fatores que colocam a saúde da população em risco e criam-se mecanismos que reduzem as situações de vulnerabilidade.”

Os 14% de profissionais que correlacionaram Promoção da Saúde a infraestrutura apresentaram uma compreensão abrangente do processo saúde-doença e somente três responsabilizaram o Governo por essas ações. Incluíram aspectos que vêm sendo preconizados desde a Declaração de Alma-Ata (1978) e Ottawa (1986): o saneamento básico foi o mais mencionado (63%); depois emprego e habitação (38% cada), educação, transporte e lazer (25% cada); e alimentação (uma ocorrência). Para ilustrar, destacaram-se duas falas:

- “É estimular os órgãos públicos a promoverem a saúde da população. Promover a saúde é um dever do ESTADO e os profissionais da saúde deveriam ter em mente, o fiel cumprimento dos seus deveres, sem ambições mesquinhas! O ESTADO deveria promover SANEAMENTO BÁSICO completo em todos os locais, educação MELHOR, desde a alfabetização e acesso mais fácil aos profissionais de saúde (com consultas, vacinas, remédios, etc.)” (caixa alta do gestor).
- “A palavra já diz, é orientar e encaminhar as pessoas nas questões de saúde, que não é só saúde, é infraestrutura, moradia, saneamento básico, emprego.”

Desde a Declaração de Sundsvall, em 1991, o ambiente também deve ter uma visão ampliada, incorporando os aspectos sociais. Isto foi citado por 8% dos

profissionais e nenhum usuário. Mencionaram o aspecto relacional, cultural, familiar e religioso, destacando:

- “Nossa... é a pessoa ter saúde física, mental, emocional, ter a possibilidade de ser pessoa, ter seus valores, ter saúde no sentido de ter lazer, prazer, espaço social, trabalho, religião, se quiser.”
- “É tão vasta, só é alcançada quando consegue atingir o sujeito, quando ele percebe que ele é um elemento importante para mudar a si e seu ambiente familiar, de trabalho, saneamento, transporte. Ele não deve apenas tomar o remédio, mas entender aquela ação. Por exemplo, o grupo de idosos, quando trabalhado, saberá gerenciar suas finanças, presentear netos, participar de grupo de dança, ir à Igreja, viajar, isso para quem não tem dificuldade de acesso, pois muitos moram em chácaras distantes. A Promoção da Saúde tem que passar pelas políticas públicas. Dentro de seu conceito mais amplo, no CSE, já existiram ações de Promoção da Saúde, mas nos últimos anos isso tem deixado de existir, aproximando-se mais da proposta da ABS.”

Somente um profissional que desenvolvia atividades educativas é que mencionou, simultaneamente, os três elementos da categoria ambiente (vulnerabilidade, infraestrutura e social), sugerindo que é necessário um maior investimento para a efetividade da Promoção da Saúde acontecer, especialmente quando se acredita na importância de uma visão ampla de saúde, como destacou Buss (2000). O depoimento do entrevistado foi:

- “É você ter a preocupação com a atualização dos dados e necessidades da Unidade Básica de Saúde, verificando os Programas, suas necessidades e possibilidades para promover a saúde; quais os comportamentos sociais, emocionais e culturais que envolvem a complexidade da patologia; o que está acontecendo com a atualidade do problema, visando comprometimento com a qualidade e desempenho do cidadão, conjugado com a necessidade do momento e sempre com a ótica do usuário. É ter a preocupação em conjugar a necessidade do cidadão com a possibilidade de recurso existente para atender. Verificar o que de fato requer auxílio, orientação ou intervenção, respeitando sua condição socioeconômica e cultural. Disponibilizar equipamentos de saúde que visem à melhoria de sua vida. A Promoção é também um conjunto mais complexo que envolve ação de saúde, habitação, meio ambiente, educação, transporte, lazer, etc. Vejo que seria um empenho fundamental de política pública para evitar danos mais graves para a população, evitar atendimento secundário e terciário.”

A reorientação do sistema e serviços de saúde foi incluída indiretamente pelos usuários ao definirem Promoção da Saúde. Foi expressa através da necessidade de apoio do Governo com a ampliação do SUS para atender as necessidades da população (6%) e do predomínio da visão assistencial em ter um atendimento adequado e acolhedor (22%), como mostraram as seguintes falas:

- “É promover um bom trabalho de atendimento ao público, com a melhor qualidade de atendimento.”

- “É divulgação, orientação certa, mas o principal não existe que é o atendimento legal, sem demora, respeitoso. Falta bom relacionamento entre médico e paciente.”

Os profissionais incluíram a categoria reorientação do serviço ao definirem Promoção da Saúde, mais do que os usuários e com um predomínio diferenciado. Citaram a necessidade de um atendimento adequado, mas em menor proporção (5%). Preocuparam-se com um atendimento integral à saúde (12%), mostrando a incorporação de uma das premissas do SUS. O tema “atendimento integral” apareceu, não só na sua própria expressão, mas também ao valorizarem atividades trans e multidisciplinares. A integralidade da atenção não apareceu correlacionada à rede de saúde, mas sim ao cuidado com o “paciente”, diferente do preconizado em Pinheiro e Mattos (2004), que incluem ambas as dimensões.

Os profissionais privilegiaram as ações externas aos serviços (29%), onde os três elementos citados foram: ter um SUS ampliado às necessidades locais (12%), sendo pró-ativo junto às prioridades da população, como planejar suas ações a partir do perfil do território local, associar a necessidade do cidadão à do serviço, melhorar a saúde da população, ter profissionais e instituições comprometidos com a proposta do SUS; desenvolver ações extramuros dos serviços de saúde (12%), como realizar visitas domiciliares, colocar caixas de distribuição de preservativos em bares, promover campanhas nas comunidades, dentre outras; e promover ações intersetoriais (5%), articulando-se com a comunidade, os poderes públicos e privados. Notou-se que todos estes entrevistados conviviam com a Estratégia da Saúde da Família em seu CSE, o que talvez possa representar uma efetividade nas ações propostas na Política Nacional de Atenção Básica (Brasil, 2012).

Somente um gestor associou mais de um elemento à categoria da reorientação do serviço. Interessante observar que os elementos da “reorientação do serviço” estavam presentes nas falas, embora esta expressão não tenha sido utilizada pelos entrevistados. Mas, um profissional aproximou-se deste posicionamento:

- “(...) A sala de espera poderia nos ajudar a organizar o conceito, a noção de saúde que as pessoas têm. Elas deixam de fazer um atendimento mais regular, mais preventivo, mais de promoção, para fazer o curativo, e podíamos trabalhar isso (...)”

As próximas categorias (reforço de ações comunitárias, desenvolvimento de habilidades e atividades educativas), apesar de separadas teoricamente, estavam bem articuladas, inclusive às três categorias anteriores (políticas públicas, criação de ambientes saudáveis e reorientação do serviço), pois tiveram como base a

valorização do saber e da participação dos indivíduos e da sociedade como um todo.

A fala de uma profissional que desenvolve atividades educativas sintetizou isto:

- “Como promover tem o significado de dar impulso a... pode-se dizer que Promoção da Saúde, é dar capacidade à comunidade de atuar na melhoria de sua qualidade de vida e saúde, considerando a crítica de sua realidade, buscando possibilidades de mudanças, englobando ações intersetoriais. Cabe lembrar que o conceito de educação de saúde está ancorado no conceito de promoção de saúde.”

O reforço de ações comunitárias apareceu em poucas falas. Somente um usuário (3%) citou esta categoria, mencionando exercício da cidadania, o que também foi apontado por um profissional (2%). Este percentual baixo representa a necessidade de comprometimento com a efetivação dos direitos do cidadão, como apontado por Carvalho (2004) e a conseqüente necessidade de fortalecer os espaços públicos, como preconizado por Arendt (2012). Tal resultado aponta para o distanciamento entre as falas dos entrevistados e as bases da Promoção da Saúde (Brasil, 2002 e 2006). Um aspecto apresentado na definição somente por profissionais, e que estava relacionado ao exercício da cidadania, foi fortalecer o empoderamento popular (7%), sendo que este elemento apareceu associado a “ações extramuros dos serviços de saúde”, da categoria “reorientação dos serviços”. Isto mostrou uma preocupação mais ampla do profissional com a comunidade, apesar de ter prevalecido o discurso do setor saúde oferecendo algo, ao invés de participar com a população, como indicado a seguir:

- “É uma compreensão, polissêmica difícil, como no caso da educação. É uma perspectiva mais ampla da saúde que deve incluir, nas ações, a valorização do conhecimento e *empoderamento* da população. Quando está no âmbito das Secretarias, devem-se apoiar os projetos de melhoria da qualidade de vida e dotar a comunidade de recursos para o seu desenvolvimento. Quando se está no âmbito das Unidades, a promoção, muitas vezes, se confunde com ações de prevenção, o que não é a mesma coisa. Deve, portanto, discutir condições de vida e ampliar aspectos de cuidados com a saúde. Em todos os espaços deve-se refletir sobre o que é a Promoção da Saúde - grupo, sala de espera.”

A inserção social como elemento da Promoção da Saúde foi citada por 10% dos profissionais e por nenhum usuário. Ela foi mencionada como relação social, rede social e convívio familiar. Não foi relacionada a grupo assistencial que acontece nos serviços de saúde, pois este apareceu sempre vinculado ao serviço, sem especificar se era informativo ou participativo, o que não necessariamente representava uma inserção social. A fala, a seguir, ilustra este elemento:

- “É o que todos devíamos fazer para melhorar a saúde do povo, como os Bombeiros têm feito, inclusive com atividade física, incentivando fazer amizades, trocar experiências, sair de casa para se distrair.”

A categoria mais citada foi a que definia Promoção da Saúde como incentivo ao desenvolvimento de habilidades pessoais, seja para adotar estilo de vida saudável (33% dos entrevistados), seja para cuidar da própria saúde (32% dos entrevistados). Na fala dos entrevistados, especialmente dos usuários, além da importância de aprender sobre o cuidado consigo também citaram o coletivo, como exemplificado a seguir:

- “É cuidar mais da saúde das pessoas, especialmente, cuidar da saúde das mulheres, fazendo consulta e atendendo em grupo.”
- “É cuidar da saúde, manter hábitos saudáveis, como não beber, não fumar e outras coisas.”

Enquanto 46% dos profissionais destacaram a importância de adotar um estilo de vida saudável, ao identificar seu entendimento sobre a Promoção da Saúde, somente 9% dos usuários o fizeram. Este elemento de adoção de estilo de vida saudável significou para os entrevistados: desenvolver habilidades para a melhoria e/ou manutenção da qualidade de vida; ter bem estar biopsicossocial; aumentar a autoestima e ter mudança de hábitos pessoais. Em quatro entrevistas este elemento apareceu associado a uma visão abrangente de saúde, como exemplo:

- “É a gente promover saúde, antecipar-se às doenças, como orientar sobre tabagismo, hipertensão, diabetes, por exemplo. É ajudar na qualidade de vida, como o curso que a Prefeitura ou voluntários fazem, eventualmente (de 2 a 3 vezes ao ano), para as pessoas aprenderem a fazer fuxico [adereço de tecido], boneca de pano, por exemplo, e poderem reproduzir e vender.”
- “Ter visão holística, de integralidade, de totalidade, e não só ausência de doença, como alimentação, cuidados, exames, prevenção periódica, acesso à Saúde Pública e a seus avanços tecnológicos, e ao lazer, ao esporte. Como na música do Titãs, a gente não quer só comida, a gente quer saída, diversão e arte.”

De todos os elementos apresentados nas categorias de definição da Promoção da Saúde, por parte dos profissionais, o que mais teve associação com outros elementos e categorias foi o relacionado a estilo de vida, aparecendo junto com outros em quase metade das falas, expondo o quanto está articulado às teorias de Promoção da Saúde. Interessante observar que o “estilo de vida saudável”, quando associado a outros dois elementos muito citados (cuidar da saúde e prevenir doença), retrata a preocupação efetiva do ser humano com o processo saúde-doença. Tais ocorrências sugerem estudos futuros sobre a dimensão desse elemento (adotar estilo

de vida saudável), como uma possibilidade estratégica de maior divulgação sobre o conceito e as práticas relacionadas à Promoção da Saúde; notadamente, quando se considera a categoria à qual pertence (incentivo a habilidades pessoais), que está diretamente ligada ao exercício do *empoderamento*.

Deixou-se por último a categoria de desenvolvimento de atividades educativas e informativas, reconhecida como estratégica, não só nos documentos e estudos nacionais e internacionais, mas também para 15% dos entrevistados. Para os usuários, representou aprender a cuidar da saúde e a participar de atividades de grupo, como citado:

- “São ações preventivas de educação para a saúde, com orientações que podem atender a toda a família. Compreende, também, as campanhas e orientações sobre vacinação e nutrição, por exemplo.”

Os entrevistados explicitaram o que eram “atividades educativas”, mas a maioria não detalhou o seu significado; e 4 associaram a realização de atividades de grupos, como exemplificado a seguir:

- “A Promoção da Saúde (...) está incluída em grupos educativos de recepção dos diversos programas (bebês, escolares, adolescentes, homens, mulheres, gestantes, idosos, crônicos) e grupos temáticos que trabalhem questões mais voltadas para a saúde do que para a doença (como alimentação, menopausa, cuidados com hipertensão e diabetes, etc.). A Promoção da Saúde comunitária acontece com os Agentes Comunitários de Saúde, que devem incorporar estas questões ao atendimento individual e familiar, e discutir os temas nas oficinas abertas e fechadas que realizam. A Equipe de Saúde da Família vinculada ao CSE, por exemplo, utiliza o bar em frente ao ponto de drogas para fazer atividades de grupo sobre preservativos e deixa uma caixa de distribuição de preservativos, que é cuidada por trabalhador do bar, e também disponibiliza um profissional de saúde para orientar sempre que as pessoas precisam.”

- “É quando você cria um grupo, independente da patologia ou não, pode ser saudável ou não. Um exemplo é o incentivo ao uso do cinto de segurança - se você prevê, você previne. Se gerar informação, você pode prevenir e promover saúde. Temos, por exemplo, um trabalho educativo transdisciplinar com o idoso, com caminhada, terapia ocupacional, isso é Promoção da Saúde.”

Com base nas teorias de Promoção da Saúde e na experiência própria, previu-se a necessidade de compreender o que eram atividades educativas para os entrevistados e se perguntou a respeito.

Poucos usuários definiram atividade educativa como um processo de compreensão, participação e multiplicação de saber (16%). Predominou a transmissão de conhecimentos (72%), através dos verbos: orientar, aprender, explicar e informar. Alguns, ao invés de definirem, citaram atividades que representavam sua

percepção sobre o assunto: palestras, leituras e exercícios físicos e de memória, e bom atendimento. Isto sugere uma influência da educação tecnicista que predomina na sociedade, como apontado por Freire (2001).

As respostas dos profissionais tiveram definição distribuída de maneira relativamente homogênea: 29% citaram elementos tanto da educação conscientizadora quanto da informativa; 27% mencionaram somente a educação conscientizadora; e 29% apenas a educação informativa. Na fala de gestores e profissionais que exercem atividades educativas predominou a educação conscientizadora, transformadora e dialógica, associada ou não ao modelo preventivista de saúde, coerente com a proposta da Promoção da Saúde, como apontado nos capítulos 2 e 3. Mas, nenhum deles incluiu em sua definição o termo “Promoção da Saúde”; nem apresentou reflexões sobre os distintos modelos educativos – conscientizador versus informativo (Freire, 2001; Davini, 1995); e nem distinguiu as modalidades da educação no setor saúde (Carvalho, 2007). A pouca, ou inexistente, valorização de aspectos pedagógicos nos currículos escolares de diversas categorias de profissionais de saúde pode interferir diretamente neste resultado, o que reforça a importância de uma política de educação permanente, relacionada ao SUS e ao Ministério da Educação, que já vem ocorrendo desde 2007 (Brasil), mas precisa ser intensificada.

As falas ilustram com riqueza suas percepções, conforme se lê, a seguir:

- “É um processo de interação em que ambas as partes aprendem, mas é muito importante o profissional de saúde ter clareza de que é um educador, de que educação é essa, qual a perspectiva que há por trás de cada ação, para ter clareza do seu papel político, conscientizador, como trabalhador social da saúde.”
- “É uma ação mais ampla que pode trabalhar todas as questões que podem ser transformadoras de atitude e pensamento, e a sala de espera é uma das formas. Toda ação de saúde do CSE deveria ser uma ação educativa, mas isso só acontece nos grupos e na sala de espera, mas quando usam metodologia adequada a isso.”
- “Penso que ninguém educa ninguém, porém temos um papel fundamental no processo de orientação e cuidado da saúde dos usuários, o que envolve ofertar informações, conversar com o usuário para captar se tais informações cabem em sua rotina de vida e o que pensam, e, assim, fazer orientação em saúde, no sentido da busca por emancipação.”
- “Não é aquela de banco escolar. É a do dia a dia, começa até no ônibus, dando lugar ao mais velho, começa na família, a escola só complementa. Começa dentro do meu serviço, no posto de saúde. Começa desde o banho, aos cuidados com o risco e a vulnerabilidade. Vamos à creche, à escola, para ensinar desde pequitinho até os maiores, na puberdade, na adolescência, desde os cuidados com o alimento à educação sexual.”
- “Atividades educativas em saúde são as de prevenção, em âmbito bem amplo, desde trabalhar projeto de vida nas escolas, sobre saúde bucal, família e até outras, desde que se esteja educando para outra cultura, para que outras formas sejam

possíveis, como valorizar os chás naturais e homeopáticos; isto talvez possa modificar o modelo de atenção do serviço de saúde.”

Interessante observar que a palavra “participação” só apareceu diretamente nas percepções de 2 gestores, e um usuário, quando caracterizaram a Promoção da Saúde; mesmo assim, só um gestor citou-a sem associá-la à responsabilidade governamental ou a profissionais de saúde. Por outro lado, a participação também esteve presente na fala de 2 gestores, de um profissional que desenvolve atividade educativa e de um usuário, quando definiram atividade educativa. Este resultado mostra que na fala espontânea dos profissionais, o tão mencionado *empoderamento* e processo participativo na prática educativa, não necessariamente é prioritário, o que também foi notado por Heidemann et al (2010). Isto aponta aspectos contraditórios do ser humano, como destaca Souza (2006).

Quando se perguntou quais eram as atividades que os usuários consideravam como sendo de Promoção da Saúde nos CSE, pouco mais da metade (54%) citou palestras sobre prevenção e tratamento de doenças e alguns mencionaram cuidados com a saúde. O restante achou que era a realização de exames (19%), um bom atendimento (15%), distribuição de folhetos (8%) e um atendimento integral (4%). Este resultado apontou para a necessidade de maior divulgação, para os usuários, sobre o que é Promoção da Saúde e de incentivo à educação conscientizadora.

Por acreditar-se que, idealmente, todos os profissionais de saúde, do recepcionista ao gestor, devem ter a postura educativa, fizeram-se perguntas fechadas e abertas, a todos dos 17 CSE, sobre quais as atividades que consideravam de Promoção da Saúde e/ou educativas. Um CSE não desenvolvia atividades educativas. A maioria dos gestores dos 16 CSE que tinham atividades educativas (71%) citou que os CSE ofereciam mais de quatro tipos diferentes de atividades aos usuários: grupos agendados (88%), eventos que promoviam dentro do CSE (65%), ações na comunidade (59%) e momento das consultas (47%). Aconteciam, geralmente (76%), coordenadas por uma equipe multiprofissional (3 ou mais profissões). As temáticas eram: pré-natal, diabetes, hipertensão (35% cada); terceira idade (29%); reeducação alimentar (24%); planejamento familiar, puerpério, aleitamento materno, aconselhamento HIV, combate ao tabagismo (18% cada); arte, saúde escolar, saúde mental, terapia comunitária, Doenças Sexualmente Transmissíveis (12% cada); diagnóstico social comunitário, direito urbano sustentável, qualidade de vida, família

saudável, caminhada e outras atividades físicas, terapia ocupacional, Programa do Homem, saúde da mulher, adolescente, escovação dentária, fisioterapia, plantas medicinais, orientação farmacêutica, contador de histórias (6% cada). Nota-se que a maioria está em consonância com prioridades políticas e programáticas do Ministério da Saúde.

As respostas dos profissionais que desenvolviam atividades educativas foram coerentes e complementares às dos gestores, e não houve distinção significativa entre os demais profissionais. As profissões que mais desenvolviam estas atividades eram assistentes sociais e equipe de enfermagem (41% cada), psicólogo (29%), médico e nutricionista (24% cada), fisioterapeuta (12%), agente de saúde, educador, terapeuta ocupacional, farmacêutico (6% cada), sendo que 65% atuavam com apoio multidisciplinar. Prevalciam grupos no horário da manhã (35%); com periodicidade variável (41%), com frequência semanal em somente 18%. Os grupos, geralmente, aconteciam em sala do próprio CSE (47%), na comunidade ou em ambos os locais. Perguntou-se aos entrevistados se as atividades já haviam acontecido também em sala de espera: somente 10 responderam, sendo que destes, 7 informaram que não. Mais da metade dos informantes (54%) declarou que as atividades contavam com a presença de estagiários e 18% desenvolviam pesquisa e tinham artigos relacionados a ela, demonstrando uma prática típica de CSE.

Portanto, os resultados da presente pesquisa, no tocante às concepções, conceitos e práticas referentes à Promoção da Saúde, segundo gestores, profissionais e usuários de CSE do SUS, mostram que este é um processo em construção, frente às teorias, cartas e políticas nacionais e internacionais, conforme apresentado ao longo deste trabalho. Apesar de percebida como uma visão ampliada de saúde, a fala dos entrevistados e as observações nas visitas de campo mostraram que ainda há que se criar e fortalecer estratégias de enfrentamento da questão social, dos determinantes sociais de saúde (DSS), e da reorientação dos serviços. A valorização de atividades educativas participativas e conscientizadoras precisam ser ampliadas, para contribuir com o fortalecimento da promoção da saúde e com o processo de não alienação, de diálogo, de controle social, inerentes ao espaço público, como delineado no pensamento de Arendt (2008).

Fica aqui registrada uma reflexão: o SUS postula que a Promoção da Saúde deve ser estratégica e transversal a todo o Sistema; os CSE foram criados para servirem de modelos pró-ativos e formadores de recursos humanos para a Saúde

Pública, então, é precioso, ainda, como observado neste trabalho, fortalecer a implantação da Política Nacional de Promoção da Saúde. Em consequência, como estarão os demais serviços da Atenção Básica de Saúde, que sofrem pressão pela produção assistencial, notadamente, a Estratégia de Saúde da Família? Considerando que, além disso, ela ainda não está plenamente incorporada ao currículo das Escolas de formação de todos os profissionais aí envolvidos?

A partir das percepções expostas, pode-se adentrar na estrutura e nas percepções dos entrevistados sobre a sala de espera dos CSE, buscando compreender possibilidades e resistências, para pensá-la como um espaço público de Promoção da Saúde.

5.3

Percepções dos entrevistados sobre a sala de espera

Este item apresentará primeiro um breve retrato do ambiente e da infraestrutura das salas de espera dos CSE, depois, as principais atividades desenvolvidas nelas e, por fim, a percepção dos entrevistados sobre as possibilidades e limites de práticas promotoras de saúde em sala de espera, notadamente, as educativas, além de correlações com o espaço público.

Percebeu-se que as respostas às perguntas fechadas, geralmente, eram coerentes entre gestores, profissionais que desenvolviam atividades educativas e os que não desenvolviam, o que acarretou em agrupá-las sem discriminação, e depois organizá-las por CSE, como esclarecido na Metodologia. Este procedimento teve o objetivo de eliminar as repetições entre entrevistados de um mesmo CSE e de permitir uma visão do conjunto das percepções por instituição, facilitando compreender a realidade abordada.

Quanto às respostas abertas das questões, cada fala foi analisada no conjunto das perguntas sobre a sala de espera, para evitar repetições e serem percebidas as contradições internas ao discurso, o que aconteceu somente duas vezes. Após a identificação dos elementos de todas as falas, criados a partir de palavras ou expressões encontradas dentro dos próprios discursos, estes foram agrupados em categorias, o mesmo procedimento adotado no item anterior. A espontaneidade das

respostas, como proposto no método, acarretou a formação espontânea dos elementos, o que interferiu na quantidade de citações sobre cada um. Assim, se um elemento apareceu uma ou poucas vezes, não significa que os demais entrevistados não concordassem ou não o valorizassem igualmente.

Ambiente da sala de espera

Encontraram-se poucos estudos sobre ambiente de sala de espera (Costi, 2002; Costa, 2007; Gomes et al, 2006; Penna, 2004). Por esta razão e por acreditar no ambiente como expressão das relações sociais existentes na instituição, como destacado nas obras de Milton Santos, Del Rio (2002), Duarte (2002), buscou-se fazer um retrato das salas de espera dos 17 CSE pesquisados. Mas, cabe lembrar, que toda imagem tem um recorte e um limite apenas do que nela foi expresso, como destacado por Sontag (2004).

Todos os gestores responderam sobre os equipamentos disponíveis nas salas de espera dos 17 CSE. Todos declararam haver número suficiente de cadeiras na sala de espera, entre 25 e 200 lugares. Havia banheiros próximos em 88% das salas de espera, mas somente 18% tinham fraldário; e 82% tinham bebedouros. A preocupação com a climatização era grande: 71% dos CSE tinham ventiladores e 12%, além destes, tinham ar condicionado. Para entretenimento, 82% dos CSE tinham televisão, 53% DVD, 18% música com amplificador de som e 24% tinham uma área de recreação para as crianças. Isto pode representar uma preocupação básica com o conforto do ambiente, como preconizado na Política Nacional de Humanização (Brasil, 2004).

Estes mesmos aspectos foram analisados nos três CSE visitados. Todos os banheiros para os usuários eram separados por sexo, como manda a lei. Estavam limpos, mas sem tampo no vaso sanitário. Somente um não tinha papel higiênico, nem papel toalha e nem sabonete, para ambos os sexos, e, em outro CSE, isto ocorreu somente no banheiro masculino. Em todos os CSE, os profissionais tinham a opção de um banheiro próprio, equipado. Nenhum dos três CSE visitados tinha fraldário. Todos tinham bebedouro, sendo que dois no sistema antigo de esguicho, um deles sem a higienização adequada. Quanto à climatização, as visitas foram feitas durante o inverno e o clima estava ameno, dificultando avaliar se os ventiladores existentes seriam suficientes. Um CSE tinha ventiladores em altura baixa e alguns

estavam sem a grade protetora. Cabe destacar que em dois CSE os consultórios eram equipados com ar condicionado. Somente um CSE tinha televisão em todas as salas de espera; um não tinha, por opção, acreditando que esta só deve existir atrelada à atividade educativa; e outro ainda tinha expectativa de oferecer este recurso ao usuário. Só havia música em um CSE, quando um profissional fazia uma atividade de alongamento corporal com os usuários, enquanto aguardavam o atendimento. Nenhum CSE visitado tinha em sua área um espaço reservado para recreação infantil. Um tinha área verde na entrada e os usuários podiam utilizar o campus e o pátio de uma propriedade próxima, quando faziam atividade física promovida pelo CSE. O CSE que acabou de ser reformado não tinha plantas, nem nos pequenos jardins de inverno localizados fora das vistas de agendados sentados. O CSE que tinha amplas áreas de circulação, também tinha amplas áreas verdes, e era o único com imagens religiosas em seus jardins.

Quanto a imagens religiosas, 29% dos 17 CSE declaram tê-las em sua sala de espera. O CSE visitado que tinha imagens neste ambiente, também tinha na maioria dos consultórios e salas da administração, sendo que no maior jardim havia banco para oração em frente a uma imagem. Observou-se, logo no primeiro horário da manhã, uma pessoa substituir as flores de um vasinho por outras, do arbusto existente, enquanto seus lábios moviam-se, parecendo em oração. Estes distintos cenários, somados a um estudo realizado com usuários e profissionais de um CSE sobre a manutenção da imagem religiosa em sua sala de espera, foram uma demonstração de respeito à religiosidade (Reis, 2006). Segundo a Constituição Brasileira, este é um país laico e não se deve ferir a liberdade religiosa, mas também prevê que se deve respeitar a diversidade cultural regional do país. O próprio Congresso Nacional tem uma Cruz em destaque. Logo, sugere-se estudos futuros sobre a importância do respeito a religiosidade em ambientes públicos de assistência à saúde. Uma confirmação da importância da religiosidade nas questões de saúde e sofrimento difuso das pessoas foi confirmada por Valla (2002).

Somente em um CSE, entre os visitados, havia cantina interna, com os preços visíveis. Chamou atenção a quantidade de usuários que comprava caldo de carne, servido desde as 9 horas, por R\$2,00, preterindo o vendedor ambulante que vendia pela metade do preço, na porta. Os outros dois CSE tinham ambulantes vendendo salgados na rua. Nenhum dos CSE tinha outras opções de refeições próximas.

Quanto à sinalização na sala de espera, 82% dos 17 CSE pesquisados informaram ter placas de sinalização de saída de emergência e 76% indicavam os setores de atendimentos, cumprindo, assim, uma demanda governamental de 2000 (Brasil). Predominava o uso da cor branca (29%), e 18% era gelo (cinza quase branco), ou era creme ou era verde. Apenas 12% fizeram uso de diferentes cores nas paredes para diferenciar os ambientes e 6% colocaram motivos infantis na Pediatria. Este recurso é um facilitador para o usuário identificar os locais, além de sentir-se acolhido, como, por exemplo, estudado por Toledo (2008), Costi (2002) e Costa (2007). Somente 29% declararam ter painéis para exposição de cartazes. Em 53% havia caixas de sugestões.

A visita aos 3 CSE trouxe dados adicionais à sinalização. Em nenhum dos visitados havia placas de emergência, embora o mais antigo sinalizasse muito bem a localização dos seus setores. Cabe lembrar que as placas de sinalização são facilitadoras, especialmente para grandes ambientes, ou quando a planta baixa tem dois níveis, exigindo maior locomoção dos usuários, como aconteceu em dois CSE visitados. Todos os 3 CSE tinham painéis para afixar cartazes e caixas de sugestão, sendo que um informou ter Ouvidoria e outro colocava ao lado da caixa de sugestões os assuntos e as respostas das questões que foram nela depositadas. Os dois que tinham instância formal de participação popular divulgaram as informações existentes na sala de espera, em local bem visível. Um CSE, o único que tinha uma Coordenação de Ensino e Pesquisa, expunha na sala de espera os pôsteres que apresentava em eventos científicos, artigos publicados pela equipe e outras publicações que achavam interessantes aos profissionais e usuários, indiscriminadamente. Todos divulgavam cartazes do Ministério ou de suas Secretarias de Saúde. Um único CSE tinha afixado em seus painéis anúncios de empregos e um cartaz sobre abuso sexual, elaborado pela Delegacia de Defesa da Mulher; chamou a atenção a dubiedade da mensagem deste último, que, ao prevenir o abuso sexual, esqueceu o racial, pois tinha uma foto que induzia que um homem negro seduzia uma mulher branca. Cabe lembrar a responsabilidade de um ato comunicativo e que neste existe um “aparelho ideológico” (Guareschi e Biz, 2005, p. 143), uma razão comunicativa de persuasão a um destinatário (Habermas, 1997, p. 20), que forma, consciente ou inconscientemente, uma “fábrica de opinião pública” (Bourdieu, 2012, p. 14).

Em uma visão geral sobre o ambiente dos CSE visitados, destaca-se que todos tinham uma planta baixa que exigia que os gestores passassem pela principal porta de entrada dos usuários, permitindo uma visão momentânea do tempo e do ambiente de espera. A decoração e a conservação das salas de espera eram similares às encontradas nos consultórios, e nas salas de direção e de alunos, à exceção de um gestor que tinha sua sala mais nova e moderna, comparada ao restante, conforme já observado em outros locais pela pesquisadora. Confirma-se, que o ambiente é um indicador de uma dada realidade (Santos, 2007).

Os usuários fizeram uma avaliação do ambiente da sala de espera dos CSE. A maioria considerou-o limpo (88%). A clareza e o conforto foram destacados, mas isto foi predominante no CSE que acabou de ser reformado e que estava, inclusive, com mobiliário moderno e novo. A liberdade de expressão nas perguntas abertas acabou acarretando em falas diferenciadas no conjunto dos usuários, como mostrado na tabela a seguir.

Tabela 9
Percepção dos 32 usuários sobre o ambiente da sala de espera dos 3 Centros de Saúde Escola visitados^(*)

Aspectos positivos			Aspectos negativos		
Percepção	Nº	%	Percepção	Nº	%
limpo	28	88	sujo	1	3
claro	22	69	escuro	4	13
confortável	18	56	desconfortável	8	25
acolhedor	15	47	aparência fria	6	19
bonito	12	38	feio	9	28
agradável	12	38	barulhento	17	53

(*) Tabela elaborada a partir do discurso espontâneo, e não induzido, dos entrevistados, refletindo a percepção deles estritamente contextual ao discursar sobre o presente tema.

Fonte: Reis, Inês Nascimento de Carvalho. Espaços públicos invisíveis: perdas e conquistas na Promoção da Saúde. 2012.

O barulho na sala de espera foi apontado não só pelos usuários, mas também por profissionais entrevistados e estudiosos (Gomes et al, 2006; Penna, 2004; Reis et al, 2005), sendo apresentado como um dificultador para o desenvolvimento de atividades em sala de espera, como será analisado posteriormente.

Como mostra a tabela seguinte, os usuários sugeriram melhorias para as salas de espera, sendo que 47% desejavam ter entretenimento lúdico, televisão e exibição de filmes (11), música ambiente (3), brinquedos para crianças (1). Queriam, também,

atividades educativas e informativas (37%), além de materiais para leitura, como cartazes nas paredes (4), revistas (3) e folhetos (2).

Tabela 10
Percepção dos 32 usuários sobre possíveis melhorias na sala de espera dos 3 Centros de Saúde Escola visitados^(*)

Melhorias desejadas	Nº	%
entretenimento	15	47
atividades educativas e informativas	12	38
material informativo permanente	9	28
mais conforto	13	41
água, merenda, café, chá	6	19
banheiros limpos	1	3

(*) Tabela elaborada a partir do discurso espontâneo, e não induzido, dos entrevistados, refletindo a percepção deles estritamente contextual ao discursar sobre o presente tema.

Fonte: Reis, Inês Nascimento de Carvalho. Espaços públicos invisíveis: perdas e conquistas na Promoção da Saúde. 2012.

A maioria também pediu mais conforto no ambiente (41%), sem especificar e, dentre estes, alguns queriam cadeiras macias e sofá (4), um lugar bonito onde houvesse plantas (3) e ar condicionado (1). Interessante foi que 19% pediram merenda, chá e café, apesar de nenhum estar aguardando por coleta de sangue, que obriga a oferecer alimento após o exame. Este tipo de acolhimento foi visto na sala da Ouvidoria de um CSE visitado, mas não em sala de espera. Quanto a disponibilidade institucional para o fornecimento de “merenda”, a pesquisadora realizou experiências positivas, mas pontuais, de atividades de culinária e degustação em sala de espera (Reis, 2002), sendo que esta última também foi realizada com êxito por uma profissional entrevistada. Mas reconhece-se que esta oferta exigiria um permanente recurso financeiro e infraestrutura específica.

Atividades desenvolvidas na sala de espera

Em todos os 17 CSE, como já informado, os gestores revisaram seus questionários e isto interferiu no resultado sobre atividades educativas na sala de espera: 47% informaram que os CSE desenvolviam atividades havia anos; 35% que já desenvolveram e, no momento da pesquisa, não tinham mais; 18% que passaram a desenvolvê-las recentemente. Portanto, houve uma diferença entre as declarações do primeiro contato por telefone e as demais etapas da pesquisa, pois no segundo momento, quando a entrevista foi realizada, todos relataram que os CSE tinham

alguma experiência a respeito. Este resultado foi coerente com o respondido pelos profissionais que desenvolviam atividades educativas.

Os gestores apontaram diversas profissões envolvidas com sala de espera: enfermeiros e/ou alunos de graduação de enfermagem (82%), médicos (65%), assistentes sociais e nutricionistas (47% cada), psicólogos (41%), fisioterapeutas (29%), odontólogos (24%), farmacêuticos e técnicos ou auxiliares de enfermagem (18% cada), fonoaudiólogos e agentes comunitários de saúde (12% cada), pedagogos, educadores físicos, biólogos, arquivistas, outros profissionais e alunos sem especificar (6% cada), e qualquer profissional exercendo atividades assistenciais (6%). Muitos trabalhavam em conjunto, como mostraram 41% dos profissionais que desenvolviam atividades educativas, similar às atividades de grupo, apresentadas no item anterior. Estes profissionais citaram como parcerias as profissões apontadas acima, mas apenas a enfermagem continuou prevalecendo, seguida de assistentes sociais, médicos e psicólogos. O estudo bibliográfico sobre sala de espera (capítulo 1 e apêndice 1) também teve a prevalência da autoria dos artigos nas profissões de Enfermagem e Medicina. Mas, os resultados aqui apontam um índice significativo de profissões que têm em seu currículo escolar uma dedicação especial a técnicas de abordagem de grupo: Serviço Social e Psicologia.

Interessante é que os usuários (33% dos que informaram) destacaram o fato de que profissionais não usavam declarar sua profissão, e os poucos que o faziam eram: assistente social (20%), psicólogo (13%) e médico (7%). Isto também foi relatado na pesquisa de Gomes et al (2006). Chama a atenção a ausência da apresentação pessoal, sugerindo alguns questionamentos: Como estará a qualificação e a motivação dos profissionais que não estão vinculados a Escola? Como estará o cotidiano institucional no tocante ao acolhimento e a criatividade inerente a ações promotoras de saúde?

Os gestores que informaram sobre o horário das atividades em sala de espera citaram que aconteciam de manhã (24%) e de manhã e à tarde (54%). Apenas um também funcionava à noite.

Os gestores mencionaram que as atividades aconteciam, predominantemente, de 2 a 3 vezes por semana ou semanalmente (41% cada). Os profissionais que desenvolviam atividades educativas também destacaram as atividades semanais (55%), seguidas das que aconteciam eventualmente (36%) e, por último, as que aconteciam pelo menos duas vezes por semana (9%). A diferença percentual entre a

periodicidade citada por gestores e profissionais aponta para o fato de haver informações contraditórias entre ambos. A visita de campo pode contribuir para observar que, por vezes, o gestor não conhece as rotinas que acontecem na sala de espera (um gestor achava que não aconteciam atividades, enquanto havia conversas semanais), indicando a invisibilidade desse espaço, para alguns.

Alunos realizaram experiência em sala de espera em 35% dos CSE, podendo, assim, reconhecer-se o papel institucional de escola. A mesma proporção dos CSE tinha trabalhos escritos a respeito (35%), sendo que 18% também desenvolveram tecnologia própria para o uso deste espaço. Dois CSE forneceram suas publicações sobre a sala de espera e um profissional declarou sentir-se prestigiado com a presente pesquisa e, espontaneamente, ofereceu-se para enviar fotografias para mostrar sua prática (as fotos mostravam usuários em movimento e profissionais de jaleco, e nelas havia dizeres ressaltando as técnicas adotadas e vantagens das atividades). A sala de espera como espaço de formação profissional será destacado adiante.

Nas perguntas fechadas sobre sala de espera, os gestores apontaram o uso de várias técnicas utilizadas: palestra, conversas e distribuição de folhetos (59% cada), incluindo álbum seriado (18%); recreação interativa (contador de história, encenação de higienização em boneca e brinquedoteca - 35%); filme educativo (29%) e de entretenimento (24%); teatro interativo (18%); e ainda, exercício de alongamento com música, dinâmica de “radialista” com microfone de papel, degustação, oficina de memória, painel de fotos contando a história das famílias de profissionais e de usuários (6% cada), além de festas. A maioria dos gestores, quando citaram as técnicas adotadas na sala de espera, mencionaram no mínimo duas técnicas (88%), mostrando a importância da diversidade de recursos nas dinâmicas relacionadas a este espaço. O predomínio de palestras e a diversidade de técnicas foram pontuadas pelos profissionais que desenvolviam atividades educativas em sala de espera. Este assunto voltou a aparecer nas respostas abertas, como será apresentado adiante.

Nas respostas abertas, de gestores e profissionais, sobre sala de espera, as temáticas, espontaneamente citadas, eram diversificadas. Foram organizadas cinco categorias, definidas a partir dos elementos abordados, como mostra a tabela a seguir.

Tabela 11

Grupo de temas abordados nas salas de espera dos 17 Centros de Saúde Escola, segundo gestores e profissionais entrevistados^(*)

Grupos temáticos	Nº	%
Hábitos saudáveis	29	49
Prevenção de doenças	24	41
Exercício da cidadania	20	34
Cuidado ambiental	6	10
Outros temas, inclusive de datas comemorativas	10	17

(*) Tabela elaborada a partir do discurso espontâneo, e não induzido, dos 59 entrevistados, refletindo a percepção deles estritamente contextual ao discursar sobre o presente tema “sala de espera”.

Fonte: Reis, Inês Nascimento de Carvalho. Espaços públicos invisíveis: perdas e conquistas na Promoção da Saúde. 2012.

As abordagens relacionadas a hábitos saudáveis foram mencionadas por quase metade dos 59 gestores e profissionais entrevistados. Dentre elas, a maioria estava diretamente ligada ao cuidado. Foram citados cuidados em geral, auto cuidado e cuidado com a família. Seguiram-se observações sobre cuidados com alimentação, exercícios corporais e para memória, saúde bucal, planejamento familiar e climatério. Nota-se que as temáticas foram diversas e não estavam, necessariamente, relacionadas aos Programas prioritários do Ministério da Saúde, mas também partiam, ou de demandas epidemiológicas, ou sazonais, ou da própria população que esperava por atendimento, ressaltando a diversidade que existe no aprendizado e no diálogo neste espaço público.

O segundo grupo temático mais citado foi a prevenção de doenças e nele apontaram: prevenção em geral, sem especificar a temática; doenças endêmicas e crônicas; Doenças Sexualmente Transmissíveis -DST/AIDS; câncer; vacinação; e, ainda, informações sobre varias doenças de importância para os usuários do CSE e sobre tratamentos. Observa-se que nesta categoria os Programas ministeriais estão mais presentes, o que representa a solidez da caminhada histórica do país.

O fortalecimento do exercício da cidadania foi uma categoria focalizada por 34% de gestores e profissionais. Este percentual eleva-se para mais da metade, quando analisado especificamente os profissionais que desenvolviam atividades educativas, considerando que mostraram a preocupação em passar informações sobre o serviço e sobre direitos e deveres do cidadão, e 6 dos profissionais abordaram ambos os temas conjuntamente, apontando para uma valorização do *empoderamento* do usuário do serviço. A palavra cidadania foi expressa por 9 entrevistados, sem especificar o contexto da abordagem. Ainda apareceram orientações sociais em geral

e sobre benefícios a que os usuários tinham direito. A citação da temática cidadania pode contribuir para aumentar a participação e o controle social, almejados conceitualmente pelo SUS, favorecendo a minimização dos impactos de nossa sociedade relacional, onde a postura reivindicatória é recalcada, como apontado por Da Matta et al (1982). Este caminho, se estiver dentro de um processo de educação conscientizadora (Freire, 1975, 1982 e 2001), aponta para possibilidades de incentivo à transparência, ao não conformismo, a não omissão, à responsabilidade individual, à capacidade de pensar e agir em conjunto, em espaço público (Arendt, 2004 e 2008).

A questão do cuidado ambiental com o bairro e seu saneamento básico foi um tema citado em 10% das entrevistas. Os restantes (17%) citaram datas comemorativas do calendário nacional e campanhas do Ministério da Saúde (3) e temas diversos, como trabalhar conflitos, violência, “bullying” e outros “temas complexos”, sem especificação do significado.

Destaca-se que em todos os casos havia uma preocupação em interagir e agregar conhecimento com o usuário, que ele compreendesse o processo biopsicossocial (Perestrello, 2006; Scliar, 2007), o que é fundamental para que a saúde individual e coletiva aconteça dentro de um processo participativo.

Procurou-se conhecer se os profissionais que desenvolviam atividades educativas sentiam-se apoiados pela instituição. As respostas fechadas mostraram que do total de informantes, 65% consideravam-se sem apoio, isso tornará a aparecer nas respostas abertas sobre dificuldades em trabalhar na sala de espera. Dos que se sentiram apoiados, três consideraram que o simples fato da instituição não criar obstáculo já era um apoio. Outros citaram que receberam infraestrutura para desenvolver atividades (4), como cartazes, DVD, aparelho de som e cavalete para afixar álbum seriado e papel pardo. Também apontaram que houve apoio porque o gestor achava importante para o usuário (2) e que era um diferencial do serviço (1). Este achado mostra que o fato de pertencerem a um Centro de Saúde Escola e de existir políticas nacionais que incentivem práticas promotoras de saúde e participativas, não chegam a impactar em ações relacionadas à sala de espera.

Foram observadas atividades em sala de espera de dois CSE visitados. A partir do diário de campo e das filmagens realizadas nos 3 CSE visitados, registraram-se as abordagens dos profissionais e a participação dos usuários. Uma das atividades aconteceu no início do horário de atendimento ao Programa dos Homens, às 16 horas, e contava com a presença de 15 homens e 13 mulheres.

Percebeu-se que a profissional estava sorridente, movimentava-se em todas as direções, falava em altura que fosse fácil de ser escutada e brincava, fazendo, aleatoriamente, perguntas em geral, enquanto explicava sobre autocuidado masculino, desconfortos que precisavam ser enfrentados em urologia, ginecologia, cardiologia, além de esclarecer sobre o funcionamento do serviço. Os usuários prestavam atenção, sendo que alguns faziam e respondiam perguntas, inclusive quando a profissional não se direcionava a eles. A reação dos presentes mostrou o quanto a abordagem incentivava a participação, mesmo sem contar com os recursos audiovisuais que destacou como instrumentos que a ajudariam, se existissem no CSE.

Outro CSE visitado realizou duas atividades distintas e em dias diferentes na sala de espera. Uma atividade aconteceu logo no início do atendimento, seguindo uma escala e programação diária de palestras sobre tema escolhido pela SMS. O trabalho foi realizado em dupla, onde uma profissional distribuía folhetos e outra coordenava a dinâmica. A primeira profissional não falava em público e a segunda expressava-se com a voz tranquila, mas relativamente baixa, e não recebia resposta oral dos presentes, quando perguntava se tinham dúvidas, embora parecessem atentos, e assim, prosseguia. A outra atividade foi realizada por profissional durante o horário de atendimento da manhã; que abordou a importância da atividade física, alongamento, respiração adequada e relaxamento, seguida de exercícios acompanhados de música. No início, houve certa resistência dos presentes, mas a maneira firme da profissional pode ter contribuído para que várias mulheres, e alguns homens, fizessem alongamento na própria sala de espera. Aproveita-se para registrar a importância do perfil individual e da qualificação para desenvolver atividades em sala de espera, como relatado em algumas experiências (Reis, 2002; Veríssimo e Valle, 2005; Gomes et al, 2006; Teixeira e Veloso, 2006).

Outro CSE visitado não estava desenvolvendo atividades na sala de espera, pois se encontrava em obras e seus profissionais estavam exercendo outras ações. Os entrevistados citaram a ampla experiência passada em atividades em sala de espera. Informaram que uma das atividades realizadas era relacionada à alimentação saudável, sucesso que gerou um Grupo de Alimentação. Aproveita-se para destacar o êxito de atividades relacionadas à alimentação saudável em sala de espera, como apontado também por Reis (2002).

Os usuários entrevistados já haviam participado de palestras em sala de espera (57%), sobre os seguintes temas: cuidados com a saúde em geral (3); saúde do homem (3), da mulher (3) e da criança (1); perigos da automedicação (1), doenças crônicas (1), Doenças Sexualmente Transmissíveis (1), dengue (1), hepatite (1), pré-natal (1), exercícios para memória (1), alongamento do corpo (1), prevenção de queimadas (1) e informações sobre o SUS (1). Todos gostaram de ter participado das atividades, e muitos queriam que ela se tornasse permanente, como mostrado nos depoimentos a seguir:

- “Fez muito bem para mim. Comecei a lembrar mais das coisas, tinha até exercício de pegadinha, que são exercícios de memória. Não devia ter acabado”
- “É diálogo com o cliente. É muito bom cuidarem da gente também, além de conversarmos entre nós o que não se conversa em outros lugares. Explica o que todo mundo já sabe, que tem que fazer “aquele” exame, do “dedo grosso”.”
- “Muito bom, conscientiza, principalmente os jovens e também as “mães jovens”, as adolescentes já mães ou grávidas.”
- “Explicavam como se portar, comer bem, emagrecer, fazer caminhada. Devia ter sempre.”

Nenhum dos entrevistados dos 17 CSE citou a realização de oficinas para o desenvolvimento de habilidades manuais, que possibilitassem, inclusive, a geração de renda, mas esta apareceu nos grupos fechados. Apesar de também não ter aparecido em nenhum estudo da pesquisa bibliográfica, esta questão é importante para a promoção da saúde, considerando que interfere nos determinantes sociais de saúde e é viável, como relatado em Reis (2002).

Observou-se, através dos depoimentos de todos os entrevistados, que os temas citados, também apareceram no item anterior deste capítulo, quando se apresentou a relação de temas e grupos que aconteciam nos CSE fora da sala de espera. Em ambas as situações, ficou clara a importância da promoção da saúde como valorizadora de estilo de vida saudável, da participação, do cuidado ambiental e da prevenção de problemas. Mas, contraditoriamente, o destaque foi no uso de técnicas informativas, sinalizando a importância de investimento em práticas e experiências criativas e interativas com o usuário.

Vantagens de desenvolver atividades na sala de espera

Vantagens do uso da sala de espera para o desenvolvimento de atividades foi destacada, tanto por gestores e profissionais, quanto por usuários. A semelhança e complementação das falas de gestores e profissionais acarretou que elas fossem

tabuladas juntas, apesar das análises terem sido individualizadas em todos os contextos considerados relevantes. As falas dos usuários foram discriminadas como ilustrações das análises dos resultados, considerando a vivência percebida por estes.

A tabela, a seguir, resume os discursos espontâneos dos gestores e profissionais entrevistados nos 17 CSE, sobre vantagens que identificaram com relação ao uso da sala de espera. Nas falas espontâneas identificaram-se elementos que foram agrupados em 5 categorias, que estão correlacionadas com as políticas de saúde vigentes (Brasil 2004, 2006, 2012), sendo elas: democratização do conhecimento, interação social, humanização do serviço, organização do serviço, e qualificação de recursos humanos. Esclarece-se que a categoria interação social, citada por 10% dos entrevistados, prescindiu de explicações adicionais de elementos, por traduzir os cuidados que devem ser mantidos para um bom convívio entre todos na sala de espera e entre estes e os membros da comunidade local. As demais categorias apresentaram maior complexidade e, por isto, foram divididas em elementos, criados a partir de subelementos, inspirados nas diversas falas (detalhamento no apêndice 14).

Tabela 12
Percepção de gestores e profissionais entrevistados
nos 17 Centros de Saúde Escola sobre vantagens do
desenvolvimento de atividades educativas em sala de espera (*)

Categoria	Elemento	Nº	%
Democratização do conhecimento	abertura para todos	15	25
	conscientização cidadã	30	51
	informação orientadora	36	61
	multiplicação de saber pelos usuários	6	10
Interação social		6	10
Humanização do Serviço	acolhimento	14	24
	atenuação de ansiedade	6	10
	agrega valor a espera	6	10
Organização do serviço	organização do processo trabalho	19	32
	conhecimento de necessidades na interação usuário-serviço	15	25
	ampliação do serviço	10	17
	fortalecimento da equipe	6	10
	expressão da imagem institucional	4	6
Qualificação de recursos humanos	capacitação de alunos	13	22
	incentivo a capacitação de profissional do serviço	2	3

(*) Tabela elaborada a partir do discurso espontâneo, e não induzido, dos 59 entrevistados, refletindo a percepção deles estritamente contextual ao discursar sobre o presente tema.

Fonte: Reis, Inês Nascimento de Carvalho. Espaços públicos invisíveis: perdas e conquistas na Promoção da Saúde. 2012.

A categoria mais citada, democratização do conhecimento, está relacionada ao incentivo ao *empoderamento* no tocante a hábitos saudáveis e a habilidades pessoais. A sala de espera foi considerada como vantajosa para desenvolver atividades educativas, expressão exata utilizada por 36% dos gestores e profissionais entrevistados. A tabela anterior compartimenta os elementos dessa categoria, mas os elementos interagiram em muitas falas, ou seja, educação conscientizadora e transferência de informação andaram juntas. Isto remete as propostas de Paulo Freire e sugere estudos futuros sobre a correlação de modelos de Atenção à Saúde e os da Pedagogia, o que talvez aponte práxis transformadoras na área de interface de suas disciplinas.

Um elemento que deu a dimensão da abrangência da sala de espera como um espaço público de democratização do conhecimento foi o fato de estar aberta para qualquer pessoa, a qualquer momento, atingindo inclusive os que têm dificuldade de acesso à informação, à leitura e à participação em atividades educativas em salas fechadas, o que apareceu espontaneamente em 25% das falas. Isto lembra a proposta de “docência desterritorializada”, quando o processo educativo acontece em qualquer lugar (Peixoto, 2007). Remete, também, ao espaço público que, diferente da esfera privada, é o lugar onde “tudo que vem a público pode ser visto e ouvido por todos e tem a maior divulgação possível”, constituindo uma realidade transformadora (Arendt, 2008, p. 59). A importância de ser um espaço aberto está representada no exemplo de dois gestores:

- “É um espaço de educação porque passa informação para os pacientes. Funciona mais ainda porque há vários tipos de pessoas e podem ser multiplicadoras, e como é aberto, é um espaço sem limites, incentivando a espalhar o que ouvem, mais do que se estivessem em um lugar fechado. (...)”
- “Acho ótimo haver atividade educativa na sala de espera. Eu mesma já fiz várias (...). Ela é dinâmica, tem “entra e sai” de gente, diferente do grupo, onde ninguém entra e ninguém sai. A potencialidade dela é muito maior, porque tem gente o tempo inteiro. Tem uma abrangência muito superior ao grupo. Quando não se sentem bem, saem, mas, geralmente, ficam. Já avaliamos algumas vezes e vimos que merece investimento. Há aqueles que falam contra porque acham que é para ajudar a esperar mais tempo, mas não é isso. Em geral, todos gostam e participam, e até otimizam a vinda do paciente, porque fazem atividades educativas, tiram dúvidas, e refletem, além de fazerem consulta. (...) Todas as ações de grupo são na sala de espera, é uma forma de otimizar o tempo.”

Apesar de ter sido pequena a diferença entre a valorização de atividades consideradas informativas orientadoras (61%) e as de conscientização cidadã (51%), a prevalência da primeira reflete os modelos dominantes em nossa sociedade (Brasil,

2007; Freire, 2001; Davini, 1995). As principais palavras que classificaram o primeiro elemento foram: esclarecimento, ensinamento, orientação, aprendizagem e, em menor proporção, divulgação de informações, como valorizado na fala a seguir:

- “A sala de espera (...) é um tempo útil para fazer orientação (...). Até poderia haver TV, mas há problema de espaço. É eficaz, desde que o assunto seja do interesse das pessoas que ali aguardam e que não seja exigência para o atendimento. Não basta as pessoas ouvirem o que você diz..., elas têm que ter interesse, prestar atenção, assimilar e absorver as informações, com a consciência de que é importante para elas.”

Por outro lado, ficou evidente em muitas falas a preocupação com o usuário não ser um depositário de informações, e sim aproveitá-la, como expresso a seguir:

- “Busco que tudo seja funcional. Fico em dúvida quando um profissional surge em pé e fala por 15 ou 20 minutos sobre algo que a equipe definiu verticalmente (...). Vejo profissionais da Saúde da Família se capacitando e estão fazendo sala de espera para educação em saúde.”

Nas falas que mencionaram a sala de espera como um espaço educativo para conscientização e transformação, as palavras mais utilizadas foram: escuta, troca de experiência, diálogo, discussão, conversa, participação, reflexão, conscientização. Isto corrobora o que se defende na presente Tese. Depoimentos expressaram a riqueza desta possibilidade educativa conscientizadora, como delineado por Paulo Freire (1975 e 1982). Isto é coerente com a promoção da saúde, como expresso nas Declarações Internacionais (Brasil, 2002; Opas, 2009) e nas políticas nacionais (Brasil, 2006 e 2012) e estudado por diversos autores, como Arroyo (2004), Pedrosa (2006), Brasil (2007), Lopes (2008), Heidemann (2010). Confirma-se, assim, a possibilidade deste ser um espaço público, que represente a viabilidade do respeito ao direito, à diversidade, ao diálogo reflexivo e do agir em conjunto, como expresso nas obras de Arendt (1988, 2004 e 2008), e de estudiosos da presente temática a partir desta autora, como Souza (2006) e Neves (2007). A fala de dois entrevistados, a seguir, exemplifica este espaço como possibilidade de uma “relação inversa de poder”:

- “(...) É um espaço de conversa, diálogo, exposição de temas complexos e importantes. Por exemplo, o usuário pode falar sobre o que não gosta no serviço (no caso da sala de espera ser um lugar de participação social). (...) É como uma relação inversa de poder, extrapola a queixa, a dor, faz saber sobre a vida das pessoas, a angústia da história de vida do paciente, diferente da anamnese que fazem [no consultório].”

- “É um local que até pode propiciar o desenvolvimento de atividades de educação e promoção de saúde, mas tem que ter um espaço para escuta. Não pode despejar informações para o usuário. Tem que ser mais uma roda de conversa (...).”

Outro aspecto importante para a democratização do conhecimento, e que mostra o *empoderamento* popular, é o fato de considerar o usuário um multiplicador, o que foi apontado por 10% dos entrevistados. Isto também foi percebido nas experiências relatadas por Moreira et al (2002) e Ribeiro et al (2000). Este aspecto deve ser considerado como de significativa importância quando se pensa na questão social a ser enfrentada (Arendt, 1988; Iamamoto, 2007; Souza, 1988; Vasconcelos, 1985), notadamente quanto aos determinantes sociais de saúde (Buss & Pellegrini, 2007). Cabe ilustrar com as falas, a seguir:

- “É o único espaço que encontramos na área da promoção da saúde, porque não dá tempo nos consultórios, onde a consulta é muito rápida. É o único lugar que concentra todo mundo, apesar dos temas nem sempre interessarem a todos, mas sempre se pode disseminar a informação. Quando é mais ou menos com as mesmas pessoas, até podemos organizar por temas; eles sugerem o tema em uma caixinha e a gente prepara. (...) Fazemos uma palestrinha, depois passamos um vídeo, e quem quiser faz perguntas ou pode perguntar individualmente, pois ficamos à disposição em um consultório.”

- “Os painéis ficam expostos nas salas de espera por um tempo, para que outras pessoas que não estavam na atividade também possam ter contato com a informação. Aproveitamos esse momento de espera e preenchemos este espaço, o que é muito gratificante para mim. Primeiro sensibilizo o usuário para determinado tema e, segundo, é fornecido um folheto com as mesmas informações para ele levar para casa e transmitir para a família e amigos. É uma troca de conhecimentos muita rica, inclusive para o grupo de alunas que faz a atividade, pois elas têm a oportunidade do contato direto com a comunidade.”

Outro exemplo mostra o elemento conscientizador, participativo e até multiplicador de ideias e de técnicas em sala de espera, como citado criticamente por um gestor também envolvido com ensino e pesquisa:

- “(...) Muitas vezes, foram feitos painéis continuados sobre um tema (cada dia se acrescentavam novas ideias), e quem vem ao serviço, mesmo em horário em que não há atividade na sala de espera, pode ler, ver as figuras, pensar, conversar... Foi muito legal. Queríamos que entrasse na rotina dos setores, na discussão de temas para adultos e crianças, mas não conseguimos isso por falta de recursos humanos (...), nem para passar a ideia de que isso é desenvolvimento de tecnologia e pode ser replicado.”

Outra categoria identificada como uma vantagem para o usuário sobre o desenvolvimento de atividades na sala de espera foi ser reconhecida como um espaço de interação social (10% das falas espontâneas), inclusive contribuindo para formação de rede social. Costa Jr. et al (2006), Teixeira e Veloso (2006) e Ribeiro et al (2007) também mencionaram este aspecto, apontando não só a convivência e a troca de experiências na sala de espera, mas citaram que se ampliam para o âmbito familiar e institucional. Os exemplos de profissionais ilustraram esta percepção:

- “Alguns perguntam se haverá atividade toda semana, todo dia, para trazerem os vizinhos. Outros sentem suas atividades físicas valorizadas. É bom porque convidam para outras atividades no bairro (...). É bom estar mais próximo do público, divulgar o que existe no CSE e na comunidade, coisas de que eles não sabiam, logo, de que não participavam.”

- “(...) Acreditava muito pouco na sala de espera, mas hoje ela é conhecida pela nossa população, pois é quase um grupo de convivência, onde eles podem tirar dúvidas, trocam, sugerem novas inserções para os grupos; é conveniente para o serviço e para a população, e hoje até se extrapola para explicar a rede de saúde e fazer encaminhamentos, e tem outras potencialidades.”

- “(...) Há limitações, mas é um espaço de encontros e trocas entre os usuários, por isso sempre desistimos de colocar TV na sala de espera – foi uma decisão da equipe, para evitar o ruído e incentivar a possibilidade de troca. É um espaço onde as pessoas estão ali e podem fazer atividades educativas, mas tenho um pouco de resistência quando colocam vídeo, como uma visão mais tradicional de passar informação e conhecimento. Valorizamos muito as atividades grupais.”

Uma das categorias descrita foi a denominada de humanização do serviço e seus elementos aproximaram-se da Política Nacional de Humanização (Brasil, 2004). As atividades educativas foram abordadas como vantajosas para os usuários: por se sentirem acolhidos (24%); por diminuir a expectativa, a tensão e a ansiedade, especialmente quando o motivo da demora é compreendido (10%); e, também, por agregar valor ao tempo de permanência no serviço (10%). Isto também foi apontado por Reis (2002), Maruiti e Galdeano (2007), Ribeiro et al (2007). Registra-se, aqui, a importância do acolhimento como um princípio instituinte do SUS (Benevides e Passos, 2005; Deslandes 2000), por ser uma estratégia que reforça a responsabilidade, a escuta e o vínculo (Ayres, 2005 e 2009). As falas a seguir exemplificam a percepção dos entrevistados:

- “Normalmente eles sabem qual é o número de sua consulta e basta o profissional aparecer na porta, o usuário se retira para a consulta, mas o ambiente permanece ali, acolhendo-o todo o tempo em que está no serviço.”

- “A gestora e outros profissionais acham que diminuiu o barulho quando falo e aumentou a participação, mesmo que ainda tímida. (...)”. (atividade física com música)

- “(...) Independente da época, é preciso considerar que a sala de espera tem sua especificidade em função da espera, e é útil para divulgar e promover troca de pontos de vista sobre questões do serviço, temas, campanhas, etc... Serve para esclarecimentos em momentos de tensão na assistência, diminuindo a ansiedade.”

Foram destacadas duas categorias referentes a contribuições diretas ao serviço, são elas: reorganização deste e qualificação de pessoal. A qualificação foi citada em duas situações: campo de estágio para capacitação de alunos de cursos diversos (graduação, residência e especialização), contribuindo, inclusive, para refletirem sobre paradigmas (22%); e incentivo à melhoria da capacitação de

profissionais de saúde do próprio serviço (3%). A realidade da sala de espera como campo de práxis discente também foi relatada por Poleti et al (2006), Teixeira e Veloso (2006) e Turini et al (2008). O último autor menciona esta práxis como uma oportunidade de formar profissionais médicos diferenciados. Sua experiência, somada à presente pesquisa, remete à possibilidade da sala de espera como um espaço público de diálogo, conscientização e solidariedade (como preconizado nas obras de Arendt), não só para usuários, mas, também, para profissionais do SUS. Este resultado aponta as possibilidades do uso desse espaço para contribuir com a formação de recursos humanos para o SUS, atendendo a demandas valorizadas notadamente pelo Ministério da Saúde (Brasil, 2007), Conass (2003), Opas (2011), dentre outros. Os exemplos dos entrevistados, a seguir, esclarecem isso:

- “É um espaço de formação de alunos (residência e graduação de medicina e outras áreas como enfermagem, fonoaudiologia, fisioterapia, etc.) e eles têm que fazer sala de espera. Construímos junto com eles as propostas de sala de espera, o que é bom, pois foge do currículo deles, e aprendem estratégias para ver, escutar, conversar com o paciente.”
- “Ajuda a nós e ao paciente. O profissional aprende, até para poder responder as perguntas dos pacientes. Mais profissionais poderiam participar para mais pessoas saberem dar mais informações, mesmo que o profissional não seja da minha área, pois podemos poupar os serviços dos outros colegas.”

Quanto à categoria organização do serviço, foram identificados cinco elementos principais (tabela 12), compostos por importantes subelementos (apêndice 14). Foi dito que atividades em sala de espera ajudaram na organização do processo de trabalho (32%), inclusive proporcionando repensar o serviço; facilitando o desenvolvimento das funções dos profissionais; e favorecendo o momento da consulta, seja porque ajudou o usuário a chegar menos ansioso, seja porque chegou mais esclarecido, seja porque passou a faltar menos à consulta, tanto por ter passado a entender a importância de seu tratamento, quanto pelo interesse em participar de atividades antes do atendimento. Seguem algumas falas significativas:

- “É um espaço para discutir ações preventivas, educativas e tirar dúvidas (...). Possibilita a orientação nutricional imediata, sem necessidade de agendamento de consulta; a promoção da alimentação saudável; o incentivo ao acompanhamento nutricional em indivíduos com necessidade para tal. Aproveita-se o tempo de espera para se obter informações. A assistente social aborda aspectos gerais da diabetes, dando ênfase à família para a correção de hábitos como: atividade física, fatores de stress, vida social, doença crônica e responsabilidades.”
- “Claro que é um espaço de atividades educativas, de integração entre as pessoas, participação dos usuários e integração destes com o serviço, facilitando o trabalho dos profissionais, pois tira dúvidas dos usuários, possibilitando que fiquem mais focados na consulta, quando chegam ao atendimento.”

- “Ajuda até nos atendimentos de saúde mental, pois as pessoas verbalizam coisas que antes não falavam nem na consulta e passam a trocar experiências, o que interfere na consulta.”

Um elemento também citado na organização do serviço foi a interação entre usuário-serviço (25%), onde a valorização da escuta e da fala do usuário gerou um maior conhecimento de suas necessidades, além de ajudá-lo a compreender os limites do serviço, como mostrado nas falas seguintes:

- “Trabalhar com grupo sala de espera é importante numa instituição, pois possibilita um atendimento mais humanizado, dando voz ao outro, criando espaço de falas, aproximando o usuário da equipe, transformando o tempo de espera, não num espaço para passatempo, mas sim em um tempo informativo, estimulando reflexões, despertando no usuário uma participação mais efetiva no seu tratamento. Trabalhando em grupo de recepção de pacientes com transtornos psíquicos (neuróticos, psicóticos e dependentes químicos), numa comunidade com alto índice de drogadição, percebemos, ao longo das reuniões, uma baixa adesão de pacientes comprometidos com a dependência química. Assim sendo, busquei, através do grupo sala de espera, conversar com os pacientes enquanto aguardavam sua consulta, informando-os sobre as características da doença, e o adoecimento familiar, ou seja, a codependência. A partir de alguns encontros, percebemos que aumentou a busca para este atendimento. (...)”

- “É um espaço muito rico, tanto para o usuário quanto para o profissional. Você passa a conhecer as necessidades deles. Desde que fiquem à vontade e sintam segurança, eles falam sobre suas dificuldades relacionadas ao tema que estiver sendo conversado. E ainda estamos sensibilizando nossos usuários para o tema em questão, ajudando-os no cuidado à saúde.”

- “É uma troca, solidariedade, reconhecimento. Passamos nosso saber, mas aprendemos muito.”

Atividades na sala de espera também contribuíram para ampliar ações do serviço (17%), seja porque a atividade por si só foi uma nova oferta de atendimento, seja porque a experiência e a tecnologia desenvolvidas foram replicadas em outros lugares, seja porque permitiram a busca ativa de usuários. Interessante mencionar que este elemento apareceu sempre associado a outras categorias, mas esta vantagem acarretou em uma dificuldade, a falta de apoio de outros profissionais, devido ao aumento da demanda de trabalho, como será mostrado adiante. Mas, apesar deste elemento ter aparecido como dificultador em 12% das falas, foi exatamente o oposto, sendo considerado vantajoso por fortalecer as relações da equipe de trabalho (10%), como apresentado a seguir:

- “Ajuda na integração da equipe e no vínculo com o paciente. (...) Trabalhamos em equipe e todos sabem que são importantes e trocamos muito saber, e ficamos mais tranquilos.”

- “A experiência foi tão boa que expandimos para fazer teste sanguíneo na feira, perto do CSE.”

Nenhum entrevistado considerou o ambiente construído da sala de espera como um elemento que mostra as relações de poder existentes, como apresentado nas obras de Milton Santos, mas dois citaram que a sala de espera é a expressão da imagem institucional (6%), dizendo que é a porta de entrada, que acolhe o usuário e mostra a “cara do serviço”, como bem resumido por uma gestora:

- “O espaço está aberto, se está aberto você entra. Se tem platéia, você atua. (...) É o espaço ideal, é a porta de entrada. Você tem que fazer como se fosse com você, o usuário pode chegar com um pé atrás, e se não tem um “bom dia”, um sorriso, ele não volta. A sala de espera é a cara do seu serviço. É nela que você faz prevenção e promoção da saúde. É o melhor espaço que existe. Mostra a necessidade da busca ativa.”

As falas indicaram que o desenvolvimento de atividades em sala de espera pode contribuir para a organização do serviço, o que também foi especialmente apontado nos artigos de Ribeiro et al (2007) e Poletti et al (2006). Cabe destacar que isto é importante para o enfrentamento dos problemas existentes no SUS, onde a Atenção Básica de Saúde é estratégica (Brasil, 2012). Este resultado sugere que possa ser estratégico investir em estudos e ações de práticas que fortaleçam o SUS, a dimensão pública do Sistema, como apontam Heimann e Mendonça (2005), notadamente, em um país que tem cada vez mais investido na privatização (Opas, 2007; Nishijima & Biasoto Junior, 2006).

Os discursos dos gestores e profissionais entrevistados apontaram a importância do desenvolvimento de atividades em sala de espera, e somente 17% acharam desnecessárias, especialmente se forem um paliativo para ocupar o tempo de espera, mas, mesmo nestes casos, o foco também estava voltado para o aproveitamento efetivo daquele espaço.

Todos os usuários preferiram que a sala de espera tivesse atividades educativas e 23% queriam que tivesse sempre, inclusive anunciando antecipadamente, para que fossem ao CSE, exclusivamente, para isto:

- “Tem que prestar sempre atenção para pegar informações certas. Ajuda a gente a se cuidar. Podiam marcar com antecedência. Por exemplo, toda 4ª feira vai acontecer a atividade “x”, e assim por diante. Ai a gente vem para isso.”

- “A sala de espera é como se fosse um atendimento, mas que acontece antes do atendimento. Ela ajuda a gente a ir preparada para perguntar e entender o que a médica quer. É como se fosse um preparo para o atendimento: se você sabe mais sobre o assunto pode informar melhor para o médico.”

Os resultados do item anterior sobre a percepção dos entrevistados com relação à promoção da saúde e os posicionamentos aqui expostos, coincidem com as

premissas das cartas internacionais e conceitos de promoção da saúde. O desenvolvimento de atividades na sala de espera, nesse sentido, pode ser de grande relevância, em especial quando concebido com vistas ao fortalecimento das políticas nacionais de promoção da saúde e de humanização, podendo representar uma significativa contribuição para práxis no SUS, como os discursos deixaram claro.

Dificuldades encontradas para desenvolver atividades em sala de espera

A análise dos discursos dos entrevistados identificou dificuldades para desenvolver atividades em sala de espera, expressas em sub elementos, agrupados em elementos e reagrupados em quatro categorias, como apresentado na tabela a seguir (detalhes no apêndice 15), sendo estas relacionadas: ao ambiente, aos recursos necessários, à reação dos usuários, e ao apoio encontrado.

Tabela 13
Percepção de gestores e profissionais entrevistados nos 17 Centros de Saúde Escola sobre dificuldades em relação a desenvolver atividades educativas em sala de espera^(*)

Dificuldades da sala de espera			Total	
Categoria	Elemento	Subelemento	Nº	%
Ambiental	infraestrutura inadequada		7	12
	desconforto		13	22
	movimentação		11	19
Recursos	humanos	falta de pessoal	11	19
		profissional não adere	8	14
		limitações pessoais	8	14
		dificuldade técnica	6	10
	técnicos	necessidade de tecnologia específica	9	15
		necessidade de temática envolvente	9	15
Reação dos usuários	dispersão e desatenção		11	19
	baixa adesão		7	12
	falta de tempo		4	7
Apoio	prioridade na produção assistencial		14	24
	não valorização institucional		10	17
	falta de apoio de outros profissionais		7	12

(*) Tabela elaborada a partir do discurso espontâneo, e não induzido, dos 59 entrevistados, refletindo a percepção deles estritamente contextual ao discursar sobre o presente tema.

Fonte: Reis, Inês Nascimento de Carvalho. Espaços públicos invisíveis: perdas e conquistas na Promoção da Saúde. 2012.

Dentre as dificuldades apontadas por gestores e profissionais para o desenvolvimento de atividades em sala de espera, apontou-se a categoria falta de apoio. Como mostra a tabela, a exigência de produção assistencial que justifique a

carga horária de trabalho foi um significativo elemento apontado na falta de apoio (24%). Isto também apareceu quando os entrevistados se queixaram da falta de apoio dos próprios colegas profissionais de saúde (12%), sendo que duas falas justificaram que o motivo era o aumento da demanda nos consultórios dos CSE. Tais acontecimentos podem estar relacionados a não valorização institucional, citada por 17% dos entrevistados. Este fato é coerente com a realidade de pressão quantitativa de atenção a demanda assistencial no SUS. Ilustra-se com os depoimentos a seguir:

- “Nunca paramos para estruturar o serviço mais completamente, porque há uma rotina com os pacientes agendados, já há uma demanda e não dá para fazer sala de espera, mas há grupos. (...)”
- “Tínhamos uma equipe e fazíamos, mas depois que virou Unidade Básica de Saúde, só temos enfermeira, clínico, pediatra, e eu e a nutricionista, que só estamos aqui de teimosas. Pararam porque o centro de saúde saiu da Faculdade, era multiprofissional e um ajudava o outro.”

Este último depoimento, apesar de não ser de gestor, mostra, inclusive, a interferência da crise do papel dos CSE no SUS, como já apresentado.

Mas, cabe, ainda, um destaque que, apesar de ter aparecido somente uma vez, sugere estudos futuros:

- “Não se tem mais trabalho em sala de espera porque a sociedade não tem valorizado espaços coletivos, onde existem as mais variadas figuras e demandas, o que pode acabar incentivando um levante.”

Esta observação remete ao surgimento da sociedade de massas, que busca uma sociedade única, baseada no conformismo, na intolerância ao diferente (Arendt, 2008), onde a obediência sobrepuja o pensar e o agir crítico, permitindo o fortalecimento da esfera privada e uma relação de poder inquestionável, abafando o poder do agir em conjunto da esfera pública (Arendt, 2004 e 2009).

Outra categoria identificada a partir de elementos e subelementos das falas espontâneas dos entrevistados, contempla as dificuldades relacionadas ao ambiente da sala de espera. O desconforto (22%) foi relacionado à ventilação (3 citações), mas a acústica foi a maior queixa (10 citações). As causas de barulho foram relacionadas às vozes e às campainhas de senha eletrônica. Embora seja útil o investimento em tecnologias que minimizem a poluição sonora, as vozes são inerentes à natureza da sala de espera, considerando que o problema da acústica está intimamente relacionado ao segundo elemento mais citado na categoria, a movimentação de pessoas (19%), também uma das dificuldades como um todo. A movimentação de pessoas e a poluição sonora podem ter interferido sobre as categorias dos problemas

de “recursos” e “reações dos usuários”, apesar de não terem sido vinculadas diretamente pela maioria dos entrevistados. O outro elemento destacado nesta categoria relacionou-se à infraestrutura (12%), mas os entrevistados não detalharam suas respostas. Cabe lembrar que Gomes et al (2006) e Penna (2004) também apontaram os desconfortos do ambiente da sala de espera. Cuidar desse espaço dentro dos princípios da Política Nacional de Humanização (2004), é reconhecer que o ambiente é uma forma de linguagem, expressa o ser-no-mundo, as relações sociais e institucionais existentes, como estudado por Santos (1979 e 1999), Duarte (2002), Pádua (2005) e Reis et al (2005).

A categoria dos recursos apresentou ramificações, inclusive ao nível de subelementos. No elemento referente aos recursos humanos a maior queixa foi sobre a falta de profissionais (11 falas). Foi interessante correlacionar este elemento à falta de apoio devido à prioridade na produção assistencial, mas somente 4 falas, todas de gestores, abordaram ambos como justificativa para deixar as ações em sala de espera para segundo plano.

Um fator que também pode ter agravado pela falta de pessoal para desenvolver ações promotoras de saúde estava correlacionado aos outros elementos de recursos humanos. A natureza da sala de espera mobilizou sentimentos que obrigavam os profissionais a enfrentar limitações pessoais (14%), como: o medo do inesperado e de atrapalhar; a vergonha da exposição para uma plateia, especialmente na frente de outros profissionais; a frustração quando o usuário não participava como esperado; e o fato de não gostar de fazer esse tipo de trabalho. Isto pode ter influenciado para que 14% dos entrevistados se queixassem de que outros profissionais não se engajaram nessa proposta. Estes sentimentos também foram relatados em dois artigos (Teixeira e Veloso, 2006; Turini et al, 2008), mas interessante destacar que eram mais relacionados às percepções de alunos e não à exposição do sentimento dos profissionais. Isto remete a dificuldade de aprofundar determinados assuntos, considerando o papel de cada um na sociedade, a máscara usada na representação de seu contexto, como discorre Goffman (2005). A fala de dois gestores expressa tal percepção:

- “(...) Tem profissional que desanima, pois os usuários, muitas vezes, não participam; mas os profissionais já sabiam disso, pois nós é que oferecemos a atividade. Até parece que os profissionais têm medo da sala de espera.”
- “(...) Quando assumi a Direção do CSE, tentei implementar as atividades educativas na sala de espera, mas não consegui êxito. Não encontrei entre os funcionários um profissional que se interessasse em assumir esta atividade. Também

fiquei um pouco decepcionado com a dificuldade e mesmo com o material que encontrei para desenvolver esta atividade. O pessoal nutre a ideia de que, na Unidade de Saúde, vai ser orientado só sobre saúde, mas podem-se ensinar diversas outras atividades: costura, culinária, plantio, como fazíamos em outra sala de espera (...).”

Outro elemento significativo na categoria dos recursos humanos foi relacionada à dificuldade técnica do profissional (10%). Isto pode ser somado a outro elemento, também citado como limitante para a sala de espera, a exigência de recursos técnicos específicos (15%), ou seja, uma tecnologia própria que seja interativa, não invasiva, que atraia a atenção do usuário, que aborde temáticas e assuntos adequados e envolventes (15%). Volta-se à questão do investimento na qualificação dos profissionais de saúde nas funções a que são delegados, como já mencionado, sugerindo que este é um ponto importante a ser enfrentado. Algumas falas ilustram isto:

- “Passo informação, focalizando o que é mais importante, sem detalhar muito, se não dispersam. Falar na casa das pessoas é diferente. Na sala de espera é duro ter que falar alto para os outros entenderem, pois ficam de conversa paralela, tem gente passando, dá até nervoso, e se “der branco”, e se falar errado... Antes ficava chamando as pessoas e hoje param quando estou indo falar. (...)”

- “(...) Os outros profissionais estão preocupados com a sua atividade e nem sempre com a sala de espera, o que deixa o assistente social preocupado, ansioso, por achar que pode estar atrapalhando o outro profissional, e até mesmo o usuário. Acho complicado. É um pequeno ambiente, mas muito inseguro e frágil, pois não consigo segurar a atenção das pessoas. Vejo as Nutricionistas fazendo, mas acho que é a mesma coisa. Logo, não consigo valorizar, achar que seja um trabalho que tenha envolvimento, que deixe marcas. (...)”

A reação dos usuários foi outra categoria identificada pelos profissionais. Interessante destacar que ela não foi correlacionada diretamente com o restante das categorias, mas o conjunto dos discursos dos entrevistados mostrou que isto interfere no ambiente e nos recursos necessários, notadamente com relação ao barulho. A maior queixa nesta categoria foi a dispersão dos usuários (19%), alegando simples falta de interesse pela atividade ou preocupação com a chamada para o atendimento. A baixa adesão às atividades (12%) foi justificada pela dificuldade do profissional atrair a atenção do usuário e, também, pela vergonha e pelo sofrimento de dor que introvertem a pessoa. Outra reação que incomodou os profissionais, mas em menor proporção (7%), foi a falta de tempo dos usuários para ficar nas atividades, saíam para a consulta e não voltavam. Cabe trazer para reflexão o que Paim e Almeida Filho (1998) estudaram, que se deve considerar as relações sociais para se reduzir o sofrimento humano. Deve-se entender os sinais que estes aspectos expressam, para

que prevaleça no espaço público o respeito à diversidade, à liberdade, à compaixão (Arendt, 1988).

Dois profissionais apresentaram reflexões sobre as novas mídias como possíveis desmotivadores de adesão, como apontado a seguir:

- “É um lugar muito bom para fazer atividades educativas, mas, atualmente, o jovem prefere ouvir *walkman*, mas outros se interessam. O jovem parece desinteressado pela vida, e a mídia contribui para isso, mas vai ficando mais velho e vai se preocupando mais.”

- “(...) Será que os profissionais estão pouco motivados? A população está sem tempo? Está mais informada? Os meios de comunicação, a internet, estão influenciando nisso? Nós não estamos valorizando estas atividades? Antes a produção educativa não era contada, mas a gente sempre contou, e hoje os sistemas contam. (...)”

Este último depoimento apontou que atividades educativas são computadas na produção dos serviços da ABS, mas ninguém mencionou como um dificultador para a valorização de atividades educativas e de promoção da saúde em sala de espera a forma de registrar esta ação, o que talvez seja um grande motivo para ser um espaço invisível.

Não houve análise dos entrevistados sobre a preferência de gestores em investimentos que privilegiam determinadas infraestruturas em detrimento de outras, o que poderia expressar relações de poder e discriminatórias (Santos, 2007). Os resultados encontrados sugerem estudos futuros que possam ajudar na valorização da ABS, da promoção da saúde e de espaços públicos de saúde, como a sala de espera, pois desvendar e compreender esta realidade pode provocar um diálogo que gere transformações oportunas para o enfrentamento da questão social, minimizando desigualdades, através do investimento em ações promotoras de saúde (na concepção mais ampla da palavra) e preventivas de doença.

Entrevistaram-se 15 assistentes sociais, buscando opiniões sobre a sala de espera, enquanto campo de práxis e de formação de profissionais. Todas as assistentes sociais dos três CSE visitados foram entrevistadas presencialmente (5) e nos outros CSE, por telefone e por *email* (10), após indicação dos gestores durante a fase 4 da pesquisa. Cabe lembrar que dois CSE declararam não haver este tipo de profissional em seus quadros, e outro não quis participar da pesquisa. Das 15 falas, somente duas assinalaram ser desnecessário utilizar a sala de espera como um campo de práxis. Três não se posicionaram. As demais (67%) acharam importante a sala de espera como campo de práxis, inclusive por se relacionar diretamente com o cumprimento de sua missão profissional: possibilidade de diálogo e troca de

experiência com o usuário (2); incentivo a reflexão, participação, transformação e exercício da democracia (4), divulgação de informações e prevenção de problemas (3), e rompimento com o tradicional (1). Destacou-se (33%), ainda, a posição histórica da sala de espera, como um campo que já foi muito utilizado pela profissão, mas onde esta perdeu espaço para outras profissões. O distanciamento do Serviço Social da sala de espera também foi atribuído a razões citadas pelo conjunto dos entrevistados (prioridade na demanda assistencial, falta de apoio institucional e de outros profissionais que criticaram o aumento da demanda nas consultas, exigência de comprometimento e exposição do profissional), mas foram acrescentadas mais duas razões: as faculdades de Serviço Social não estarem mais valorizando este campo de estágio; e os profissionais terem preconceito de que é uma prática inferior e acrítica, o que foi considerado desaprovador pelos próprios entrevistados que fizeram estes destaques.

Em síntese, as dificuldades apontadas com relação ao desenvolvimento de atividades em sala de espera são, geralmente, contextuais ou conjunturais, e raramente por convicção. A maioria deseja que elas se realizem, seja como espaço público de educação conscientizadora, de dialogar e agir em conjunto; seja como espaço informativo; onde prevaleça a interação social solidária (Arendt, 2008).

Sugestões extraídas dos discursos

Apesar de não se ter perguntado sobre sugestões de técnicas e práticas para o desenvolvimento de atividades em sala de espera, durante a análise dos discursos de gestores e profissionais, percebeu-se que diversas contribuições estavam sendo mencionadas como recursos importantes para desenvolver atividades educativas em sala de espera, como resumido na tabela a seguir.

Tabela 14

Recursos considerados importantes para atividades educativas na sala de espera, citados durante as falas de gestores e profissionais entrevistados nos 17 Centros de Saúde Escola^(*)

Recurso importante		Total elemento	
Categoria	Elemento	Nº	%
Ambiental	organização por tipo de atendimento	7	12
	conforto	5	8
Humano	específico e capacitado	6	10
	multidisciplinar	5	8
Técnico	interatividade	20	34
	temáticas diversas e envolventes	6	10
	técnicas diversas, sem especificar	3	5
Midiático	audiovisual	12	20
	impresso	6	10
	diversidade de material	4	7

(*) Tabela elaborada a partir do discurso espontâneo, e não induzido, dos 59 entrevistados, refletindo a percepção deles estritamente contextual ao discursar sobre o presente tema.

Fonte: Reis, Inês Nascimento de Carvalho. Espaços públicos invisíveis: perdas e conquistas na Promoção da Saúde. 2012.

Quanto às sugestões sobre o ambiente, foi considerado um facilitador este ser organizado por tipo de atendimento (12%), como apontado por um gestor:

- “(...) Deve ser bem dimensionado, pois tem entra e sai de gente, e não deve ser muito evasivo, porque não é a proposta da pessoa que está ali esperando. Um bom local para se fazer sala de espera é a Vacina, pois o usuário não está se sentindo doente, e também é adequada dentro de uma atividade de acolhida, pois pode fortalecer o vínculo.”

O conforto ambiental foi outro aspecto mencionado (8%), sendo sugerida: decoração agradável, conforto de mobiliário e ventilação, e vegetação decorativa.

Foi destacada a importância dos profissionais estarem capacitados para desenvolver atividades em sala de espera (10%) e trabalharem, sempre que possível, com equipe multidisciplinar (8%), como esclarecido pela fala a seguir:

- “(...) Não é qualquer pessoa que pode fazer qualquer coisa. A super especialidade tem que ser repensada, mas tem que haver profissionais que saibam que tenham reflexões pedagógicas, de forma problematizada. Não é ir lá e fazer uma palestra, só transmitir, tem que aproveitar o que vem naquele momento. Tem que ser extremamente competente para pegar um problema real, trazido daquele momento, para aproveitar e trabalhar aquela questão com os outros.”

Percebeu-se que as categorias técnica e midiática, e estavam intimamente correlacionadas. Foi valorizada a necessidade de técnicas que sejam interativas (34%) e que abordem temas diversos e envolventes (10%). Informaram que os temas podem ser definidos considerando vários aspectos motivadores: indicadores

epidemiológicos, para identificar prevalência de problemas específicos na área; relevância das ocorrências sazonais; datas de campanhas e calendários comemorativos nacionais e internacionais; e perguntas aos usuários, feitas momentos antes da atividade, de forma verbal ou através de caixinha de sugestões. Dentre as técnicas de abordagens citadas, destacaram-se algumas que contaram com a participação direta dos usuários: teatro; programa de rádio realizado com instrumentos de papelão; banho em boneca; exercício de alongamento com música; oficina da memória; construção de painéis sobre história familiar, contada com fotos das famílias de profissionais e usuários; contador de histórias; degustação; brinquedoteca com bate-papo. Além disso, 20% acharam interessante o uso de recursos audiovisuais (televisão com programação aberta e educativa, filmes e música ambiente) e 10% valorizaram impressos (uso de cartazes, distribuição de folhetos e dinâmicas com álbum seriado e papel pardo com caneta), além da diversidade de materiais (7%). Notou-se que nenhum dos entrevistados incluiu espaços virtuais em suas técnicas e temáticas, que já vem transformando as redes de poder, ao propiciar transparência e instrumento fiscalizador da democracia, “(...) o governo do poder público em público” (Bobbio, 1997, p. 84). Estes espaços virtuais podem contribuir para transformação gradual dos espaços coletivos em espaços públicos.

Observou-se que muitas das vantagens, dificuldades e sugestões feitas durante as falas espontâneas dos entrevistados foram similares a experiências já relatadas. O trabalho multidisciplinar qualificado e comprometido, e com a presença de mais de um profissional, favorece a comunicação com o usuário. Técnicas interativas e recursos adequados são importantes para a qualidade das ações. A interferência dos modelos de atenção vigentes e a valorização (ou não) de lócus de experimentos e formação profissional, inerentes à missão dos Centros de Saúde Escola, a priori, podem influenciar o grau de envolvimento com práticas promotoras de saúde, notadamente as relacionadas à sala de espera, considerando as limitações aqui expostas.

Por outro lado, as falas identificaram a sala de espera como um espaço público, de solidariedade, de diálogo e de educação conscientizadora (Arendt, 2008; Freire, 1975), importante, frente à questão social que impera e à realidade a ser enfrentada pelo SUS junto com a sociedade (Buss e Pellegrini, 2007; Iamamoto, 2007). Mas, a realização plena de seus recursos, atuais ou potenciais, exige

capacitação profissional, criatividade e experimentação, típicas de um CSE, que não tenha sido absorvido pela rotina burocrática de produção de serviços de saúde em massa, avaliados pela quantidade de atendimentos (Cyrino, 1993; Rossoni, 2010). As práticas de sala de espera exigem inovação para que extrapolem as rotinas diárias que enfatizam o modelo biomédico em detrimento da integralidade preconizada nos encontros nacionais e internacionais, e em nossas próprias leis e políticas públicas, que consagram a promoção da saúde (Brasil, 2006 e 2012; Campos, 2006).

A era da informação vem difundindo a cidadania consciente, que exige comprometimento e transparência nos serviços públicos em geral. Após esta longa exposição dos resultados alcançados pela pesquisa de campo é possível considerar que a sala de espera é um espaço reconhecido, mas ainda é invisível no campo da promoção da saúde, mas pode caminhar para a visibilidade se tomado como um espaço público estratégico e indispensável, enquanto espaço de promoção da saúde, educativo e iniciador de novas concepções e ações.

6 Considerações Finais

O cuidado com a saúde evoluiu, desde tempos ancestrais, até a supervalorização de tecnologias, embora no mundo contemporâneo, a gravidade da questão social persista. Em contrapartida, o cuidado tem incentivado diversas Conferências Internacionais sobre Promoção da Saúde. Estas buscam uma visão integral da saúde, de caráter polissêmico, fundamentada em uma estratégia de transversalidade política e social; de participação da sociedade como um todo, de vida saudável, individual-coletiva, e de protagonismo no enfrentamento dos determinantes sociais de saúde. No Brasil, do cuidado do pajé à atual complexidade da atenção à saúde decorreram um pouco mais de 500 anos. A atenção universal e integral à saúde do povo brasileiro, expressa na criação do Sistema Único de Saúde (SUS), só tem pouco mais de duas décadas, sujeita, ainda, a avanços e entraves políticos, ideológicos e econômicos. Importantes políticas nacionais, como a de Humanização, Promoção da Saúde e Atenção Básica de Saúde (ABS), não chegam a uma década de existência, e a última acabou de ser reformulada, em outubro de 2011. Muito há que se fazer para que a promoção da saúde seja uma realidade efetiva, que ajude a atenuar os problemas sociais que persistem em um país que, embora avance em seus indicadores socioeconômicos, ainda se apresenta com tantas desigualdades.

Neste contexto, coerente com a proximidade entre a Promoção da Saúde e o Serviço Social, é estratégico o fortalecimento do espaço público, expressão das relações de poder e sociais existentes, fundamentado na ética cidadã, na pluralidade, na liberdade, na transparência, no diálogo, na solidariedade, na educação conscientizadora e transformadora, construído a partir da troca de saberes técnicos e populares, para o incentivo do exercício da cidadania e do bem comum em geral.

Um campo empírico, que permite analogias e generalizações sobre um espaço público, é a sala de espera. Por ela passa o principal usuário do SUS, a população pobre, excluída de muitos dos seus direitos, carente de informações e cuidado, e que se sente sem voz, sem poder, para lutar por transformações para melhorias da qualidade de vida.

A espera pode oprimir e a cotidiana presença da televisão na sala de espera pode incentivar valores e consumo alienados e massificantes. Assim, o espaço corre o risco de expressar, e até incentivar, a sociedade massificada, onde o indivíduo vê seu problema de maneira individualista, sem possibilidade de troca de experiência e de diálogo com o outro; sem contextualização e crítica ampliada, podendo até ser considerado como paciente/paralisado e/ou alienado, frente aos problemas estruturais que vivencia na instituição de saúde e em sua sociedade. Quando se descreve o ambiente barulhento, sem conforto e sem interação social, também se mostra como os poderes institucionais têm lidado com o pobre e com o enfrentamento das manifestações da questão social. O cidadão fica a esperar, sem incentivo e sem voz. Esses tipos de sala de espera são espaços públicos invisíveis ao público!... Logo, as salas de espera dominantes da ABS do SUS, inclusive em alguns Centros de Saúde Escola (CSE) não são espaços públicos por não promoverem a interação criativa emancipadora do usuário.

A sala de espera denuncia uma dimensão qualitativa e quantitativamente. Acredita-se que, mesmo quando não existir mais espera, continuarão transitando milhões de usuários nos ambientes da ABS, destinados ao inevitável trânsito da demanda. Ela deve ser entendida como um espaço que expõe a manifestação da questão social e das relações desiguais sociais, econômicas, culturais e de poder, vigentes entre instituição-profissional de saúde, e usuários-cidadãos.

Práticas assumidas com compromisso e responsabilidade social podem contribuir para que indivíduos massificados exercitem seus direitos e deveres de cidadãos nos espaços públicos disponíveis. Os resultados aqui apresentados mostraram que a sala de espera pode ser maximizada como um espaço público, de educação dialógica e conscientizadora, utilizando técnicas de multimídias e/ou recreativas e/ou de aprendizado para geração de renda. Assim, este espaço pode contribuir para evitar o desperdício de oportunidades para o enfrentamento da questão social, incorporando os Determinantes Sociais de Saúde, contribuindo para a melhoria da qualidade de vida das pessoas, incorporando uma visão mais radical de promoção da saúde.

Buscou-se conhecer as publicações disponíveis on-line (Capes, 2009; e BVS, 2009) e se identificou a quase ausência, na bibliografia científica, da sala de espera do setor saúde. Dos 46 resumos disponíveis on-line, onze foram relacionados a atividades educativas em sala de espera, mas dezoito eram

relacionados a pesquisas realizadas em sala de espera, mas não sobre a sala de espera, o que sugere que os profissionais de saúde reconhecem que a sala de espera é um espaço onde há pessoas aguardando por um atendimento, e aproveitam a oportunidade para aplicar questionários e/ou realizar entrevistas sobre assuntos de seus interesses específicos. Pode-se fazer um paralelo com o modelo tradicional de saúde, pois é um cidadão “aprisionado” na espera institucionalizada de um atendimento público, sendo “convidado” a se transformar em “objeto” de pesquisa, sem que o resultado dessa pesquisa necessariamente traga contribuições para a melhoria daquele momento, daquele espaço e daquele cidadão. Esta busca bibliográfica indicou que os profissionais voltados à utilização, à avaliação e à divulgação de questões referentes à sala de espera valorizam-na e apresentam vantagens e dificuldades em operacionalizá-las, e se identificou duas principais categorias de análise, como espaço sócio-educativo e de reorientação do serviço, categorias estas que também emergem da pesquisa realizada para esta Tese.

Com esta base firmada, para analisar a dinâmica destes espaços públicos de saúde, segundo os referenciais da promoção da saúde e seus desdobramentos, optou-se por desenvolver uma pesquisa de campo, quali-quantitativa, em Centros de Saúde Escola (CSE) do Brasil, relacionados no Cadastro Nacional Estabelecimentos de Saúde (Cnes, 2009 e 2010). Percebeu-se que o sistema de filtragem do Cnes não associa siglas e abreviaturas, o que representa uma não padronização de informações sinônimas.

Escolheu-se trabalhar com os CSE porque eles pertencem à principal porta de entrada do SUS, a ABS, e têm a finalidade de contribuir para a formação de recursos humanos, desenvolver pesquisas, tecnologias e propostas que favoreçam o fortalecimento do Sistema. O diálogo com 24 gestores, 35 profissionais de saúde e 32 usuários, totalizando 91 cidadãos, de 17 CSE (visita a 3 CSE e telefonema nos 14 demais), contribuiu para firmar a importância de se perceber este espaço através de conceitos que proporcionem um olhar para a sala de espera como um espaço público.

As percepções dos gestores e profissionais entrevistados mostraram que o conceito de Promoção da Saúde é um processo em construção, frente às teorias, cartas e políticas nacionais e internacionais. Apesar de percebida como uma visão ampliada de saúde, destacou-se o conceito como associado à prevenção, às

atividades educativas relacionadas a habilidades pessoais, ainda que não necessariamente praticadas através de metodologias participativas. A mesma tendência aconteceu com a percepção dos usuários. Tais ocorrências sugerem estudos futuros de atividades educativas relacionadas à adoção de estilo de vida saudável (notadamente, porque aparecem vinculadas ao incentivo às habilidades pessoais). Representam uma possibilidade estratégica de maior divulgação sobre o conceito e as práticas relacionadas à promoção da saúde, diretamente ligadas ao exercício do fortalecimento de processos participativos.

Verificou-se que gestores e profissionais de saúde conceituaram “atividade educativa” com características de transmissão de conhecimento, mesmo que também citando uma proposta mais conscientizadora. Isto refletiu no fato de, apesar de 65% dos CSE realizarem atividades em sala de espera, houve um predomínio na escolha de recursos do modelo de educação mais tradicional e ênfase nos assuntos relacionados a hábitos saudáveis e prevenção de doenças. Observou-se que estas percepções, somadas as referentes a promoção da saúde, sugerem a necessidade de um investimento em propostas mais radicais, e estudos futuros sobre a correlação de modelos de Atenção à Saúde, com a Educação Popular em Saúde e os da Pedagogia, o que talvez aponte práxis transformadoras na área de interface de suas disciplinas.

As falas espontâneas apontaram como principais vantagens em desenvolver atividades em sala de espera: a democratização do conhecimento, por ser um espaço aberto para todos, contribuindo para a conscientização cidadã e a multiplicação de saberes; a interação social que amplia as redes sociais; a humanização do serviço, que acolhe, atenua ansiedades e agrega valor ao momento de permanência nas instituições; a organização do serviço, visando conhecer e ampliar demandas, fortalecer a equipe e rever o processo de trabalho; e a qualificação de discentes e profissionais de saúde. O desejo do desenvolvimento de atividades educativas na sala de espera foi mencionado pela maioria dos usuários, sendo que 23% queriam anúncio antecipado, para irem ao CSE, exclusivamente, para participar.

A pesquisa desenvolvida no decorrer da presente Tese revelou uma convergência de percepção dos gestores e profissionais entrevistados sobre carências do ambiente construído; de recursos humanos; e de apoio institucional para o uso da sala de espera como espaço público, por priorizarem a produção

assistencial ao invés de ações educativas. Uma possibilidade sobre restrições ao incentivo de atividades conscientizadoras na sala de espera apareceu em uma fala, que destacou que a gestão receia que haja “um levante”, o que sugere estudos sobre as relações de poder existentes. A maneira de registrar a produção das atividades educativas e de promoção da saúde desenvolvidas na sala de espera não foi mencionada, mas isto talvez contribua para que ela seja um espaço público invisível, o que é um desafio a ser enfrentado. Mas, os entrevistados destacaram que o desenvolvimento de atividades em sala de espera seria melhor com: o ambiente mais confortável, de preferência dividido por tipo de atendimento, para facilitar o foco no usuário; o comprometimento, a criatividade e a qualificação do profissional; um trabalho multidisciplinar, com a presença de mais de um profissional, favorecendo a comunicação com o usuário. Técnicas interativas e recursos adequados são importantes para a qualidade das ações. A interferência dos modelos de atenção vigentes e a valorização (ou não) de lócus de experimentos e formação profissional, inerentes à missão dos Centros de Saúde Escola, a priori, podem influenciar o grau de envolvimento com práticas promotoras de saúde.

Todos os CSE mostraram que, atualmente, sua função de “ser escola” está sendo discutida: 41% declararam que sua missão no SUS está em crise e 18% já não recebem mais o título de “escola” em seu nome. Os gestores destacaram a importância de parcerias sólidas para o SUS, onde os profissionais dos CSE têm experiência para colaborar com as Secretarias Municipais de Saúde, em uma ação conjunta que envolva o próprio Ministério da Saúde. A almejada rede-escola está em formação e a ausência dos CSE poderá provocar prejuízos na qualidade do ensino e pesquisa, até que a rede-escola se consolide. A “escola” como fonte de saber, e a pesquisa como fonte de inovação, serão capazes de encurtar caminhos que tornem os espaços coletivos em espaços públicos; que multipliquem conhecimentos, que abreviarão aprendizados, que se transformem em resultados oportunos, notadamente quando se observa que os currículos escolares profissionalizantes não priorizam as atividades promotoras de saúde e de educação conscientizadora. Todos ganharão se, escolas, municípios, estados e federação, integrarem esforços, objetivando o atendimento com qualidade, a Promoção da Saúde e o fortalecimento dos espaços públicos no Brasil.

Os resultados da pesquisa mostraram que a sala de espera tem visibilidade como um espaço empírico de ações informativas e educativas no CSE. Mas também mostram sua invisibilidade enquanto categoria teórica de espaço público, promotor de saúde, de diálogo e de educação conscientizadora, que contribua com o enfrentamento dos determinantes sociais de saúde. Esta é uma possibilidade visualizada a ser retomada pelo Serviço Social e mais desenvolvida no SUS junto com a sociedade, através da valorização e enriquecimento de saber popular e do agir em conjunto, transformando-a em um espaço público estratégico e indispensável.

São distintas e complementares as dimensões de espaço público aqui abordadas. Elas possibilitam pensar nas relações nele existentes e nas possibilidades de ampla divulgação de práticas criativas e educativas de promoção da saúde em qualquer ambiente. A gama de espaços públicos em outros âmbitos tem sido cada vez maior, como as associações de moradores, conselhos gestores, redes virtuais. A era da informação propicia a divulgação dessas alternativas, especialmente dentro dos próprios espaços, e pode difundir a cidadania consciente, que exige comprometimento, democracia e transparência nos serviços públicos em geral, propiciando uma transformação gradual de espaços coletivos em públicos.

A pesquisa aponta para a importância de novos estudos sobre técnicas de baixo custo e alta eficácia no fortalecimento de espaços públicos, reconhecendo as relações do agir em conjunto, que motivem a participação e a multiplicação de saberes dos usuários e que possam ser replicadas, utilizando as multimídias presenciais e virtuais. Como propostas sugere-se:

- aprimoramento dos recursos humanos envolvidos nas práticas coletivas de promoção da saúde, face à falta de prioridade sobre o assunto nos currículos escolares profissionais dominantes;
- sistematização e divulgação de técnicas já existentes;
- desenvolvimento e pesquisa de novas técnicas educativas-comunicativas que motivem os usuários, gestores e profissionais do SUS a valorizarem as salas de espera e outros espaços coletivos, como espaços públicos para a cidadania e promoção da saúde;
- pesquisa sobre os multi aspectos, implícitos e explícitos, expressos através do corpo, do ambiente, das relações sociais e outras interações que possam expor as

relações de poder, satisfações e insatisfações, existentes em espaços coletivos e públicos;

- pesquisa e desenvolvimento de métodos e processos de monitoramento e avaliação dos resultados das práticas coletivas de promoção da saúde em espaços públicos;

- formação de redes presenciais e/ou virtuais para troca e divulgação de experiências.

Conclui-se que a sala de espera tem visibilidade como espaço coletivo, tem certa visibilidade como espaço de Promoção da Saúde e organizativo, e tem invisibilidade enquanto Espaço Público e de enfrentamento da Questão Social. Acredita-se que é viável transformar a Sala de Espera em espaço público, estratégico, de fortalecimento da pluralidade e de busca por caminhos solidários. E, ainda, acredita-se que é viável transformar o espaço público em promotor da saúde, sempre que nele acontecerem práticas que auxiliem no diálogo, na qualidade de vida e no enfrentamento dos Determinantes Sociais da Saúde.

A sala de espera está lá. Seu nome diz tudo. O presente trabalho mostrou que ela pode ser transformada em sala de ESPERANÇA, se for VISÍVEL como ESPAÇO PÚBLICO.

7 Referências bibliográficas

ASSOCIAÇÃO BRASILEIRA DE ENSINO E PESQUISA EM SERVIÇO SOCIAL. **Diretrizes Gerais para o Curso de Serviço Social**. Brasília: Abepss, 1996.

AGUIAR, O. A. A Questão do Social em Hannah Arendt. **Trans/Form/Ação**, v. 27, n. 2, p. 7-20, 2004.

ALMEIDA FILHO, N. Ensino superior e os serviços de saúde no Brasil. Saúde no Brasil. **The Lancet**. maio 2011.

ALVES, E. **Informação em saúde e cidadania na sala de espera**. Rede HumanizaSUS, jul. 2011. Disponível em: <<http://redehumanizausus.net/11755-projeto-informacao-em-saude-e-cidadania-na-sala-de-espera>> Acesso em: 5 jul. 2011.

ARENDT, H. **Da revolução**. Rio de Janeiro: Ática, 1988.

_____. **Responsabilidade e julgamento**. São Paulo: Companhia das Letras, 2004.

_____. **A condição humana**. 10. ed. Rio de Janeiro: Forense, 2008.

_____. **Eichmann em Jerusalém**: relato sobre a banalidade do mal. São Paulo: Companhia das Letras, 2009.

ARROYO, H. V. (Ed.). **La promoción de la salud en América Latina**: modelos, estructuras y visión crítica. Puerto Rico: Universidad de Puerto Rico, 2004.

ASSY, B. “Quem somos?” – ação e singularidade no espaço público. **O Social em Questão**, v. 16, n. 16, p. 7-21, 2007.

AYRES, J. R. C. M. Hermenêutica e humanização das práticas de saúde. **Ciência e Saúde Coletiva**, v. 10, n. 3, 2005.

_____. Organização das ações de atenção à saúde: modelos e práticas. **Saúde e Sociedade**, v. 18, supl. 2, abr./jun. 2009.

BARDIN, L. **Análise do conteúdo**. Portugal: Edições 70, Impressão Loyola, 2010.

BARTHES, R. **A câmara clara**. 9. imp. Rio de Janeiro: Nova Fronteira, 1984.

BAUER, M. W.; GASKELL, G. **Pesquisa qualitativa, com texto, imagem e som**. 5. ed. Rio de Janeiro: Vozes, 2002.

BENEVIDES, R.; PASSOS, E. Humanização na saúde: um novo modismo? **Interface**, v. 9, n. 17, 2005.

BERGER, P. L.; LUCKMANN, T. **A construção social da realidade**. Rio de Janeiro: Vozes, 1985.

BIASOTO JUNIOR G.; SILVA, P. L. B.; DAIM, S. (Org.). Regulação do setor saúde nas Américas: as relações entre o público e o privado numa abordagem sistêmica. **Série técnica desenvolvimento de sistemas e serviços de saúde**. Brasília: Organização Pan-americana de Saúde, 2006.

BOBBIO, N. **O futuro da democracia**: uma defesa das regras do jogo. 6. ed. Rio de Janeiro: Paz e Terra, 1997.

_____. **Estado, Governo, Sociedade – para uma teoria geral da política**. Trad. Marco Aurélio Nogueira. 14. ed. Rio de Janeiro: Paz e Terra, 2007.

BODSTEIN, R. C. A.; ZANCAN, L.; RAMOS, C. L.; MARCONDES, W. B. Avaliação da implantação do programa de desenvolvimento integrado em Manguinhos: impasses na formulação de uma agenda local. **Ciência e Saúde Coletiva**, v. 9, n. 3, p. 593-604, 2004.

BOFF, L. **Saber cuidar**. Rio de Janeiro: Vozes, 2000.

BOURDIEU, P. Pour un savoir engagé. **Le Monde diplomatique**, França, 2002. Disponível em: <<http://www.monde-diplomatique.fr/2002/02/Bourdieu>> Acesso em: 23 out. 2007.

_____. A fábrica de opinião pública. **Le Monde Diplomatique**, Brasil. v. 5, n. 54, p. 14-15, jan. 2012.

BRASIL. Resolução nº 196/96, de 10 de outubro de 1996. Dispõe sobre Diretrizes e Normas Regulamentadoras de Pesquisas envolvendo Seres Humanos, revogando a Resolução 01/88. **Diário Oficial da República Federativa do Brasil**, Brasília, DF, 16 out 1996. Disponível em: <http://conselho.saude.gov.br/resolucoes/reso_96.htm> Acesso em: 23 out. 2009.

_____. Decreto Lei nº 9637/98, de 15 de maio de 1998. Dispõe sobre a qualificação de entidades como organizações sociais. **Diário Oficial da República Federativa do Brasil, Brasília**, DF, 25 maio 1998. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/L9637.htm> Acesso em: 20 out. 2011.

_____. Decreto Lei nº 3507/2000, de 13 de junho de 2000. Dispõe sobre o estabelecimento de padrões de qualidade do atendimento. **Diário Oficial da República Federativa do Brasil**, Brasília, DF, 13 jun. 2000. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/decreto/D3507.htm> Acesso em: 22 ago. 2001.

_____. **Promoção da Saúde**. Brasília: Ministério da Saúde, 2002.

BRASIL. **Manual operacional para comitês de ética em pesquisa**. Brasília: Ministério da Saúde/Conselho Nacional de Saúde, 2002.

_____. **Política Nacional de Humanização**. Ministério da Saúde, Brasília, 2004. Disponível em: <http://portal.saude.gov.br/portal/arquivos/pdf/doc_base.pdf> Acesso em: 29 jun. 2005.

_____. **Política Nacional de Atenção Básica**. Brasília: Ministério da Saúde, 2006. Disponível em: <bvsmms.saude.gov.br/bvs/.../politica_nacional_atencao_basica_2006> Acesso em: 10 abr. 2009.

_____. **Política Nacional de Promoção da Saúde**. Ministério da Saúde, Brasília, 2006. Disponível em: <http://portal.saude.gov.br/portal/arquivos/pdf/pacto_volume7.pdf> Acesso em: 10 abr. 2009.

_____. **Política Nacional de Educação Permanente em Saúde**. Ministério da Saúde, Brasília, 2007. Disponível em: <<http://portal.saude.gov.br/portal/arquivos/pdf/volume9.pdf>> Acesso em: 10 abr. 2009.

_____. **Caderno de Educação Popular e Saúde**. Série B. Textos Básicos de Saúde. Brasília-DF: Ministério da Saúde/Secretaria de Gestão Estratégica e Participativa/Departamento de Apoio e Gestão Participativa, 2007.

_____. Decreto nº 7.185, de 27 de maio de 2010. Dispõe sobre o padrão mínimo de qualidade do sistema integrado de administração financeira e controle, no âmbito de cada ente da Federação. **Diário Oficial da República Federativa do Brasil**, Brasília, DF, 27 maio 2010. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2007-2010/2010/decreto/d7185.htm> Acesso em: 29 out. 2011.

_____. **HumanizaSUS**. Disponível em: <<http://redehumanizasus.net/>> Acesso em: 05 jul. 2011.

BRASIL. **Política Nacional de Atenção Básica**. Brasília: Ministério da Saúde, 2011. Disponível em: <http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/.../2011/prt2488_21_10_2011> Acesso em: 10 jan. 2012.

_____. Disponível em: <<http://tabnet.datasus.gov.br/cgi/tabcgi.exe?siab/cnv/siabpBR.DEF>> Acesso em: 07 mar. 2012.

BRAVO, M. I. S. **Serviço Social e reforma sanitária**. 2. ed. São Paulo: Cortez, 2007.

_____. **Serviço Social e reforma sanitária: lutas sociais e práticas profissionais**. São Paulo: Cortez, 1996.

BRAVO, M. I. S. et al. **Saúde e Serviço Social**. 3. ed. São Paulo: Cortez, 2007.

BRESCIANI, M. S. M. **Londres e Paris no século XIX: o espetáculo da pobreza**. 10. reimp. São Paulo: Brasiliense, 2004.

BUSS, P. M. **Promoción de la Salud y la Salud Pública**. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2000.

_____. Promoção da saúde e qualidade de vida. **Ciência e Saúde Coletiva**, v. 5, n. 1, p. 163-177, 2000.

_____. Globalização, pobreza e saúde. **Ciência e Saúde coletiva**, v. 12, n. 6, p. 1575-1589, 2007.

BUSS, P. M.; PELLEGRINI FILHO, A. A Saúde e seus Determinantes Sociais. **Physis**, v. 17, n. 1, p. 77-93, 2007.

BIBLIOTECA VIRTUAL EM SAÚDE. Disponível em: <<http://bvsmodeo.bvsalud.org/php.index.phd>> Acesso em: 10 abr. 2009.

COORDENAÇÃO DO HUMANIZA SUS CAMAÇARI. **Projeto "Sala de Espera" leva cidadania para pacientes do Areolino de Abreu.** Disponível em: <http://www.saude.pi.gov.br/noticia.php?id=0000002574>. Acesso em: 5 jul. 2011.

CAMACHO, A. C. L. F.; COELHO, M. J. Políticas públicas para a saúde do idoso: revisão sistemática. **Revista Brasileira de Enfermagem**, v. 63, n. 2, p. 279-284, mar./abr. 2010.

CAMPOS, C. J. G. Método de análise de conteúdo: ferramenta para a análise de dados qualitativos no campo da saúde. **Revista Brasileira de Enfermagem**, v. 57, n. 5, p. 611-614, set./out. 2004.

CAMPOS, G. W. Romance de formação de um sanitarista. In: LIMA, N. T.; GERSCHMAN, S.; EDLER, F. C.; SUAREZ, J. M. (Org.). **Saúde e democracia: história e perspectivas do SUS**. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2005.

CAMPOS, G. W.; BARROS, R. B. de; CASTRO, A. M. de. Avaliação de Política Nacional de Promoção da Saúde. **Ciência e Saúde Coletiva**, v. 9, n. 3, p. 745-749, set. 2004.

CAMPOS, R. O. A promoção da saúde e a clínica: o dilema “promocionista”. In: CASTRO, A.; MALO, M. **SUS: ressignificando a promoção da saúde**. São Paulo: Hucitec, 2006.

COORDENAÇÃO DE APERFEIÇOAMENTO DE PESSOAL DE NÍVEL SUPERIOR. Disponível em: <<http://www.capes.gov.br/avaliacao/qualis>> Acesso em: 20 abr. 2009.

CARDOSO, M. L. **O mito do método**. Rio de Janeiro: PUC-Rio, 1971. Trabalho apresentado no Seminário de metodologia estatística.

CARVALHO, M. A. P. de. Construção compartilhada do conhecimento: análise da produção de material educativo. In: BRASIL. **Caderno de Educação Popular e Saúde**. Série B. Textos Básicos de Saúde. Brasília-DF: Ministério da Saúde/Secretaria de Gestão Estratégica e Participativa/Departamento de Apoio e Gestão Participativa, 2007. p. 91-101.

CARVALHO, J. M. de. **Cidadania no Brasil**: o longo caminho. 5. ed. Rio de Janeiro: Civilização Brasileira, 2004.

CASTEL, R. **As metamorfoses da questão social**: uma crônica do salário. Rio de Janeiro: Vozes, 1998.

CASTRO, A.; MALO M. **SUS**: ressignificando a promoção da saúde. São Paulo: Hucitec, 2006.

CASTRO, J. et al. **Avaliação Pós Ocupação**. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2002.

CAVALCANTE, T. F.; GUEDES, N. G.; MOREIRA, R. P.; GUEDES, T. G.; ARAUJO, M. Â. M. Assistência de enfermagem nos novos serviços de saúde mental. **Online Brazilian Journal of Nursing** (Online), v. 5, n. 1, 2006. Disponível em: <<http://www.objnursing.uff.br//index.php/index/search/titles?searchPage=16>> Acesso em: 20 abr. 2009.

CONSELHO FEDERAL DE SERVIÇO SOCIAL. Código de ética profissional dos Assistentes Sociais, aprovado em 15 de março de 1993, com as alterações introduzidas pelas resoluções CFESS N° 290/94 e 293/94. **Diário Oficial da República Federativa do Brasil**, Brasília, DF, 11 fev. 1994.

CIVITA, R. (Ed.). **Medicina e saúde**. História da medicina. v.1. São Paulo: Abril Cultural. 1969.

CADASTRO NACIONAL DE ESTABELECIMENTOS DE SAÚDE. Disponível em: <<http://www.cnes.datasus.gov.br>> Acesso em: 29 out. 2009, 30 abr. 2010, e 15 dez. 2010.

COMISSÃO NACIONAL SOBRE DETERMINANTES SOCIAIS DA SAÚDE. **As causas sociais das iniquidades em saúde no Brasil**: relatório final da Comissão Nacional sobre Determinantes Sociais da Saúde. Brasília, DF, 2008.

CONSELHO NACIONAL DE SECRETÁRIOS DE SAÚDE. **Para entender a gestão do SUS**. Brasília, DF, 2003. Disponível em: <http://www.bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/para_entender_gestao.pdf> Acesso em: 20 abr. 2009.

CONILL, E. M. Ensaio histórico-conceitual sobre a Atenção Primária à Saúde: desafios para a organização de serviços básicos e da Estratégia Saúde da Família em centros urbanos no Brasil. **Cadernos de Saúde Pública**, v. 24, supl. 1, p. 7-27, 2008.

CONILL, E. M.; FAUSTO, M. C. R.; GIOVANELLA, L. Contribuições da análise comparada para um marco abrangente na avaliação de sistemas orientados pela atenção primária na América Latina. **Revista Brasileira de Saúde Materno Infantil**, v. 10, supl. 1, nov. 2010.

CORREIA, A. A questão social em Hannah Arendt: apontamentos críticos. **Revista de Filosofia Aurora**, v. 20, n. 26, p. 101-112, jan./jun. 2008.

_____. A vitória da vida sobre a política – para Arendt, a vitória do animal laborans revela a impotência política do homem moderno. **Cult**, v. 11, n. 129, p. 61-63, out. 2008.

CORREIA, A. (Coord.); DUARTE, A.; ASSY, B.; DRUCKER, C.; GARCIA, C. B.; AGUIAR, O. A.; MAGALHÃES, T. C. **Transpondo o abismo – Hannah Arendt, entre a filosofia e a política**. Rio de Janeiro: Forense Universitária, 2002.

COSTA JUNIOR, Á. L.; COUTINHO, S. M. G.; FERREIRA, R. S. Recreação planejada em sala de espera de uma unidade pediátrica: efeitos comportamentais. **Paidéia**, v. 16, n. 33, p. 111-118, jan./abr. 2006. Disponível em: <www.scielo.br/pdf/paideia/v16n33/14.pdf> Acesso em: 20 abr. 2009.

COSTA, S. G. A sociedade salarial: contribuições de Robert Castel e o caso brasileiro. **Serviço Social e Sociedade**, n. 63, 2000.

COSTA, T. S. da. **A reprodução dos signos da cor nas relações sociais e na sinalização do espaço coletivo de espera do Centro de Saúde Escola Germano Sinval Faria**. Rio de Janeiro, 2007. Trabalho de Conclusão de Curso de Graduação - Escola de Serviço Social, Universidade Federal Fluminense.

COSTI, M. **A influência da luz e da cor em corredores e salas de espera hospitalares**. Porto Alegre: Edipucrs, 2002.

CYRINO, A. P. P. **Organização tecnológica o trabalho na reforma das práticas e dos serviços de saúde: estudo de um serviço de Atenção Primária à Saúde**. São Paulo, 1993. Dissertação de Mestrado - Faculdade de Medicina, Universidade de São Paulo.

CZERESNIA, D. O conceito de saúde e a diferença entre prevenção e promoção. In: CZERESNIA, D.; FREITAS, C. M. de (Org). **Promoção da saúde: conceitos, reflexões, tendências**. 3. imp. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2003.

CZERESNIA, D.; FREITAS, C. M. (Org.). **Promoção da saúde: conceitos, reflexões, tendências**. 3. imp. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2003.

CZERESNIA, D. et al. O conceito de espaço em epidemiologia: uma interpretação histórica e epistemológica. **Debate. Cadernos de Saúde Pública**, v. 16, n. 3, p. 595-617, jul./set. 2000.

DEPARTAMENTO DE ATENÇÃO BÁSICA. Disponível em: <<http://dab.saude.gov.br>> Acesso em: 29 ago. 2011.

DAIM, S.; JANOWITZER, R. A saúde complementar no contexto dos sistemas de saúde: a experiência internacional. In: BIASOTO JUNIOR, G.; SILVA, P. L. B.; DAIM, S. (Org.). Regulação do setor saúde nas Américas: as relações entre o público e o privado numa abordagem sistêmica. **Série técnica desenvolvimento de sistemas e serviços de saúde**. Brasília: Organização Pan-americana de Saúde, 2006.

DALLARI, S. G.. Direito Sanitário. In: BRASIL. Direito Sanitário e Saúde Pública. **Coletânea de Textos**: Ministério da Saúde, Brasília, v. 1, p. 42, 2003.

DA MATTA, R.; PAOLI, M. C. P. M.; PINHEIRO, P. S.; BENEVIDES, M. V. **Violência Brasileira**. São Paulo: Brasiliense, 1982.

DAVINI, M. C. **La formación docente en cuestión**: política y pedagogia. Argentina: Paidós, 1995.

DEL RIO, V.; DUARTE, C. R.; RHEINGANTZ, P. A. **Projeto do lugar**: colaboração entre psicologia, arquitetura e urbanismo. Rio de Janeiro: ContraCapa, 2002.

DEMIROVIC, A. A. Hegemonia e o paradoxo do público e do privado: contribuição à crítica do conceito habermasiano de espaço público. **Revista Crítica Marxista**: Campinas, n. 19, p. 82-95, 2004.

DESLANDES, S. F.; Mitre, R. M. A. Processo comunicativo e humanização em saúde. **Interface - Comunicação, Saúde, Educação**, v.13, supl.1, p. 641-9, 2009.

DESLANDES, S. F. **Violência no cotidiano dos serviços de emergência hospitalar**: representações, práticas, interações e desafios. Rio de Janeiro, 2000. Tese de doutorado – Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca, Fiocruz.

DUARTE, A. Pensar e agir em tempos sombrios. **Cult**, ano 11, n. 129, p. 46-49, 2008.

DUARTE, C. R. Raízes em solo interdisciplinar. In: DEL RIO, V. et al (Org.). **Projeto do Lugar: colaboração entre psicologia, arquitetura e urbanismo**. Rio de Janeiro: ContraCapa, 2002.

DURKHEIM, E. **Sociologia e filosofia**. São Paulo: Forense, 1970.

ESCOLA NACIONAL DE SAÚDE PÚBLICA SERGIO AROUCA. Disponível em: <<http://www.ensp.fiocruz.br/portal-ensp/historico-da-saude>> Acesso em: 12 ago. 2011.

FALEIROS, V. P.; SILVA, J. F. S. da; VASCONCELLOS, L. C. F. de; SILVEIRA, R. M. G. **A construção do SUS**. Brasília: Ministério da Saúde, 2006.

FLYNN, B. C. Healthy cities: toward worldwide health promotion. **Annual Review of Public Health**, v. 17, p. 299-309, maio 1996. Disponível em: <<http://www.annualreviews.org/doi/abs/10.1146/annurev.pu.17.050196.001503>> Acesso em: 25 set. 2011.

FOUCAULT, M. **Microfísica do poder**. 22. ed. São Paulo: Graal, 2006.

FRANCO, A. R.; HADDAD, N.; FORSTER, A. C.; CACCIA-BAVA, M. C. G. **A FMRP-USP em atividade de ensino, pesquisa e extensão de serviços à comunidade, dentro do Projeto Centro de Saúde-Escola**. FMRP, Medicina, Ribeirão Preto, v. 35, n. 3, p. 425-432, jul./set. 2002. Disponível em: <http://www.fmrp.usp.br/revista/artigos_2002.htm> Acesso em: 20 set. 2011.

FRANCO, T. B. **Conferência Nacional de Saúde On-Line: Uma proposta em construção**. Tema: Criação das Organizações Sociais. Disponível em: <<http://www.datasus.gov.br/cns>> Acesso em: 30 ago. 2011.

FREIRE, P. **Pedagogia do oprimido**. Rio de Janeiro: Paz e Terra, 1975.

_____. **Educação e mudança**. 5. ed. Rio de Janeiro: Paz e Terra, 1982.

FREIRE. **Extensão ou comunicação?** Rio de Janeiro: Paz e Terra, 1983.

_____. **Pedagogia da autonomia.** 18. ed. Rio de Janeiro: Paz e Terra, 2001.

FREITAS, B. de; CUBA, C. M. G. B.; PEREIRA, L. Iniciando um diálogo com o pensamento arendtiano: reflexões sobre a ação política no espaço público. **O Social em Questão**, v. 16, n. 16, p. 41- 52, 2007.

GEERTZ, C. **A interpretação das culturas.** Rio Janeiro: Zahar Editores, 1978.

_____. **O saber local.** Petrópolis: Vozes, 2001.

GIL, C. R. R. Atenção primária, atenção básica e saúde da família: sinergias e singularidades do contexto brasileiro. **Cadernos de Saúde Pública**, v. 22, n. 6, jun. 2006.

GILLIGAN, C. **Uma voz diferente.** Rio de Janeiro: Rosa dos Tempos, 1982.

GIOVANELLA, L. (Org.). **Políticas e Sistema de Saúde no Brasil.** Rio de Janeiro: Fiocruz. 2008.

GIOVANELLA, L.; MENDONÇA, M. H. M. de (Org.). Atenção Primária à Saúde. In: GIOVANELLA, L. (Org.). **Políticas e Sistema de Saúde no Brasil.** Rio de Janeiro: Fiocruz, 2008.

GOFFMAN, E. **Estigma:** notas sobre a manipulação da identidade deteriorada. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 1988.

_____. **A representação do eu na vida cotidiana.** Petrópolis: Vozes, 2005.

GOMES A. M. A.; ALBUQUERQUE C. M.; MOURA E. R. F.; SILVA R. M. Sala de espera como ambiente para dar informações em saúde. **Cadernos Saúde Coletiva**, v. 14, n. 1, p. 7-18, jan.-mar. 2006. Disponível em: <<http://pesquisa.bvsalud.org/regional/index.php>> Acesso em: 20 abr. 2009.

GOOGLE. Disponível em: < <http://www.google.com.br>> Acesso em: 05 jul. 2011.

GRAMACHO, P. M. **O que se espera na sala de espera?** Disponível em: <http://www.sbpo.org.br/_img/trabalhos/44/1.pdf> Acesso em: 05 jul. 2011.

GUARESCHI, P. A.; BIZ, O. **Mídia, educação e cidadania.** Rio de Janeiro: Vozes, 2005.

HABERMAS, J. **Direito e democracia:** entre facticidade e validade. v. 1. Rio de Janeiro: Tempo Brasileiro, 1997.

HEIDEMANN, I. B. S.; BOEHS, A. E.; WOSNY, A. M.; STULP, K. P. Incorporação teórico-conceitual e metodológica do educador Paulo Freire na pesquisa. **Revista Brasileira de Enfermagem**, v. 63, n. 3, p. 416-420, maio/jun. 2010.

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

HEIMANN, L. S.; MENDONÇA, M. H. M. A trajetória da atenção básica em saúde e do Programa de Saúde de Família no SUS: uma busca de identidade. . In: LIMA, N. T.; GERSCHMAN, S.; EDLER, F. C.; SUAREZ, J. M. (Org.). **Saúde e democracia:** historia e perspectivas do SUS. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2005. p. 481-502.

HERZLICH, C. Saúde e Doença no Início do Século XXI: entre a experiência privada e a esfera pública. **Physis**, v. 14, n. 2, p. 383-394, 2004.

HOBSBAWM, E. **Era dos extremos – o breve século XX - 1914-1991.** 2. ed. 34. imp. Rio de Janeiro: Companhia da Letras, 1995.

HOCHMAN, G.; ARRETCHE, M.; MARQUES, E. (Org.). **Políticas públicas no Brasil**. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2007.

IAMAMOTO, M. V. **Serviço Social na Contemporaneidade: trabalho e formação profissional**. São Paulo: Cortez, 1998.

_____. **Serviço social em tempo de capital fetiche**. Rio de Janeiro: Cortez, 2007.

IAMAMOTO, M. V.; CARVALHO, R. de. **Relações sociais e Serviço social no Brasil**. Rio de Janeiro: Cortez, 1995.

JARDIM, E. Tensão entre teoria e prática – a recepção da obra de Hannah Arendt no Brasil. **Cult**, ano 11, n. 129, p. 58-60, out. 2008.

KONOPKA, G. **Serviço Social de Grupo**. 5. ed. Rio de Janeiro: Zahar, 1979.

KRAUSS, R. **O fotográfico**. Barcelona: Gustavo Gili, 2002.

LAFER, C.; ASSY, B.; MADEIRA, R.; MILOVIC, M.; GUIMARÃES, J. O.; LACERDA, S.; NASCIMENTO, P. Dossiê A vida como amor mundi: Hannah Arendt – entre a filosofia e a política. **Humanidades**, n. 53, p. 103-114, jun. 2007.

LAPEYRONNIE, D. A questão social ontem e hoje. **Praia Vermelha**, n. 8, 2003.

LAVILLE, C.; DIONNE, J. **A construção do saber**. Porto Alegre: Artmed; Belo Horizonte: UFMG, 1999.

LEFEVRE, F.; LEFEVRE, A. M. C. **Promoção de saúde: a negação da negação**. Rio Janeiro: Vieira e Lent, 2004.

LITERATURA LATINO-AMERICANA E DO CARIBE EM CIÊNCIAS DA SAÚDE. Disponível em: <<http://www.metodologia.lilacs.bvs.br>> Acesso em: 05 abr. 2009.

LOPES, R. C. **Promoção da Saúde na perspectiva da Teoria Educacional Crítica**: a relevância do empowerment, participação e dialogicidade. Rio de Janeiro, 2008. Tese de Doutorado - Departamento de Educação, Pontifícia Universidade Católica do Rio de Janeiro.

MACHADO, C. V.; LIMA, L. D. de; VIANA, L. S. Configuração da Atenção Básica e do Programa Saúde da Família em grandes municípios do Rio de Janeiro, Brasil. **Cadernos de Saúde Pública**, v. 24, Supl. 1, p. 42-57, 2008.

MARCONDES, W. B. A convergência de referências na promoção da saúde. **Saúde e Sociedade**, v. 13, n. 1, p. 5-13, jan./abr. 2004.

MARCONI, M. A.; LAKATOS, E. M. **Metodologia científica**. 5. ed. São Paulo: Atlas, 2009.

MARUITI, M. R.; GALDEANO, L.E. Necessidades de familiares de pacientes internados em unidade de cuidados intensivos. **Acta Paulista de Enfermagem**, v. 20, n. 1, p. 37-43, 2007. Disponível em: <<http://pesquisa.bvsalud.org/regional/index.phd>> Acesso em: 20 abr. 2009.

MARTINELLI, M. L. Pesquisa qualitativa: um caminho para a intervenção profissional. **O Social em Questão**, n. 19, p. 35-442, 2008/2009.

MAUSS, M. **Sociologia e antropologia**. São Paulo: Cosac & Naify, 2003.

_____. **O desafio do conhecimento**: pesquisa qualitativa em saúde. São Paulo: Hucitec, 2007.

MÉDICI, A.; BARROS, B. W. Políticas de saúde e blocos econômicos. In: BIASOTO JUNIOR G.; SILVA, P. L. B.; DAIM, S. (Org.). Regulação do setor saúde nas Américas: as relações entre o público e o privado numa abordagem sistêmica. **Série técnica desenvolvimento de sistemas e serviços de saúde**. Brasília: Organização Pan-americana de Saúde, 2006.

MENDES, E. V. **Os sistemas de serviços de saúde**: o que os gestores deveriam saber sobre essas organizações complexas. Fortaleza: Escola de Saúde Pública, 2002.

MERHY, E. E.; ONOCKO, R. **Agir em saúde**: um desafio para o público. São Paulo: Hucitec, 1997.

MINAYO, C. S. (Org). **Pesquisa social**. 25. ed. Rio de Janeiro: Vozes, 2007.

MINAYO, C. S. **O desafio do conhecimento**. 11. ed. São Paulo: Hucitec, 2008.

MINAYO, C. S.; ASSIS, S. G.; SOUZA, E. R. de. **Avaliação por triangulação de métodos**. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2005.

MINAYO, M. C. S.; SOUZA, E. R. de (Org.). **Violência sob o olhar da saúde – infrapolítica da contemporaneidade brasileira**. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2003.

MOREIRA, M. R.; NOVAES, M. S. P.; MOCHIDOME, F. I.; WANDERLEY, R. L.; RANGEL, L. S. O. Projeto de educação em sala de espera: uma proposta de promoção de saúde-avaliação de um ano. **Bioscience Journal**, São Paulo, v. 18, n. 2, p. 103-108, dez. 2002. Disponível em: <<http://www.seer.ufu.br/index.php/biosciencejournal>> Acesso em: 10 abr. 2009.

NEVES, A. V. Espaço público e política: um diálogo inicial com Hannah Arendt e seu impacto na constituição de espaços públicos participativos no Brasil. **O Social em Questão**, v. 16, n. 16, p. 119-138, 2007.

NISHIJIMA, M.; BISOTO JUNIOR, G. O padrão de financiamento da saúde nos países da América. In: BISOTO JUNIOR, G.; SILVA, P. L. B.; DAIM, S. (Org.). Regulação do setor saúde nas Américas: as relações entre o público e o privado numa abordagem sistêmica. **Série técnica desenvolvimento de sistemas e serviços de saúde**. Brasília: Organização Pan-americana de Saúde, 2006.

NORMAN, A. H.; TESSER, C. D. Prevenção quaternária na atenção primária à saúde: uma necessidade do Sistema Único de Saúde. **Caderno Saúde Pública**, v. 25, n. 9, set. 2009.

NORONHA, J. C. de; LIMA, L. D. de; MACHADO, C. V. O Sistema Único de Saúde – SUS. In: GIOVANELLA, L. (Org.). **Políticas e Sistema de Saúde no Brasil**. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2008.

NUNES, E. **O quarto poder**: gênese, contexto, perspectivas e controle das Agências Regulatórias. In: SEMINÁRIO INTERNACIONAL SOBRE AGÊNCIAS REGULADORAS DE SERVIÇOS PÚBLICOS, 2. 2001, Brasília. Brasília: Instituto Hélio Beltrão, 25 set. 2001.

O'DWYER, G.; TAVARES, M. F. L.; SETA, M. H. O desafio de operacionalizar as ações de vigilância sanitária no âmbito da promoção da saúde e no *locus* saúde da família. **Interface**, v. 11, n. 23, 2007.

OPAS. Disponível em: <www.opas.org.br/promocao/uploadArq/.pdf> Acesso em: 23 out 2009.

_____. **Saúde nas Américas 2007**. Disponível em: <<http://www.opas.org.br/publicmo.cfm?codigo=97>> Acesso em: 18 ago. 2011.

PÁDUA, L. T. S. A “**topologia do ser**”: Lugar, espaço e linguagem no pensamento de Martin Heidegger. Rio de Janeiro, 2005. Tese de Doutorado - Departamento de Filosofia, Pontifícia Universidade Católica do Rio de Janeiro.

PAIM, J. S. **Modelos Assistenciais**: Reformulando o pensamento e incorporando a Proteção e a Promoção da Saúde. Disponível em: <<http://www.anvisa.gov.br/institucional/snvs/coprh/seminario/modelo.htm>> Acesso em: 06 maio 2011.

_____. Modelos de Atenção à saúde no Brasil. In: GIOVANELLA, L. (Org.). **Políticas e Sistema de Saúde no Brasil**. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2008.

_____. Vigilância da saúde: dos modelos assistências para a promoção da saúde. In: CZERESNIA, D.; FREITAS, C. M. de (Org.). **Promoção da saúde**: conceitos, reflexões, tendências. 3. imp. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2005. p. 161-174.

PAIM, J. S.; ALMEIDA FILHO, N. de. Saúde coletiva: uma "nova saúde pública" ou campo aberto a novos paradigmas? **Revista Saúde Pública**, v. 32, n. 4, ago. 1998.

PASCHE, D. F.; HENNINGTON, E. A. Promoção da Saúde e o Sistema Único de Saúde. In: CASTRO, A.; MALO, M. **SUS**: ressignificando a promoção da saúde. São Paulo: Hucitec, 2006.

PEDROSA, J. I. Promoção da Saúde e educação em saúde. In: CASTRO, A.; MALO, M. **SUS**: ressignificando a promoção da saúde. São Paulo: Hucitec, 2006.

PELLEGRINI FILHO, A. **Determinantes Sociais de Saúde**. Disponível em: <<http://dss-dispositivoglobal.pos.org.ar/cursos>> Acesso em: 29 jul. 2011.

_____. **Compromisso com a ação**. Disponível em: <<http://www.determinantes.fiocruz.br/compromissocomacao.htm>> Acesso em: 18 ago. 2011.

PENNA, A. C. M. **A influencia do ambiente construído na promoção da saúde**: o caso do Centro de Saúde Escola Germano Sinval Faria. Rio de Janeiro, 2004. Dissertação de mestrado - Universidade Federal do Rio de Janeiro, Faculdade de Arquitetura.

PEREIRA, P. A. **Política social**: temas e questões. São Paulo: Cortez, CNPQ, 2008.

PERESTRELLO, D. **A medicina da Pessoa**. 5. ed. São Paulo: Atheneu, 2006.

PINHEIRO, R.; GOMES, M. C. P. A. Acolhimento e vínculo: práticas de integralidade na gestão do cuidado em saúde em grandes centros urbanos. **Interface – Comunicação, Saúde, Educação**, v. 9, n. 17, p. 287-301, mar./ago., 2005.

PINHEIRO, R.; MATTOS, R. A. de (Org.). **Cuidado**: as fronteiras da integralidade. Rio de Janeiro: Hucitec, 2004.

PINTO, M. D. N.; HEMERLY, J. V. N. P. **Modernização e as novas configurações do social - modelos de filantropia**: a Santa Casa e a filantropia higienista. Relatório de pesquisa. Rio de Janeiro: UFRJ/SS-CNPq, 2001.

POLAND, B. D.; GREEN, L. W.; ROOTMAN, I. (Ed.). **Ambiente para promoção da saúde**. Londres: Sage, [199?].

POLANY, K. **A grande transformação**: as origens da nossa época. 1. reimp. Rio de Janeiro: Campus, 1998.

POLETI, L. C.; NASCIMENTO, L. C.; PEDRO, I. C. S.; GOMES, T. P. S.; LUIZ, F. M. R. Recreação para crianças em sala de espera de um ambulatório infantil. **Revista Brasileira de Enfermagem**, v. 59, n. 2, p. 233-235, mar./abr. 2006. Disponível em: <<http://pesquisa.bvsalud.org>> Acesso em: 20 abr. 2009.

PRÉ CONFERÊNCIA BRASILEIRA, 33, 2008, Rio de Janeiro. **Documento Final da Preparatória à 33ª Conferência Global de Bem-Estar Social do International Council on Social Welfare**. Rio de Janeiro: CBCISS, 2008.

PRÓ-SAÚDE. Disponível em: <<http://www.prosaude.org/>> Acesso em: 29 out. 2011.

RABELLO, L. S. **Promoção da saúde**: a construção social de um conceito em perspectiva comparada. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2010.

REIS, I. N. C. Promoção da saúde na sala de espera de um centro de saúde. **Debates Sociais**, v. 61, p. 129-144, 2002.

_____. **Relatório de pesquisa de opinião sobre a permanência de imagem religiosa na Recepção do Centro de Saúde Escola Germano Sinval Faria**. Rio de Janeiro: FIOCRUZ, 2006.

REIS, I. N. C. (Org.). Promoção da saúde e reorientação de serviço: a experiência do Centro de Saúde Escola Germano Sinval Faria, In: ZANCAN, L.; BODSTEIN, R. C. de; MARCONDES, W. B. (Org.). **Saúde em Movimento**, n. 5, 2002. p. 111-157.

REIS, I. N. C. et al. Modelos de comunicação utilizados no espaço coletivo de um centro de saúde. In: **Conferência Brasileira de Comunicação e Saúde**, 7., 2004, Recife.

REIS, I. N. C.; REIS, G. O. A comunicação impressa e o desenvolvimento de tecnologia. In: **Conferência Nacional de Comunicação e Saúde**, 8., 2005, São Leopoldo.

REIS, I. N. C.; RHEINGANTZ, P. A.; REIS, G. O. O ambiente construído e as relações interpessoais entre profissional de saúde e população. In: **Conferência Brasileira de Comunicação e Saúde**, 8., 2005, São Leopoldo.

RIBEIRO, S. A.; AMADO, V. M.; CAMELIER A. A.; FERNANDES, M. M.A.; SCHENKMAN, S. Estudo caso-controle de indicadores de abandono em doentes com tuberculose. **Jornal de Pneumologia**, v. 26, n. 6, p. 291-296, nov./dez. 2000. Disponível em: <http://www.jornaldepneumologia.com.br/PDF/2000_26_6_2_portugues.pdf> Acesso em: 29 abr. 2009.

RIBEIRO, S. F. R.; YAMADA, M. O.; TAVANO, L. D. A. Vivência de mães de crianças com deficiência auditiva em sala de espera. **Psicologia em revista**, v. 13, n. 1, p. 91-106, jun. 2007. Disponível em: <<http://pesquisa.bvsalud.org>> Acesso em: 20 abr. 2009.

RICCO, E. M. (Org.). **Avaliação de políticas sociais: uma questão em debate**. 5. ed. São Paulo: Cortez, 2007.

ROBERTS, W. R.; NORTHEN, H. **Teorias de serviço social de grupo**. Rio de Janeiro: Agir, 1984.

RODRIGUES, A. D.; DALLANORA, C. R.; ROSA, J. da; GERMANI, A. R. M. Sala de espera: um ambiente para efetivar a educação em saúde. **Vivências: Universidade Regional Integrada do Alto Uruguai e das Missões, Uruguai**, v.5, n.7, p.101-106, maio 2009.

RODRIGUES, J. C. **Tabu do corpo**. Rio Janeiro: Fiocruz, 2006.

ROSSONI, E. **Formação multiprofissional em serviço na atenção básica à saúde: processos educativos em tempos líquidos**. Porto Alegre, 2010. Tese de Doutorado - Programa de Pós-Graduação em Educação, Universidade Federal do Rio Grande do Sul.

SÁ, I. G. **Quando o rico se faz pobre: misericórdias, caridade e poder no império português de 1500 – 1800**. Lisboa: Comissão Nacional para as Comemorações dos Descobrimentos Portugueses, 1997.

SÁ. **As misericórdias portuguesas de D. Manuel I a Pombal**. Lisboa: Livros Horizonte, 2001.

SANTOS, M. **O espaço dividido**. Rio de Janeiro: Francisco Alves, 1979.

_____. **A natureza do espaço: técnica e tempo, razão e emoção**. 3. ed. São Paulo: Hucitec, 1999.

_____. **O espaço do cidadão**. 7. ed. São Paulo: Edusp, 2007.

SCLIAR, M. História do Conceito de Saúde. **Physis**, v. 17, n. 1, p. 29-41, 2007.

SEDIS. **Relatórios de atendimentos do Centro de Saúde Escola Germano Sinval Faria**. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2008.

MOORE, M. **SIKO – S.O.S Saúde**. EUA: The Weinstein Company, 2007.

SILVA, M. D. C. da. A produção do conhecimento no Serviço Social e sua relação com os princípios éticos. **Serviço Social e Sociedade**, n. 77, p. 121-147, 2004.

SILVEIRA, L. M. C. da; RIBEIRO, V. M. B. Grupo de adesão ao tratamento: espaço de "ensinagem" para profissionais de saúde e pacientes. **Interface**, v. 9, n. 16, p. 91-104, set./fev. 2005.

SILVEIRA, R. M. G. **A construção do SUS – Histórias da Reforma Sanitária e do Processo Participativo**. Brasília: Ministério da Saúde, 2006.

SOCHA, E. Um percurso da liberdade. **Cult**, ano 11, n. 129, p. 42, out. 2008.

SONTAG, S. **Sobre fotografia**. São Paulo: Companhia das Letras, 2004.

STOTZ, E. N.; DAVID, H. M. S. L.; UM, J. A. W. Educação popular e saúde – trajetória, expressões e desafios de um movimento social. **Revista APS**, v. 8, n. 1, p. 49-60, jan.-jun. 2005.

SOUZA, M. G. A. de. **Tolerar é pouco? Por uma Filosofia da Educação a partir do conceito de tolerância**. Rio de Janeiro, 2006. Tese de Doutorado - Departamento de Educação, Pontifícia Universidade Católica do Rio de Janeiro.

SOUZA, F. M. et al. **Sala de espera como estratégia de educação em saúde e prevenção das DSTs**. Disponível em: <<http://redehumanizaus.net/4501-sala-de-espera-como-estrategia-de-educacao-em-saude-e-prevencao-das-dsts>> Acesso em: 05 jul. 2011.

SOUZA, M. L. **Serviço Social e instituição**. São Paulo: Cortez, 1988.

STARFIELD, B. **Atenção primária: equilíbrio entre necessidades de saúde, serviços e tecnologia**. Brasília: Unesco/Ministério da Saúde, 2002. Disponível em: <<http://pt.scribd.com/Cleberz/d/16362913-Atencao-Primaria-Barbara-Starfield#>> Acesso em: 10 jan. 2012.

TAVARES, M. F. L. Promoção de saúde: a negação da negação. **Cadernos de Saúde Pública**, v. 21, n. 5, p. 1612-1619, 2005.

TAVARES, M. F. L.; MENDONÇA, M. H. M. de; ROCHA, R. M. da. Práticas em saúde no contexto de reorientação da atenção primária no Estado do Rio de Janeiro, Brasil, na visão das usuárias e dos profissionais de saúde. **Caderno Saúde Pública**, v. 25, n. 5, p. 1054-1062, maio 2009.

TEIXEIRA, C. F.; SOLLA, J. P. Modelo de Atenção à saúde no SUS: trajetória do debate conceitual, situação atual, desafios e perspectivas. In: LIMA, N. T.; GERSCHMAN, S.; EDLER, F. C.; SUAREZ, J. M. (Org.). **Saúde e democracia: história e perspectivas do SUS**. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2005.

TEIXEIRA, E. R.; VELOSO, R. C. O grupo em sala de espera: território de práticas e representações em saúde. **Texto e Contexto – Enfermagem**, v. 15, n. 2, p. 320-325, abr./jun. 2006. Disponível em: <<http://pesquisa.bvsalud.org>> Acesso em: 20 abr. 2009.

TEIXEIRA, R. R. Humanização e Atenção Primária à Saúde. **Ciência e Saúde Coletiva**, v. 10, n. 3, p. 585-597, set. 2005.

TELLES, V. S. **Direitos sociais**: afinal do que se trata? Minas Gerais: UFMG, [19--].

TOLEDO, L. C. **Feitos para cuidar**: a arquitetura como um gesto médico e a humanização do edifício hospitalar. Rio de Janeiro, 2008. Tese de Doutorado - Faculdade de Arquitetura e Urbanismo, Universidade Federal do Rio de Janeiro.

TURINI, B.; MARTINS NETO, D.; TAVARES, M. S.; NUNES, S. O. V.; SILVA, V. L. M. da; THOMSON, Z. Comunicação no ensino médico: estruturação, experiência e desafios em novos currículos médicos. **Revista Brasileira de Educação Médica**, v. 32, n. 2, p. 264-270, abr./jun. 2008. Disponível em: <<http://pesquisa.bvsalud.org>> Acesso em: 20 abr. 2009.

UNITED NATIONS DEVELOPMENT PROGRAMME. Disponível em: <www.beta.undp.org/content/dam/undp/library/corporate/HDR_2010_complete_reprint> Acesso em: 13 jan. 2012.

VALLA, V. V. Pobreza, emoção e saúde: uma discussão sobre pentecostalismo e saúde no Brasil. **Revista Brasileira de Educação**, n. 19, p. 63-75, jan./abr. 2002.

VASCONCELOS, A. M. de. **A intenção-ação no trabalho social**: uma contribuição do debate sobre a relação assistente social-grupo. São Paulo: Cortez, 1985.

_____. Serviço Social e Prática Reflexiva. **Em Pauta**, n. 10, 1997.

VASCONCELOS, E. M. Educação popular: instrumento de gestão participativa dos serviços de saúde. In: BRASIL. **Caderno de Educação Popular e Saúde**. Série B. Textos Básicos de Saúde. Brasília-DF: Ministério da Saúde/Secretaria de Gestão Estratégica e Participativa/Departamento de Apoio e Gestão Participativa, 2007. p. 18-29.

VERÍSSIMO, D. S.; VALLE, E. R. M. do. Grupos de sala de espera no apoio ao paciente somático. **Revista SPAGESP**, v. 6, n. 2, p. 28-36, jul./dez. 2005. Disponível em: <<http://pesquisa.bvsalud.org>> Acesso em: 20 abr. 2009.

WEBER, M. **A ética protestante e o espírito do capitalismo**. São Paulo: Centauro, 2001.

WEIL, P.; TOMPAKOW, R. **O corpo fala**: a linguagem silenciosa da comunicação não verbal. 13. ed. Rio de Janeiro: Vozes, 1982.

ZUCCO, L. P. & CAVALCANTI, L. F. Elementos para análise da política de saúde na década de 1990: os assistentes sociais como atores na construção do espaço público. **Saúde em Debate**, n. 26, p. 282-289, 2002.

APÊNDICES

APÊNDICE 1

PESQUISA BIBLIOGRÁFICA, SOBRE SALA DE ESPERA, NA BIBLIOTECA VIRTUAL DE SAÚDE, EM 2009

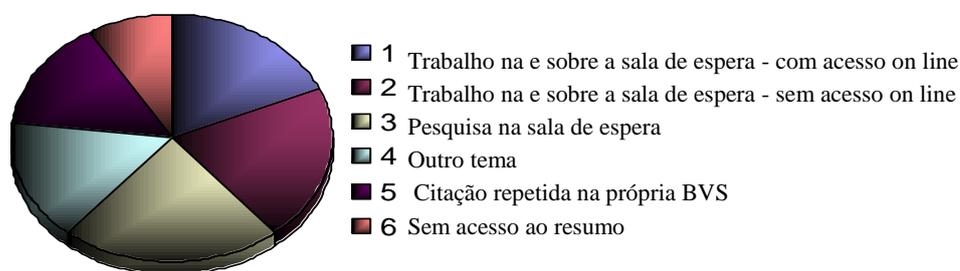
A presente pesquisa tem o objetivo de identificar o estado da arte das salas de espera no Sistema Único de Saúde no Brasil, a partir da busca on-line da expressão chave “sala de espera”. Optou-se por uma seleção on-line, considerando a grande disseminação possível desta mídia, logo, sua ampla abrangência na formação de opiniões no mundo contemporâneo.

A escolha foi da Biblioteca Virtual em Saúde (BVS), pois é específica da área da saúde e “distingue-se do conjunto de fontes de informação disponíveis na Internet por obedecer a critérios de seleção e controle de qualidade” (BVS, 2009). Sua pertinência é firmada por fazer parte da Organização Mundial de Saúde (OMS) e Organização Pan-Americana de Saúde (OPAS). Está integrada a LILACS (Literatura Latino-Americana e do Caribe em Ciências da Saúde), ao SciELO (Scientific Electronic Library Online ou Biblioteca Científica Eletrônica em Linha), ao MEDLINE (Medical Literature Analysis and Retrieval System Online), a Web of Science, a Biblioteca Cochrane, entre outras. Portanto, foi criada para contribuir para a disseminação da literatura técnico-científica latino-americana e do Caribe na área da Saúde, que estava ausente das bases internacionais. Contém os periódicos mais conceituados da área da saúde, além de outros documentos, tais como: teses, livros, capítulos de livros, anais de congressos e de conferências, relatórios técnico-científicos e publicações governamentais.

Foram registradas, na BVS, 82 referências, em abril de 2009. Para simples checagem da escolha, foi realizada a mesma busca no SciELO, e este apresentou somente 20 títulos, sendo que apenas dois não tinham na BVS e não eram relacionados as atividades desenvolvidas em sala de espera, e sim as pesquisas de satisfação do usuário e de diagnóstico de asmático. Logo, confirmou-se a pertinência do levantamento a partir da BVS.

O primeiro passo foi analisar os títulos das 82 citações da BVS, discriminando a língua e a correlação com a temática. Interessante foi destacar que 15% dos títulos estavam repetidos dentro do próprio banco da BVS. Logo, na realidade eram 70 títulos e, destes, 60% estavam em português, 27% em espanhol e 13% em inglês, resultado esperado, uma vez que a fonte prioriza as áreas latino-americana e caribenha. Outra informação obtida através da análise dos títulos foi que 16% do total das 82 referências não tinham correlação com a temática.

Gráfico I
Relação das 82 publicações apresentadas na Biblioteca Virtual em Saúde, com o descritor “sala de espera”, em abril de 2009



Fonte: Reis, Inês Nascimento de Carvalho. Espaços públicos invisíveis: perdas e conquistas na Promoção da Saúde. 2012.

Após a análise dos títulos, foram estudados os resumos. Mas, das 53 citações, 7 não tinham o resumo disponibilizado on-line, sendo, então, descartadas da pesquisa. Dos 46 resumos analisados, 18 eram relacionados a pesquisas realizadas em sala de espera, mas não sobre a sala de espera. Destes 18 artigos, 44% buscaram conhecer os sentimentos/percepção dos usuários sobre uma doença; 22% procuraram conhecer os hábitos dos usuários com relação a um comportamento específico; 17% aplicaram instrumentos referentes a pesquisa clínica; 11% pesquisaram a avaliação de algum setor de atendimento; e 6% (um artigo) foi relacionado a uma pesquisa que era voltada a problemática social, a paternidade na adolescência. Somente um desses pesquisadores apontou, no resumo, que seus resultados poderiam repercutir em trabalhos com os usuários na própria sala de espera. Estes 18 artigos também foram excluídos por não estarem diretamente relacionados a sala de espera, seja no tocante a atividades com os usuários, seja referente a pesquisas sobre este espaço. Mas, apesar do foco do presente trabalho não ser estudar estas pesquisas, cabe uma importante observação

que pode contribuir para o recorte do projeto de tese a ser escrito este ano: 36% dos resumos foram sobre pesquisas realizadas na sala de espera, o que sugere que os profissionais de saúde reconheceram que a sala de espera é um espaço onde há pessoas aguardando por um atendimento, e se oportunizaram para aplicar questionários e/ou entrevistas sobre assuntos de seus interesses específicos. Faze-se um paralelo com o modelo tradicional de saúde, pois é um cidadão “aprisionado” na espera institucionalizada de um atendimento público, sendo “explorado” ao ser transformado em “objeto” de pesquisa. Mas, este uso não é uma exclusividade médica, e os resumos estudados apontaram isso, por exemplo, quase 30% foram pesquisas realizadas pela odontologia. Isto é agravado quando se pensa na onipotência não só biomédica, mas a do mundo científico que, em nome da ciência, acha-se no direito de pesquisar outros seres humanos “confinados na espera”, sem necessariamente trazer contribuições para melhoria daquele momento e daquele espaço (Foucault, 1987; Bourdieu, 2002).

A análise dos resumos destacou que 32 citações atenderiam aos objetivos propostos, ou seja, 39% das 82 citações da BVS apontaram ser realmente sobre a sala de espera. Todavia, destas 32, o acesso on-line estava disponível para 15 citações (47%). Foram três as razões da indisponibilidade do acesso ao conteúdo dos 17 textos: ser restrito aos filiados da revista (41%); ser tese ou monografia não disponibilizada pela Universidade (35%); e ser artigo que ainda não estava digitalizado, logo, sem acesso on-line (24%).

Verificou-se que 74% dos artigos relacionados com a temática e disponibilizados on-line são brasileiros, sendo 13% em espanhol e a mesma proporção em inglês. Considerando o cronograma previsto para a Qualificação I e a premência de conhecer o estado da arte no nosso país, o presente trabalho se restringirá a análise dos onze artigos que tratam exclusivamente de nossa realidade, conforme exposto no próximo item.

Análise dos artigos

A análise dos onze artigos selecionados, conforme justificado acima, será apresentada em quatro itens:

- apresentação dos periódicos onde foram publicados os artigos e apresentação do perfil dos autores;
- apresentação dos cenários de prática estudados em cada artigo, e estes serão divididos em artigos que estão relacionados a vivência direta na sala de espera e os que realizaram pesquisa que envolve este espaço direta ou indiretamente;
- identificação dos descritores, além dos conceitos e/ou teorias utilizadas pelos autores frente a bibliografia que selecionaram;
- reflexões sobre os artigos, buscando uma síntese sobre o campo empírico e o teórico.

Os artigos estarão sendo citados sempre na ordem temática, conforme os itens acima, e não em ordem alfabética. Para proporcionar uma visão inicial do conjunto dos onze artigos, estes estarão relacionados abaixo, constando o sobrenome do autor com ano de publicação de cada obra, além do título do artigo. Cabe destacar, também, que a análise de cada artigo será iniciada com o sobrenome do autor e este estará sublinhado, para facilitar sua localização durante a leitura. Na Referência Bibliográfica da Tese os artigos estarão citados conforme regras da Associação Brasileira de Normas Técnicas, a ABNT.

Ribeiro et al (2000). *Estudo caso-controle de indicadores de abandono em doentes com tuberculose.*

Moreira et al (2002). *Projeto de educação em sala de espera: uma proposta de promoção de saúde-avaliação de 1 ano.*

Teixeira e Veloso (2006). *O grupo em sala de espera: território de práticas e representações em saúde.*

Cavalcante et al (2006). *Assistência de enfermagem nos novos serviços de saúde mental.*

Costa Junior et al (2006). *Recreação planejada em sala de espera de uma unidade pediátrica: efeitos comportamentais.*

Gomes et al (2006). *Sala de espera como ambiente para dar informações em saúde.*

Maruiti e Galdeano (2007). *Necessidades de familiares de pacientes internados em unidade de cuidados intensivos.*

Veríssimo e Valle (2005). *Grupos de sala de espera no apoio ao paciente somático.*

Turini et al (2008). *Comunicação no ensino médico: estruturação, experiência e desafios em novos currículos médicos.*

Poleti et al (2006). *Recreação para crianças em sala de espera de um ambulatório infantil.*

Ribeiro et al (2007). *Vivência de mães de crianças com deficiência auditiva em sala de espera.*

Periódicos e seus autores

Houve predominância de revistas na área de enfermagem (36%), ficando as demais em medicina, saúde coletiva e psicologia. A maioria dos periódicos ficava na região Sudeste (80%), principalmente em São Paulo, e um em Brasília e outro em Porto Alegre. Não havia nenhuma revista no Norte e Nordeste do país, apesar de ter artigos sobre esta segunda região. Isto reflete as desigualdades regionais brasileiras e a concentração tecnológica existente.

Os periódicos passam por um processo anual de avaliação e classificação da Capes (Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior), chamado de Qualis, sendo enquadrados em estratos indicativos de qualidade - A1, o mais elevado; A2; B1 até B5; C - com peso zero. Os relatórios da Capes (2009) mostram a concentração de periódicos no estrato B. Isto também aconteceu com as revistas dos artigos selecionados: quase metade (5) recebeu a pontuação B1, ou seja, a primeira do grupo B. Uma recebeu B2, três tiveram B3 e duas pontuaram B4. Nenhuma revista era de classificação A, nem C.

As publicações são recentes, 73% desde 2006, sendo metade naquele ano. Observou-se que havia muitos artigos da década passada e um de 1988, mas nenhum estava disponível on-line, apesar da principal base de dados da BVS ter

sido criada em 1985, a LILACS (evolução do Index Medicus Latino-Americano/IMLA, criado em 1978 (Lilacs, 2009)). Não foi encontrada justificativa para tal ocorrido, o que não será pesquisado, considerando não ser uma proposta do presente trabalho.

Todos os autores eram profissionais de saúde, o que é justificado pela natureza do banco de dados BVS. A maioria era do sexo feminino. Dos artigos que informaram a profissão dos autores (2 não tinham a informação), destacou-se uma predominância de autores de enfermagem (64%), não só com publicações dentro da própria categoria profissional. Esta profissão, também apareceu em parceria com médico, psicólogo, fonoaudiólogo e educador, como apontado na tabela I, a seguir. Cabe uma observação: apesar da odontologia ser autora de apenas um artigo analisado, esta escreveu mais nove artigos que não foram selecionados, por não estarem nos critérios já citados (6 eram sobre pesquisas que somente utilizaram os pacientes que aguardavam atendimento na sala de espera e três apresentaram atividades que desenvolveram na sala de espera, mas que não estavam com acesso disponível on-line). Não se conseguiu estudos sobre quais são as profissões que estão mais sensíveis ao usuário na sala de espera, mas a experiência da discente, inclusive como docente, tem apontado para a crescente participação da enfermagem e da odontologia neste espaço. Por outro lado, o Serviço Social, apesar de trabalhar com a questão social e com grupos, não foi autor em nenhum artigo, sendo citado como membro de equipes em dois artigos apenas. Quanto às instituições onde os autores trabalhavam, 90% dos informados eram de universidades públicas, sendo que destes, 30% escreveram em parceria com outros setores de saúde. Somente um artigo foi realizado por duas instituições parcerias e não envolveram universidades. Este fato retrata a realidade da academia ser a maior produtora de ciência no país.

Tabela I
Profissão dos autores por artigo

Profissão	Nº	%
Enfermagem	3	27
Medicina	1	9
Medicina e Enfermagem	1	9
Multidisciplinar, com enfermagem	3	27
Sub total enfermagem	7	.-
Sub total medicina	3	.-
Odontopediatria	1	9
Sem informação	2	18
Total	11	99

Fonte: Reis, Inês Nascimento de Carvalho. Espaços públicos invisíveis: perdas e conquistas na Promoção da Saúde. 2012.

Cenários de prática

Este item apresentará qual foi o cenário de prática abordado em cada artigo. Terá dois subitens:

- artigos que estão relacionados a atividades realizadas com a população em sala de espera de serviço de saúde;
- artigos que apresentaram resultados de pesquisas que abordaram alguma questão referente a realidade que acontece em sala de espera de serviço de saúde.

Cabe destacar que entende-se por cenário de prática as realidades institucionais que utilizam métodos de trabalho nos quais o cotidiano das pessoas está presente na cena a ser trabalhada.

“É um cenário de interação de diferentes pessoas, conceitos, valores e culturas no qual cada ator se diferencia e se reconhece no outro em uma dinâmica que possibilita falar, escutar, sentir, indagar, refletir e aprender a pensar para superar resistências à mudança e promover adaptação do estilo de vida à condição de saúde” (Silveira e Ribeiro, 2005)

Atividades realizadas em sala de espera

Ribeiro et al (2000), estudando o abandono ao tratamento da tuberculose no Centro de Saúde Escola da Universidade Federal de São Paulo, confirmaram as implicações sociais e epidemiológicas existentes; compararam características de pacientes que abandonaram o tratamento com os que não o abandonaram

(controle); e procuraram verificar se os grupos educativos de sala de espera diminuíram a ocorrência dos abandonos. A participação era voluntária tanto para os pacientes que aguardavam atendimento quanto para seus acompanhantes. O grupo era dirigido por enfermeira e/ou visitadora sanitária. As dúvidas eram expostas e esclarecidas, e isto contribuía para a identificação dos pacientes com a equipe de profissionais ligada ao seu tratamento, melhorando a postura dos envolvidos e adesão ao tratamento. No entanto, os fatores de risco para abandono ao tratamento, foram os mesmos nos pacientes que frequentaram os grupos educativos, comparados ao total de pacientes analisados, realidade comum no Brasil. Mas, concluíram que frente à escassez de recursos da rede básica, aos modelos escalonados e ao baixo custo com os grupos educativos de sala de espera, associado ao tratamento supervisionado periódico e a visitas domiciliares, os grupos de sala de espera deveriam ser testados, sobretudo, nos pacientes que apresentam maior risco para abandono.

Moreira et al (2002) fizeram um estudo sobre o trabalho desenvolvido, pelos graduandos de odontologia na sala de espera, com pacientes das clínicas de odontopediatria da Universidade Federal de Uberlândia. Analisaram os conhecimentos pré-existentes dos usuários e seus aspectos sociais (culturais, educacionais e econômicos). A cada semana os alunos abordavam um tema sobre saúde/doença bucal, expondo de forma simples e utilizando métodos áudio visuais (fitas de vídeo, slides, cartazes), tendo duração máxima de vinte minutos. Depois destinavam um tempo a discussão e resolução de dúvidas pertinentes ao assunto; com posterior entrega de material didático (folhetos, panfletos); e contato familiar individualizado, com orientações práticas demonstradas nas crianças sob observação dos pais. Ao final do semestre, houve a aplicação de um questionário para avaliar o processo de comunicação, medir o nível de assimilação, envolvimento e interesse pelo projeto. Foi destacado que os acompanhantes das crianças informaram que enquanto aguardavam o atendimento odontológico de seus filhos conversavam com as pessoas (72%), assistiam televisão (21%), liam ou não faziam nada (7%); mas todos consideraram de grande valia aproveitar o tempo disponível para adquirir conhecimentos sobre saúde bucal. As autoras verificaram a validade do projeto, inclusive por perceberem que “os pais devidamente orientados passam a ser nossos colaboradores na preservação dos

tratamentos clínicos e ainda tornam-se agentes multiplicadores”, pois as atividades na sala de espera conseguiram envolver as pessoas e transformá-las em agentes ativos dessa mudança, fazendo-as perceber seu papel de colaboradoras e assumindo responsabilidades na manutenção da saúde bucal de seus filhos, logo, acarretando em melhorias concretas na higiene bucal.

Teixeira e Veloso (2006), apresentaram um estudo reflexivo baseado em relatos de alunos, vivências e observações docentes no cotidiano do ensino universitário teórico-prático nas disciplinas de saúde coletiva e de saúde mental de enfermagem, em Atenção Básica de Saúde de Niterói e do Rio de Janeiro. Avaliaram as características da sala de espera e a sua contribuição no processo de ensino-aprendizagem para a enfermagem, mas reconheceram que esta atividade é exercida também por outros profissionais como: psicólogos, assistentes sociais, nutricionistas, médicos. Citaram diversas técnicas para trabalhar em sala de espera, desde sua preparação até a possibilidade de diálogo entre o saber popular e técnico-científico. Perceberam que as emoções que mais afloram nos alunos foram o medo, a ansiedade, a timidez, bem como o desejo de se expressar e ajudar o outro, sendo importante a verbalização para auxiliar no desenvolvimento profissional. Sobre os usuários, notaram que enquanto aguardavam o atendimento, eles falavam de suas aflições, de suas doenças, da qualidade do atendimento na instituição e da vida cotidiana, podendo ocorrer uma interação do linguajar popular com os saberes dos profissionais de saúde. Concluíram que as atividades de grupo em sala de espera favoreceram o desenvolvimento do sujeito; possibilitaram captar a clientela para as atividades de enfermagem (consulta, grupo educativo e visita domiciliar), realizar agendamentos de consultas e encaminhamentos para a equipe interdisciplinar; e proporcionaram uma abertura de interação com a comunidade. Embora, tenham constatado

“dificuldades, tais como um local com ruídos, muita mobilização de clientes e algumas pessoas que não desejam participar, mas não são consideradas tão relevantes em relação às vantagens que a sala de espera tem possibilitado à formação do enfermeiro; e pode-se aprimorar cada vez mais essa atividade como um recurso de educação em saúde que conduz à promoção da saúde, à prevenção e ao fortalecimento da cidadania.”

Cavalcante et al (2006), desenvolveram um estudo em Fortaleza, no Ceará, num Centro de Atenção Psicossocial (CAPS - pertencente ao SUS). Analisaram o estágio de acadêmicos de enfermagem durante três meses de prática junto aos pacientes portadores de doença mental em fase terapêutica. Iniciaram conhecendo a realidade local e obtendo autorização para trabalhar com os grupos terapêuticos, ancorados nos ideais da Reforma Psiquiátrica. Desenvolveram três tipos de atividades: 1) terapia grupal, que foi a mais detalhada e adequada para os objetivos propostos, tendo utilizado o método da Terapia Comunitária, que conta com a participação ativa dos usuários; 2) relacionamento terapêutico enfermeiro-cliente, sendo considerado adequado para cuidar de pacientes com transtornos mentais, mas exigia uma série de interações planejadas, onde o enfermeiro “dispunha de conhecimentos científicos, habilidade profissional e pessoal para ajudar o paciente, impedido de interagir ou comunicar-se satisfatoriamente com as pessoas do seu meio pelos mais diversos motivos”; 3) grupo de sala de espera, que teve um breve relato, sendo citado que tinham dinâmicas realizadas “pelos alunos para proporcionar reflexões acerca da vida de cada um e do processo saúde-doença e promover maior integração entre os pacientes e o serviço”. Apontaram que não obtiveram o sucesso previsto nesta última, pois mesmo com planejamento prévio, não houve muita participação dos pacientes e tiveram que enfrentar “diversos desafios peculiares ao desenvolvimento deste grupo, tais como local inadequado em virtude do grande fluxo de profissional e paciente. Isto tornava o ambiente barulhento e, por sua vez, os participantes ficavam dispersos.” Todavia, diferente das outras experiências, as autoras não especificaram as etapas e técnicas adotadas, impedindo uma maior análise do leitor.

Costa Junior et al (2006), apresentaram um trabalho que teve como objetivo a investigação dos efeitos de um programa de recreação planejada, em sala de espera de unidade hospitalar da rede pública de saúde do Distrito Federal, realizado com crianças e adolescentes com câncer em tratamento quimioterápico em fase de manutenção, isto é, permaneciam no hospital apenas o período necessário para administração da medicação e observação clínica. As atividades de recreação eram coordenadas por duas duplas de auxiliares de pesquisa, que manipulavam a disposição espacial do mobiliário, e a duração tinha em média duas horas, destinando-se, uma hora para atividades com materiais gerais (para

entretenimento genérico e lúdico) e uma hora com materiais específicos (desenvolvidos, ou adquiridos, para abordagem da temática hospitalar, adaptados às três faixas etárias). Só podia acontecer uma atividade de cada vez. A outra dupla preenchia uma ficha de registro sobre os comportamentos tendo as seguintes categorias: iniciativa, interação social, comportamento verbal e interesse demonstrado. Para fins de comparação de dados, os participantes foram divididos em três grupos etários, mas a participação era voluntária e de livre acesso à sala de espera, podendo entrar, sair e/ou retornar quando desejassem. Os dados coletados mostraram que a recreação planejada é adequada à sala de espera: acarretou em constante aumento de participantes; facilitou a interação social entre as crianças e a participação de familiares; e contribuiu para que adolescentes, mesmo tendo pouca permanência, modificassem, por vezes, as regras dos jogos de modo a permitir que crianças mais novas pudessem participar. A simulação de exames médicos, tal como o uso da maleta de médico, estiveram entre aquelas que obtiveram os maiores índices de interesse e participação das crianças. Concluíram destacando “a relevância da utilização de materiais concretos que oportunizem ao paciente a associação de conteúdos imaginários à situação real, bem como a melhor adaptação comportamental às condições adversas impostas pelo ambiente hospitalar e eventos do tratamento.” Sugeriram que o “agendamento de um maior número de crianças e adolescentes dentro de uma mesma faixa etária e no mesmo dia poderia favorecer o engajamento e a interação nas atividades de recreação propostas.”

Pesquisas relacionadas à sala de espera

Gomes et al (2006) apresentaram os resultados de um estudo transversal, do tipo descritivo-exploratório, realizado em um núcleo de atenção e ensino de Fortaleza. Acadêmicos de enfermagem, de fisioterapia e de nutrição, realizaram entrevista semi-estruturada, observação participante e observação dirigida das atividades desenvolvidas, mas estas não ocorreram multiprofissionalmente e eram supervisionados pelos autores, docentes. A observação dirigida contemplou os aspectos estruturais e ambientais da sala de espera, e aspectos técnicos relacionados ao desempenho do profissional/facilitador, seguindo um roteiro criado pela Secretaria Estadual de Saúde do Ceará (SES-CE), em parceria com

três agências de cooperação internacional. O estudo serviu para alertar os profissionais que desenvolvem atividades de informação em salas de espera a avaliarem a adequação desses espaços para este fim. A infraestrutura era inadequada (barulho, má ventilação e pouca iluminação), causando inquietação e dispersão nos participantes. Observaram que a falta de privacidade ocasiona, por exemplo, vergonha em fazer perguntas e em falar certos assuntos, principalmente por ambos os sexos estarem no mesmo local. Os facilitadores não se apresentaram, demonstrando uma impessoalidade e acarretando num desconhecimento, inclusive, da categoria profissional pela qual o usuário estava sendo atendido. Estes adotaram um processo verticalizado, não participativo, as informações não eram nem de interesse nem de escolha do grupo. Estes fatores contribuíram para dificuldade de envolvimento e de concentração, já inerentes ao barulho e à movimentação de pessoas, além da preocupação com a ordem da chamada. Os usuários tinham no imaginário que a sala de espera era um espaço para troca de conversa entre pessoas que já se conheciam ou para novos encontros, para troca de opiniões sobre a vida, seus problemas e seu cotidiano, e não de receber informações externas, por parte de profissionais de saúde. Os autores sugeriram: ter materiais informativos que funcionassem como um complemento das informações que fossem conversadas e que atuassem como um multiplicador; ter pequenas rodas de conversas, conversas aos pares, leituras individuais, vídeos, jogos informativos adequados às salas de espera, devendo ser avaliados e validados com os participantes.

Maruiti e Galdeano (2007), apresentaram os resultados de um estudo descritivo, exploratório, de abordagem quantitativa retirada da adaptação do *Critical Care Family Need Inventory* (CCFNI) e aplicada na sala de espera da Unidade de Terapia Intensiva (UTI) de um hospital geral de grande porte e particular, do Município de São Paulo. A pesquisa deu destaque às necessidades dos familiares de pacientes em UTI, notadamente sobre a relação com o profissional de saúde. A maior solicitação dos familiares era saber fatos concretos sobre o progresso do paciente internado. Analisaram a importância da ação educativa, da empatia e do sentimento de confiança do enfermeiro com a família, podendo diminuir o desconforto e a ansiedade dos envolvidos. Destacaram que para isto, além do enfermeiro ter o foco do cuidado no paciente, deve estar preparado para perceber

as necessidades da família e saber, com o compromisso ético, fornecer informações verdadeiras, sejam elas boas ou más, podendo, assim, implementar novas políticas de melhorias às famílias e pacientes. A pesquisa não correlacionou estes dados com a possibilidade de um trabalho na sala de espera. Sobre este ambiente ela apontou que a maioria dos participantes do estudo acharam importante ter um lugar: agradável, que ofereça conforto enquanto aguardam notícias de seu familiar internado, que tenha toaleta e telefone próximo a sala de espera e um mobiliário confortável, e com um local para ficar sozinho, sendo reiterado que avaliavam um hospital particular, diferenciado da rede pública.

Veríssimo e Valle (2005), apresentaram um levantamento bibliográfico sobre questões relativas aos grupos de sala de espera de naturezas diversas: para usuários de serviços de saúde diversos; para paciente somático e seus familiares; para gestantes e seus acompanhantes; para diabéticos; para pessoas com tumor cerebral e seus familiares, e em ambulatório de esterilidade conjugal, de ginecologia de adolescentes e de geriatria. Não detalharam as práticas desenvolvidas. Apontaram que os grupos foram coordenados por psicólogo, médico, enfermeiro e/ou terapeuta ocupacional. Os relatos citaram a característica de grupos abertos e com composição flutuante, podendo haver várias configurações em um mesmo encontro, tendo heterogeneidade em relação à idade, sexo e nível de participação dos integrantes, mesclando-se pessoas que participaram anteriormente e novatos na atividade. Isto contribuiu para o enfoque do grupo no aqui-e-agora, onde a sessão deve possuir começo, meio e fim, visto que era única. Mencionaram que o grupo de sala de espera também era caracterizado como uma forma produtiva de ocupar um espaço e tempo, ociosos nas instituições, com “a transformação do período de espera pelas consultas em momento de trabalho.” Os objetivos dos grupos em sala de espera eram: dar apoio emocional; esclarecer sobre questões médicas; construir espaços de conversação, reflexão e troca de experiências entre os usuários que vivenciavam conflitos e ansiedades semelhantes, mediados por profissionais de saúde que procuravam criar condições favoráveis para um processo de reconstrução dos sentidos atribuídos ao “eu” e uma condição vital qualquer, para poderem pensar formas de se viver melhor uma determinada situação; além de ser um espaço para triagem e encaminhamentos aos serviços de saúde. Citaram vários resultados benéficos:

“aumento da satisfação e diminuição do nível de ansiedade dos usuários, melhor aderência aos tratamentos propostos e fortalecimento de um vínculo de segurança entre usuários e profissionais. O autor fala, ainda, em diminuição do uso de medicamentos e da frequência de procura por consultas médicas. (...) Ademais, a equipe interdisciplinar de saúde passa a compreender melhor as dificuldades dos pacientes e pode, assim, orientar de maneira mais adequada sua conduta profissional (Burd; Maia, 2002).”

Turini et al (2008) eram um grupo de docentes do curso de Medicina da Universidade Estadual de Londrina que fizeram parte da proposta de mudança curricular e utilizaram o método da aprendizagem baseado em problemas, fundamentado no modelo da Universidade de Maastricht, que inclui a comunicação no contexto da prática médica. O objetivo era, no módulo de Habilidades do currículo integrado, qualificar a relação médico-paciente, segundo o modelo de Balint (“o remédio mais utilizado na medicina é o próprio médico, o qual, como os demais medicamentos, precisa ser conhecido quanto a sua posologia, reações colaterais e toxicidade”). As atividades seguiram os princípios da metodologia ativa de ensino-aprendizagem, incluindo diversas atividades práticas dos estudantes, como: observação da relação paciente-equipe de saúde em sala de espera de ambulatório, entrevistando os pacientes e/ou acompanhantes; observação e análise crítica de consultas médicas; observação crítica interpares de atitudes relacionadas à comunicação; discussões técnicas em grupo (docentes com discentes) sobre a abordagem da transmissão de informações, adesão ao tratamento e manejo de grupos especiais de pacientes em diferentes fases da vida; dramatizações; filmes; mesas-redondas; conferências. Os alunos desenvolveram suas atividades acompanhados por um pequeno grupo de instrutores e com o apoio de uma equipe multiprofissional (enfermeiras, assistentes sociais, psicólogas e médicos). Apontaram, entretanto, as resistências dos médicos nesta nova proposta curricular de medicina. Por outro lado, destacaram que conhecer a sala de espera e se aproximar dos usuários fora dos consultórios, possibilitou que os discentes que cumpriram esta etapa com seriedade, tivessem um perfil diferenciado, razão da persistência neste objetivo. Todavia, não aprofundaram o papel do aluno na sala de espera neste processo, o que impede uma análise mais profunda.

Poleti et al (2006), apresentaram um estudo descritivo sobre a vivência da implantação de um projeto que utilizou brincadeiras em sala de espera de um ambulatório pediátrico hospitalar, da Universidade de São Paulo (USP/Ribeirão Preto), que presta assistência à população de qualquer região do país. Geralmente, as pessoas, por motivo de horário de transporte público, permaneciam o dia todo no ambulatório. As atividades na sala de espera tiveram uma duração de 2 horas, eram desenvolvidas por alunos de graduação de enfermagem e pedagogia, com as crianças que estavam na sala de espera, após se apresentarem aos participantes e terem a permissão dos responsáveis. Havia brinquedos para todas as idades, pois o projeto abrangia inclusive adolescente. Logo, pela diversidade de faixa etária, as crianças ficavam livres para escolher o que preferissem. “Os pais e acompanhantes verbalizaram que, enquanto as atividades eram desenvolvidas, as crianças permaneciam menos ansiosas por terem a oportunidade de preencher o tempo livre. Há relatos, tanto das crianças quanto dos acompanhantes, a respeito da motivação para a ida ao hospital, contribuindo com a dinâmica familiar, em virtude da expectativa de realizar as atividades recreacionais antes do atendimento ambulatorial.” Todavia, havia necessidade de readequação do ambiente por ter poucas mesas e cadeiras para as crianças; havia um número reduzido de alunos para a operacionalização do projeto; e os demais profissionais de saúde que integravam a equipe de pediatria do ambulatório não participaram da execução do projeto, apesar de frequentes convites. Mas, concluíram que o brincar/brinquedo é uma estratégia de intervenção em enfermagem pediátrica, e se constitui em um instrumento que auxilia o profissional: compreender o momento pelo qual a criança está passando; além de ser estimulador do seu desenvolvimento; proporcionar lazer, durante a espera do atendimento ambulatorial; facilitar a comunicação entre equipe cuidadora e criança; contribuir para que criança e família entendam o que ocorre com eles; e auxiliar na ida ao serviço de saúde e no tratamento.

Ribeiro et al (2007), desenvolveram uma pesquisa qualitativa, com metodologia de orientação fenomenológica, através de entrevistas gravadas com mães que aguardavam atendimento de sua criança com deficiência auditiva, localizadas na sala de espera do Centro de Pesquisas Audiológicas (CPA), do Hospital de

Reabilitação de Anomalias Craniofaciais da Universidade de São Paulo (HRAC/USP). Informaram que a participação das mães na pesquisa foi com grande interesse e motivação. Emergiram quatro categorias significativas: vivências semelhantes, propiciando troca de experiências e novas amizades; ajuda mútua ou o cuidado de uma para com a outra, suscitando acolhimento, cordialidade e empatia, fortalecendo em especial a mãe mais fragilizada; educação e aprendizagem, conferindo ao espaço um caráter pedagógico ou educativo onde a mãe buscava informações sobre a deficiência auditiva, sobre o tratamento e a instituição; e insegurança na sala de espera, pois nem tudo que era dito ou percebido na sala de espera proporcionou informações precisas e/ou boas, ocasionando dúvida, desânimo, decepção, insegurança, culpa, vergonha, sentimento de inferioridade. Uma minoria de mães falou, também, que as crianças não tinham paciência de ficar muito tempo num local só, prejudicando as mães que queriam participar das conversas, ficarem sentadas, quietas, sem serem interrompidas pelos(as) filhos(as). Concluíram que a configuração grupal espontânea das mães em sala de espera, foi também uma oportunidade de construção de novos recursos nos serviços de atendimento, considerando que pode contribuir para a reorganização do fluxo na unidade, por meio da otimização do tempo ao ouvir logo de início aquilo que o usuário buscava para produção de sua saúde, esclarecendo melhor a demanda e direcionando os encaminhamentos. Assim, os casos puderam ser rápida e conjuntamente conduzidos, otimizando o tempo dos usuários e dos profissionais, definindo condutas de produção de saúde, que nem sempre eram detectadas tão precocemente nos atendimentos individuais.

Identificação dos principais conceitos e reflexões dos autores

O presente item está organizado por artigo selecionado, conforme a ordem seguida no item anterior. Em cada artigo serão apresentados os descritores, ou seja, as palavras-chave selecionadas. Pretende-se fazer uma síntese das reflexões teóricas dos autores e uma análise destas a partir da bibliografia que utilizaram.

Ribeiro et al (2000) citaram como descritores: prevalência e grupos diagnósticos homogêneos. Apresentaram a realidade da tuberculose no país e os resultados quantitativos sobre um grupo de pacientes que abandonaram o tratamento e outros

que não abandonaram, mas não fizeram reflexões conceituais e conjunturais. Não apresentaram análise sobre o fato dos grupos educativos acontecerem em sala de espera, suas características, possibilidades e limites provenientes das especificidades deste ambiente. Mas, demonstram especial preocupação com o cuidado com a saúde, e mencionam o potencial da sala de espera, sem a correlacionar com o restante do serviço. Isto é refletido na bibliografia selecionada, que teve predomínio sobre as situações de abandono do tratamento, tanto nacional quanto internacionalmente.

Moreira et al (2002) foram os únicos a citar no título “promoção da saúde” e “sala de espera”, todavia, não usaram estas expressões no descritor, e sim educação em odontologia e motivação. O primeiro termo apareceu somente no título e na primeira frase do resumo: “O projeto de educação em sala de espera foi proposto para atuar no primeiro nível de prevenção que é a promoção de saúde”, sem justificar seu posicionamento e não teve bibliografia específica. Mas, suas citações apontaram a afinidade com o assunto: “as ações de saúde, tanto educativas quanto curativas, visam propiciar aos grupos humanos o mais alto grau de saúde, bem como permitir uma melhor qualidade de vida (Petry; Pretto,1999).” Destacaram a educação como um instrumento de transformação social, de reformulação de hábitos, de aceitação de novos valores; de estímulo a criatividade; de aquisição de conhecimentos (informação) e de desenvolvimento de habilidades (instrução). Mencionaram as concepções e técnicas educativas e comunicativas empregadas na sala de espera, mas não as correlacionam diretamente com a “proposta de promoção da saúde”, conforme escreveram no título do artigo.

Teixeira e Veloso (2006) elegeram como descritores: educação em saúde, comunicação e enfermagem. Mas, apesar de não colocarem “sala de espera” como palavra-chave, foi o artigo que mais a conceituou. Eles são docentes que, a partir do relato de experiência de ensino com discentes de enfermagem em grupo de sala de espera em ABS, sistematizaram técnicas de dinâmicas de grupo e conceitos relacionados a temática. Citaram que esta atividade é “inerente à enfermagem, a qual contribui para a promoção da saúde, prevenção de agravos e encaminhamentos para outras atividades de saúde. Essa prática precisa ser

estimulada e adotada como um recurso teórico e prático, problematizador na formação do enfermeiro.” O artigo tem uma riqueza de análise e adotaram “como princípio teórico-filosófico uma abordagem da saúde enquanto uma prática da complexidade, atravessada pela transdisciplinaridade, deslocada da perspectiva mecanicista, dualista e racionalista das práticas de saúde.” A bibliografia destacou o cuidado, notadamente sobre o corpo. Citaram a valorização do conhecimento da antropologia e da sociologia, além da prática de ensino-aprendizagem, em especial pela possibilidade de diálogo entre o saber popular e técnico-científico. Cabe citar trechos na íntegra, considerando que foi o artigo que mais trabalhou teoricamente o tema, além da proximidade com colocações já citadas pela discente:

“(…) Sala de espera é um termo polissêmico, pois nem sempre esta atividade é realizada numa sala. (...) Nesse espaço dinâmico, ocorrem vários fenômenos psíquicos, culturais, singulares e coletivos. (...) Nesse território ocorrem interações, nem sempre harmônicas, entre o saber oficial em saúde e o popular, nas quais as pessoas expressam suas subjetivações, formas de ser e maneira de se cuidarem. Quando entramos nesse cenário, com propósito educativo, identificamos as transversalidades entre as expressões psicossociais das pessoas e linguagem técnica e científica.”

Cavalcante et al (2006), adotaram como descritores: enfermagem psiquiátrica, saúde mental, cuidados de enfermagem. Destacaram que seus conceitos estavam baseados na Reforma Sanitária, buscando um processo participativo com a clientela e frisando “uma abordagem humanitária, acolhedora e respeitosa ao indivíduo com sofrimento psíquico, ancorada nos princípios das relações interpessoais.” Assumiram como “referencial teórico a logoterapia, que está ancorada na busca do sentido da vida.” Mas, a bibliografia estava centrada, principalmente, no *modos operanti* de instituições, da enfermagem e de grupo de saúde mental. Os autores acharam a sala de espera inadequada à proposta terapêutica que pretendiam, todavia, o conteúdo do artigo não permitiu uma melhor análise.

Costa Junior et al (2006), definiram como descritores: recreação planejada; brincar; sala de espera hospitalar; psicologia pediátrica, logo, sendo um dos três artigos que usaram na palavra-chave a “sala de espera”. O texto, bem como a

bibliografia, demonstraram a preocupação dos autores com o cuidado com crianças e adolescentes que aguardam atendimento, e, em segunda instância, com o familiar também. Destacaram a influência do brinquedo no desenvolvimento infanto-juvenil e na humanização da assistência. Apontaram que é recente a discussão para que ambientes sejam mais adequados ao acolhimento da criança e do adolescente, como geralmente acontece no âmbito familiar e/ou escolar. Citaram que a Organização Mundial de Saúde (OMS), há quase quatro décadas, postula uma concepção de saúde integral, enfatizando que as unidades pediátricas devem ter planejamentos ecológicos voltados à infância e à adolescência, mas não detalharam esta informação. A arte de brincar no hospital vem ocupando um espaço significativo no estudo da hospitalização infantil sob a ótica do processo de humanização institucional, mas há poucos que “analisam, sistematicamente, os efeitos de programas específicos de recreação sobre o repertório de comportamentos de crianças e adolescentes em tratamento médico e suas implicações para o enfrentamento da doença e da adesão à terapêutica.” Conclui-se, com bases teóricas e empíricas dos autores, que a concepção do brinquedo em sala de espera é “um meio de trocar experiências, de manter a interação entre os indivíduos e de propiciar a comunicação, podemos apontar que o programa de recreação planejada, além de estimular a expressão emocional dos pacientes, reduz a probabilidade do isolamento social, muito referido pela pesquisa em psicologia pediátrica (...).” Apesar de não apresentarem um aprofundamento conceitual, fundamentaram a importância da recreação planejada e firmaram seu uso em sala de espera.

Gomes et al (2006), utilizaram como descritores: serviços de atenção ao paciente, satisfação do paciente, informação. Não definiram os dois primeiros, mas identificaram critérios de avaliação correlacionados à satisfação do usuário, através de perguntas chaves e da “Metodologia de Melhoria da Qualidade da Atenção Primária à Saúde”, que contém indicadores para ambiente e desempenho profissional, criada por um grupo das autoras. Os resultados da pesquisa sugeriram, para o presente projeto, um olhar atencioso sobre esta metodologia. Definiram o descritor “informação” e apontaram uma lógica segundo a promoção da saúde, apesar de não citarem seu nome, mas a bibliografia mostrou que as autoras utilizaram esta base conceitual. Observaram que a prática de informar em

saúde deve ser compreendida “como sendo relações entre sujeitos sociais, que portam diversos saberes, ocorrendo em diferentes espaços como práticas dialógicas, estratégicas, mediadas pela ação instrumental, apresentando-se de maneira formal ou informal, utilizando metodologias progressistas ou conservadoras, desenvolvidas em espaços públicos ou privados. (...)” A bibliografia também retratou a importância dos autores no processo pedagógico horizontalizado. Apesar de não usarem “sala de espera” como descritor, a definiram como um “espaço físico onde os clientes aguardam para o atendimento”; valorizam-na como um espaço de “renovação da sociabilidade” e de formação de um “tecido social comunicativo”; destacaram-na como campo de ensino e de pesquisa, por ser “um local habitualmente utilizado pelos profissionais de saúde para a realização de atividades de dar informação em saúde”, mas que deve ser utilizado com técnicas adequadas para superar as dificuldades na qualidade de sua recepção da informação. A lógica apresentada pelas autoras sugere que este pode ser um espaço de promoção da saúde, uma vez que pode ser um espaço de atividades correlacionadas a “estratégias adequadas de educação em saúde, amparadas no compromisso ético pela busca de caminhos transformadores, ganhando relevância enquanto ação que resgata a autonomia das pessoas.”

Maruti e Galdeano (2007), apresentaram como descritores: relações profissional-família; determinação de necessidades de cuidados de saúde; cuidados de enfermagem; Unidades de Terapia Intensiva. Definiram o último e apresentaram estudos sobre a relação entre profissional de saúde e familiares de pacientes internados, e compararam algumas necessidades dos familiares com a pesquisa que realizaram e outras. Citaram um instrumento de coleta de dados internacional e o apresentaram em anexo, mas não criticaram a experiência obtida com ele. Mostraram uma preocupação com o cuidado, como visto em sua bibliografia, em especial sobre necessidades dos usuários, comunicação com os profissionais e humanização. Não fizeram uma análise mais profunda dos resultados e possíveis caminhos de práxis sobre sala de espera, mas mostraram que este é um ambiente físico que precisa ser agradável e confortável, sem correlacioná-lo com possibilidades de ações educativas e acolhimento.

Veríssimo e Valle (2005), apresentaram sua experiência a partir de um levantamento bibliográfico, resultante da dissertação de mestrado do primeiro, sob orientação da segunda. Foi o único artigo que teve como descritor a menção a “grupo de sala de espera”, sendo um dos três que utilizou a palavra-chave buscada na BVS. Usou, ainda, como descritor: Psicologia da saúde e psicossomática. Foi o que teve ampla referência bibliográfica direcionada a sala de espera, dentre outras referentes a grupo e psicossomatismo. Cabe alguns destaques relacionados a concepção de grupo em sala de espera: oferece uma nova e importante rede social; tem modalidades com finalidades diversas, acarretando em uma necessidade de adequação técnica, sendo distinguido em duas estratégias (grupo operativo terapêutico, de apoio ou de suporte; e grupo psicoterápicos ou elaborativo); segue uma perspectiva que contempla o sistema biomédico de apreensão e tratamento das doenças, que é o predominante, ou segue o contexto da saúde pública, com um movimento de estímulo a práxis inovadoras e de cunho crítico, com privilégio nas ações de caráter coletivo, com particular importância nos dispositivos grupais, adotados pela Psicologia. O trabalho em sala de espera foi uma estratégia descrita como “um canal de comunicação eficiente para transmissão de informações sobre as condições de saúde, o diagnóstico, as condições do tratamento e também sobre a instituição que presta cuidados em saúde, além de oferecer a possibilidade de socialização, trocas e suporte social aos usuários e familiares.” Contrários a outros artigos, acharam que é um “espaço terapêutico preventivo em relação a problemas emocionais”, podendo ser um espaço de “orientação antecipatória”, onde até exames podem ser visto de maneira mais ágil. Concluíram que “os grupos de sala de espera vêm sendo descritos como uma modalidade de intervenção que se desenvolveu, justamente, na revisão das noções ideais de grupo.” Cabe, ainda, uma importante citação que frisaram de Moreira Jr. (2001, p.55), que apontou, com relação a sala de espera, que há “[...] escassez de pesquisas sobre modelos emergentes de práxis grupal em contextos institucionais”.

Turini et al (2008), utilizaram como descritores a comunicação; a educação de graduação em medicina; o cuidado centrado no paciente; a educação médica. A bibliografia demonstrou a importância de ser um “bom médico” e a comunicação na relação médico-paciente. Citaram as premissas básicas para as habilidades de

comunicação, tendo preferência pelo modelo de Balint, já mencionado anteriormente, mas não o apresentaram enquanto modelo. Enfatizaram o “método da aprendizagem baseada em problemas, aprendizagem auto dirigida, adoção de novas formas de avaliação e natureza multidisciplinar”, tendo adaptado o modelo da Universidade de Maastricht. Apesar de não detalharem, esclareceram que tem três fases durante a consulta médica: “na primeira, o paciente é o “entendido”; na segunda fase, os papéis se invertem, o médico direciona o interrogatório para o seu raciocínio clínico, mas deve ser sensível e cortês, considerando a vulnerabilidade do paciente; na terceira fase, ambos, médico e paciente, são os entendidos, cada um em sua área.” Os autores citaram vários trabalhos e denominaram isto como uma “nova medicina subjetiva”; substituindo a “visão objetiva da doença” e, progressivamente, priorizando o “cuidar” mais que o “curar”; valorizando, segundo Merhy, as “tecnologias leves” (produção baseada nas relações entre dois sujeitos), e não somente as “tecnologias duras” (ênfase nos equipamentos) e as “tecnologias leves-duras” (base nos saberes bem estruturados). Apesar de defenderem um modelo pedagógico não tradicional e investirem num currículo integrado, citaram que há poucas referências sobre a estratégia pedagógica que se deve empregar para atingir o objetivo proposto, dificultando o aprimoramento e fortalecimento da nova grade curricular de medicina, mas não sendo impeditivo. Neste contexto, só citaram a sala de espera como espaço de observação e entrevista, sem fazer análise sobre as possibilidades e limites deste ambiente na proposta mencionada. O artigo também inicia reflexões sobre o modelo de atenção, sem um aprofundamento, e inclusive não menciona nada sobre a promoção da saúde, apesar do artigo sugerir à discente que há afinidade.

Poleti et al (2006), selecionaram como descritores: enfermagem pediátrica; jogos e brinquedos; recreação; ambulatório hospitalar. Não aprofundaram o conceito de enfermagem pediátrica e o ambulatório hospitalar foi restrito a sala de espera, apesar de não defini-los também. Mas, todo o texto apontou para a preocupação com o cuidado, com a humanização institucional e o respeito com a família e com o desenvolvimento infantil. As autoras centraram a bibliografia na recreação infantil, enquanto processo institucional de desenvolvimento e acolhimento infantil. Citaram modalidades de brinquedos normativos e terapêuticos. Apresentaram seu potencial de socialização, linguagem, psicomotricidade e

criatividade, compreensão e reação sobre a própria realidade. Assim, “crianças e familiares puderam se sentir acolhidos e "cuidados" em um ambiente que, por si só, ameaça o papel protetor dos mesmos.” Citaram que “com base nesses pressupostos, (...) visam, assim, estabelecer um processo de comunicação terapêutica que possibilitasse sua compreensão acerca da situação que ela estava vivenciando.”

Ribeiro et al (2007), ao apresentarem um estudo sobre a vivência de mães em sala de espera, enquanto aguardavam atendimento a sua criança com deficiência auditiva, fizeram diversas correlações teóricas, com contribuição de alguns clássicos relacionados à saúde, à educação e à filosofia. Foi o único trabalho que citou como descritor a expressão “sala de espera”, dissociada de outros termos; além de outros descritores: deficiência auditiva, grupos de apoio, pesquisa fenomenológica. Apresentaram um rico levantamento bibliográfico, destacando Barros, Zimmerman e Zukerfeld. Não definiram “sala de espera”, mas sua concepção estava implícita, notadamente, quando citaram que “para este estudo foi necessário um entendimento do ser humano na sua totalidade, indo além dos resultados que cada especialidade conseguiu obter separadamente, perpassando os princípios da humanização nos seus aspectos físicos, psíquicos e sociais.” Colocaram que a sala de espera é propícia para a formação de grupos espontâneos, sendo isto muito natural, principalmente pelo fato do ser humano ser “essencialmente gregário”, onde o acolhimento é parte de um “mecanismo suportivo”, sendo, também, consequência da homogeneidade que existe na clientela. Para eles, isto ocasionou o aparecimento de três fenômenos, expressos por três mecanismos com a mesma terminação “ança”: semelhança, esperança e confiança. Mencionaram que, enquanto grupo espontâneo, também tem uma finalidade educacional, construída na relação homem-mundo, como preconizado por Paulo Freire (1983), onde a educação “é comunicação, é diálogo, um encontro de sujeitos interlocutores que buscam a significação dos significados”. Portanto, “nesse enfoque transformador, libertador e humano foi possível entender a sala de espera como um espaço que proporcionou “um humanismo científico (que nem por isso deixa de ser amoroso)” (Freire, 1983, p. 74), apoiando a ação educativa e comunicativa das mães.” Destacaram que, em Bleger, é ressaltada a “necessidade de algumas modificações institucionais, tais como: aperfeiçoamento das técnicas

de intervenção, elaboração de técnicas de ação nos grupos naturais para inserção grupal, revolução na administração dos recursos técnicos. (...) Essas oportunidades de atuação, junto ao que ele denominou como grupos naturais, têm sido pouco aproveitadas.” Os autores, citaram , segundo Samea (1994), que as práticas na sala de espera puderam promover a integração da equipe com a população atendida, “não como uma pseudo participação onde se delega às instituições as soluções necessárias, mas de forma a assumir criticamente o planejamento e a construção de novas perspectivas, através da mobilização e organização dos próprios sujeitos envolvidos (...)” Mostraram o quanto a sala de espera pode ser “um espaço comunicativo e de ressignificação das práticas”, pode ser informativo e educativo, pode mostrar as relações sociais e as necessidades de reorganização do serviço com participação de seus usuários.

Reflexões sobre os artigos

Este item buscará uma análise sobre o conjunto dos artigos, tanto no tocante aos cenários de prática, quanto ao processo de construção do conhecimento, para proporcionar algumas reflexões que possam servir de base para diálogos que propiciem uma construção cada vez mais sólida de práticas transformadoras e promotoras de saúde em sala de espera.

Os artigos abordaram aspectos da sala de espera na Atenção Básica de Saúde (ABS), em Unidade de Terapia Intensiva, e em ambulatório hospitalar. Fez-se um levantamento de quais foram os principais enfoques empíricos que os artigos abordaram nas salas de espera dos serviços de saúde. Para se ter uma visão geral, estes foram agrupados, incluindo os relatos de experiências e as pesquisas relacionadas a sala de espera enquanto cenário de prática, conforme resumido a seguir, na tabela a seguir.

Tabela II
Agrupamento das principais temáticas abordadas
nas salas de espera

Agrupamento temático	Nº
Educação e informação em saúde	3
Tratamento de doença	2
Apoio a família/acompanhante	2
Entretenimento	2
Relação profissional-paciente	2
Total	11

Fonte: Reis, Inês Nascimento de Carvalho. Espaços públicos invisíveis: perdas e conquistas na Promoção da Saúde. 2012.

Os artigos, exceto um, apresentaram resultados que mostraram que a sala de espera vem se prestando a ser um lugar adequado à realização de práticas educativas e/ou informativas, citando: baixo custo operacional; aumento da compreensão dos profissionais sobre as necessidades dos usuários, acarretando em informações mais adequadas, apoio emocional, mudanças em fluxos do serviço e otimização do tempo; aumento, por parte dos usuários, da compreensão sobre a instituição, os problemas e cuidados com a própria saúde, contribuindo para a melhoria da relação profissional-usuário, do auto-cuidado e das ações como multiplicadores de saúde; diminuição de ida as consultas médicas e do uso de medicamentos; diminuição de ansiedade, inclusive com maior interesse de crianças irem ao serviço de saúde, facilitando o tratamento e a dinâmica familiar; aumento na captação e/ou nos encaminhamentos precoces de usuários; aumento da interação entre os próprios usuários, acarretando em troca de experiências e solidariedade. Cabe destacar que a experiência da discente na realização de atividades e pesquisas em sala de espera, como já citado, apontaram resultados similares a vários aqui mencionados, firmando a riqueza deste cenário de prática.

O único artigo que não aprovou atividade em sala de espera aconteceu em um Centro de Atenção Psicossocial (CAPS), onde a proposta era terapêutica, mas não foi possível avaliar esta experiência, pois o artigo se deteve em outras práticas. Outro artigo, preocupado com o abandono ao tratamento de tuberculose, informou que foi indiferente se os pacientes participaram ou não de grupo educativo em sala de espera, mas achou importante aprimorar e monitorar seu uso. Dos artigos que acharam pertinente trabalhar em sala de espera, cinco citaram aspectos que dificultaram seu desempenho, sendo: espaço físico com grande movimentação de

peçoal, muito barulho, pouca luminosidade e conforto, além de falta de mobiliário próprio para recreação infantil; falta de privacidade para conversar determinados assuntos, como sexualidade, considerando que há uma heterogeneidade da população atendida; insegurança e angustia do usuário quando um outro passa informação equivocada; falta de interesse e de preparo do profissional para o trabalho em sala de espera; sentimento de medo, ansiedade e timidez de alunos de graduação ao desenvolverem alguma atividade. Dois artigos mostraram a hipótese de que há resistência de profissionais/alunos assumirem a sala de espera. Interessante observar que a realidade apontada por estes sete artigos, também foi percebida pela discente.

Foram apresentadas algumas técnicas para se trabalhar em sala de espera, seja porque foram observadas na prática, seja por terem sido sugeridas. Só um artigo deu uma ênfase específica a esta temática, apesar de alguns terem citado que isto é importante. Os aspectos levantados mostraram que é necessário: capacitação profissional; planejamento prévio da atividade, avaliando sua adequação quanto ao ambiente e a clientela (flutuante, diversificada, precisando usar abordagem clara e centrada no aqui-e-agora); preparação prévia do mobiliário; opção preferencial pelo processo participativo e dialógico; apresentação do nome, da profissão do facilitador e de seus objetivos com o trabalho; utilização de multimídias que suscitem debates (filmes, slides, cartazes); distribuição de folhetos para auxiliar na aquisição de conhecimentos e na multiplicação de informações; utilização de material recreativo para crianças e adolescentes; e organização de agendamento por grupo etário. Ressalta-se que estes pontos são muito importantes e que pressupõe um investimento institucional e profissional, podendo significar reorganização em alguns setores, o que foi apontado em só um artigo.

Foi feita uma análise específica sobre os descritores (palavras-chave), a teoria e a bibliografia utilizada em cada artigo, como já exposto. Para se ter uma visão de conjunto, agrupou-se os descritores, conforme a tabela III, a seguir.

Tabela III
Agrupamento temático dos descritores dos artigos

Agrupamento temático dos descritores	Nº
Sala de espera	5
Comunicação e informação	3
Recreação, brincadeira	2
Educação	3
Enfermagem	4
Psicologia, Saúde mental	3
Cuidado em saúde	3
Grupo	2
Outros	6

Fonte: Reis, Inês Nascimento de Carvalho. Espaços públicos invisíveis: perdas e conquistas na Promoção da Saúde. 2012.

Destaca-se que nem todos os artigos conceituaram os seus descritores e, por vezes, enfatizaram algum conceito que não era apresentado na relação de descritores. Dos 5 que citaram “sala de espera”, dois eram compostos (sala de espera hospitalar e grupo de sala de espera). O artigo que mais conceituou sala de espera não a colocou como descritor.

Como foi apontado em um dos artigos, a sala de espera é um conceito polissêmico. As diversas possibilidades encontradas nos artigos mostraram isso. As proximidades entre teoria e prática se fizeram presentes. Os descritores e conceitos, geralmente, refletiram os cenários de prática, e estão resumidos, abaixo, em três grandes grupos:

1 – Espaço de educação, comunicação e interação social:

- é um “território dinâmico”, que pode possibilitar a troca de experiência, espontânea ou estimulada, entre os próprios usuários; a troca entre o saber popular e o científico; o que oportunizou o encontro de diversos saberes e da transversalidade entre as experiências psicossociais e de linguagem, e mostrou os fenômenos psíquicos, culturais, singulares e coletivos, o que o fez ser chamado, também, de espaço de “renovação da sociabilidade”, de formação de um “tecido social comunicativo”, de “rede social”.

2 – Espaço de relações de poder

- é um “território entre público e privado”, um “espaço da população”, pois a sala de espera é da instituição de saúde pública, mas seu profissional permanece pouco tempo nela e só tem um controle parcial dos fatos que podem vir a ocorrer; por outro lado, a população é quem a ocupa a maior parte do tempo, embora o indivíduo (privado) fique exposto aos efeitos institucionais sobre o cumprimento ou não das políticas públicas, é um espaço de relação social fora do esperado, contrário à tendência nos consultórios, que expõe mais as condições de desigualdades sociais, embora estas condições de desigualdade não tenham sido citadas, mas estavam implícitas nos artigos.

3 – Espaço para reorientação do serviço

- é um espaço de “ressignificação de práticas”, de promoção da saúde, de educação para transformação social, de “terapêutica preventiva”, de “orientação antecipatória”, de cuidado, de “humanização científica”, de “planejamento ecológico”, podendo incentivar a reorganização do serviço, inclusive contando com o controle social preconizado pelo SUS.

Com relação a pesquisa aqui apresentada sobre a sala de espera, em artigos da BVS, cabe ressaltar que o modelo de atenção, apesar de não ter sido sempre diretamente explicitado, estava sempre presente. Alguns artigos estavam mais direcionados para o cuidado a atenção dentro da lógica biomédica do que de saúde pública, sendo que alguns abordaram a promoção da saúde, sem necessariamente utilizar esta expressão. Alguns iniciaram uma análise sobre as possibilidades de conhecimento e reorganização do serviço a partir da sala de espera, além da importância de qualificação profissional, notadamente no tocante a minimização de resistências de trabalho em sala de espera. Importante mencionar que todos estavam preocupados, em maior ou menor grau, com a atenção ao cidadão, firmando a importância de aproveitar melhor as salas de espera no SUS.

10- Existente algum protocolo de classificação de risco para organização da triagem/ demanda espontânea?

- () Sim
() Não

Comente:

11 - O Centro de Saúde tem assistente(s) social(is) exercendo esta profissão?

- () Sim – Quantas?
Exercem atividade educativa? () Sim – Qual(is)?
() Não
() Não

Atividades que aconteciam ou acontecem NA SALA DE ESPERA

12 – Acontece ou já aconteceu alguma atividade educativa EM SALA DE ESPERA?

- () Sim, já aconteceu, mas não acontece mais – Período:
() Sim, já aconteceu e ainda acontece – Ano que iniciou:
() Sim, acontece recentemente – Ano que iniciou:
() Nunca aconteceu - **Qual a sua opinião para nunca terem realizado atividade na sala de espera?**

13 – Informe sobre as atividades que aconteciam ou acontecem NA SALA DE ESPERA:

- Qual a periodicidade?** () semanal – Qual(is) dia(s) da semana?
() quinzenal - Qual(is) dia(s) da semana?
() mensal
() eventual – Quando?

Em que horário?

Profissão da coordenação?

Qual a natureza? (pode responder mais de uma questão)

- () palestra informativa () conversa/dialogada
() teatro () álbum seriado
() filme de entretenimento () filme educativo
() distribuição de folhetos/manuais () atividade recreativa –

Qual(is)?

- () outra(s) técnicas - Qual(is)?

Qual a sua opinião sobre a(s) atividade(s)?

Se não acontece mais, qual(is) o(s) motivo(s)?

14 - Há(Houve) produção acadêmica e/ou científica sobre atividades NA SALA DE ESPERA? (pode responder mais de uma questão)

- () existe trabalho escrito sobre a sala de espera – Qual(is)?
() existe ou existiu estágio relacionado a sala de espera – Qual(is) cursos(s)?
() existe tecnologia criada para sala de espera – Qual(is)?

15 - Marque os equipamentos existentes E que funcionam NA SALA DE ESPERA: (pode responder mais de uma questão)

- | | |
|--|--|
| <input type="checkbox"/> TV | <input type="checkbox"/> DVD/Vídeo |
| <input type="checkbox"/> Música ambiente | <input type="checkbox"/> Amplificador de som com microfone |
| <input type="checkbox"/> Placas de sinalização | <input type="checkbox"/> Painéis para cartazes |
| <input type="checkbox"/> Placas de saída de emergência | <input type="checkbox"/> Caixa de sugestões/reclamações |
| <input type="checkbox"/> Cadeiras | <input type="checkbox"/> Bebedouro |
| <input type="checkbox"/> Ventilador | <input type="checkbox"/> Ar condicionado |
| <input type="checkbox"/> Banheiro próximo | <input type="checkbox"/> Fraldário |
| <input type="checkbox"/> Imagem religiosa | <input type="checkbox"/> Área recreativa |
| <input type="checkbox"/> Cor de parede – Qual(is) é(são) a(s) cor(es)? | |

16 - Qual a sua opinião sobre o uso do espaço da sala de espera para atividades de promoção da saúde e educativas? Justifique sua resposta.

Atividades educativas que acontecem FORA DA SALA DE ESPERA

17 - Há (Houve) atividade(s) específica(s) de promoção da saúde e/ou educativa(s) com os usuários, que NÃO ACONTEÇA(M) em sala de espera?

- Sim, já aconteceu, mas não acontece mais – Período:
 Sim, já aconteceu e ainda acontece – Ano que iniciou:
 Sim, acontece recentemente – Ano que iniciou:
 Nunca aconteceu - **Qual a sua opinião para nunca terem realizado atividade na educativa?**

18 - Se sim: (pode responder mais de uma questão)

- Qual o tipo?** grupos agendados no centro de saúde– Quais?
 grupos agendados na comunidade– Quais?
 dentro das consultas – Quais?
 eventos organizados na instituição– Quais?
 outra(s) ações na instituição – Quais?
 outras ações na comunidade - Quais?

Profissão da(s) coordenação(ões)?

- Qual a sua opinião sobre esta(s) ação(ões) como atividade(s) educativa(s) ou de promoção da saúde que acontecem fora da sala de espera? Se não acontece(m) mais, qual(is) o(s) motivo(s)?**

Definições

19 - O que é promoção da saúde para você?

20 - O que é humanização para você?

21- O que é atividade educativa para você?

22 - O que é o ato de esperar para você?

Gestão

23- Houve (Há) algum incentivo e/ou interferência (exemplo: financeiro, material, infra estrutura, recursos humanos, equipamentos, etc.) na sala de espera por parte da Política Nacional de: (pode marcar mais de uma)

- Atenção Básica – Qual(is) incentivo(s)? .
 Promoção da Saúde – Qual(is) incentivo(s)? .
 Humanização – Qual(is) incentivo(s)? .
 Não identifico incentivo dessas Políticas com relação a sala de espera

Comente sua resposta:

24 - O centro de saúde tem atividades voltadas para área de ensino?

- Sim – Qual(is) cursos, disciplinas, etc.?
 Não

25 - O centro de saúde desenvolve atividades voltadas para área de pesquisa (especificar cada item: profissionais internos e externos pesquisadores, alunos desenvolvendo pesquisas, apresentação em eventos científicos, publicações, etc.) ?

- Sim – Qual(is) atividade(s), vínculos institucionais, etc.?
 Não

26- O centro de saúde: tem coordenação específica para as ações de ensino
 não tem coordenação específica para as ações de ensino
 tem coordenação específica para as ações de pesquisa
 não tem coordenação específica para as ações de pesquisa
 tem coordenação para ações de ensino e de pesquisa juntas

27 - A população participa da Gestão da Unidade?

- Sim – Como?
 Comentários (ex: mudança de rotinas, usuários participaram de fóruns, etc.):
 Não

28- Analise a atual condição para ser, ou se manter, um centro de saúde escola (CSE):

Contato com profissional(is) que desenvolve(m) atividade(s) educativa(s)

29- Quantos profissionais desenvolvem atividades educativas?

- 1 – Qual a profissão?
 2 – Qual a profissão?
 3 – Qual a profissão?
 + de 3 – Quantos? Qual a profissão?

30- Indicaria até 2 profissionais desenvolvem atividades educativas para entrevista?

- Sim
 Não

31- Se sim: (identificação - resposta sigilosa, considerando que há nomes de profissionais)

32 - Autoriza a divulgação do nome do Centro de Saúde Escola em meios acadêmicos e científicos?

- () Sim
() Não (caso responda “não”, garantimos o anonimato, como previsto no projeto aprovado pelo Comitê de Ética)

Outros comentários

Comente qualquer coisa que ache importante para a pesquisa e que ainda não tenha registrado:

Entrevistado (o questionário será arquivado com código numérico, e a análise não discriminará os cargos específicos)

Histórico funcional:	Profissão
	Cargo
	Tempo exercendo o cargo citado
	Tempo de atividade funcional na Unidade

Fonte: Reis, Inês Nascimento de Carvalho. Espaços públicos invisíveis: perdas e conquistas na Promoção da Saúde. 2012.

APÊNDICE 3

Termo de Consentimento Livre e Esclarecido para gestores e profissionais que não desenvolvem atividades educativas

Você está sendo convidado/a para participar da pesquisa para Tese de Doutorado, intitulada “A promoção da saúde em um cenário invisível: os sentidos da sala de espera”. Você foi selecionado/a por ser considerado/a um informante chave e trazer contribuições para se conhecer atividades promotoras de saúde e na sala de espera de seu local de trabalho. O principal objetivo deste estudo é apreender sobre os sentidos e realidades da sala de espera da Saúde.

Sua participação nesta pesquisa consistirá em conversar com a pesquisadora, que lhe apresentará previamente o instrumento de entrevista. Este foi pensado de maneira que possa trazer contribuições para profissionais, usuários e alunos de centros de saúde escola, e não lhe trazer riscos, nem desconforto. A conversa será redigida pela pesquisadora e mostrada a você para que opine a respeito. Caso permita, será gravada para garantir uma qualidade mais detalhada do registro, e a fita será guardada por cinco anos, com a pesquisadora e depois destruída, conforme definido pela Resolução 196/96, mas dependerá de sua autorização, abaixo.

As informações serão confidenciais, sigilosas e não serão divulgadas de forma a possibilitar sua identificação, pois os registros serão numerados, e os nomes correspondentes ficarão em folha separada e sob a guarda da pesquisadora. Os dados serão trabalhados agregadamente, minimizando o risco de sua identificação, uma vez que o universo de entrevistados é pequeno.

A sua participação não é obrigatória e você pode, a qualquer momento, não responder a qualquer pergunta ou desistir de participar e retirar seu consentimento, sem que isso traga qualquer prejuízo em sua relação com a pesquisadora ou com a instituição.

Pretende-se, com esta pesquisa, trazer mais benefícios diretos e indiretos para os envolvidos com a pesquisa, agregar conhecimentos teóricos e empíricos para políticas públicas, formação profissional e ações relacionadas à educação para saúde, à promoção da saúde e à humanização da atenção junto aos usuários do Sistema Único de Saúde. Você receberá o retorno da pesquisa através da síntese da análise dos resultados agregados que será entregue a presente instituição e divulgada em meios acadêmicos, científicos e outros que contribuam para sua disseminação, além da versão da Tese na Biblioteca on line e impressa da Universidade.

Você receberá uma cópia deste termo onde consta o telefone e o endereço institucional da pesquisadora e do CEP, podendo tirar suas dúvidas sobre o projeto e sua participação, agora ou a qualquer momento.

Desde já agradecemos suas contribuições.

Inês Nascimento de Carvalho Reis

Rua Leopoldo Bulhões, 4800, ENSP/CSEGSF, Rio de Janeiro, Tel. (0xx 21) 25982769

E-mail: inesreis@ensp.fiocruz.br

CEP/ENSP

Rua Leopoldo Bulhões, 1480/Térreo, Manguinhos, RJ, CEP: 21041-210, Tel. (0xx21) 25982863

Declaro que entendi o presente Termo e concordo em participar da pesquisa intitulada “A promoção da saúde em um cenário invisível: os sentidos da sala de espera”. E, ainda:

Concordo com a gravação para o estudo, que será depois destruída, como citado acima

Não concordo com a gravação para o estudo

Rio de Janeiro, ___ de _____ de 2010

Sujeito da pesquisa

7 - Houve algum incentivo (exemplo: financeiro, material, infraestrutura, recursos humanos, equipamentos,...) nas ações educativas no ambiente da sala de espera por parte da Política Nacional de: (pode marcar mais de uma)

- () Atenção Básica – Qual?
 () Promoção da Saúde – Qual? .
 () Humanização – Qual? .
 () Não identifico incentivo dessas Políticas com relação a sala de espera

Comente:

8 – Se alguma atividade na sala de espera foi interrompida, em sua opinião, qual foi o motivo?

9 – Há alguma pesquisa sobre estas atividades no ambiente da sala de espera?

- () Sim – Qual(is)?
 () Não

**10 - Há publicações sobre estas atividades? () Sim – Qual(is)?
 () Não**

**11 - Há aula/estágio relacionadas a estas atividades? () Sim – Qual(is)?
 () Não**

12 – Tem alguma atividade ou observação que já aconteceu em sala de espera e que ainda não mencionou?

- () Sim
 () Não

Se sim: Em que período ocorreu?

Quais foram as atividades?

Qual a profissão de quem as coordenou?

Por que motivo acha que terminou?

Atividades de promoção da saúde e/ou educativas que NÃO ACONTEÇAM na sala de espera

13 - Informações gerais sobre as atividades realizadas no espaço da sala de espera, no quadro abaixo:

Atividade	Cargo	Clientela	Local	Horário	Periodicidade	Pontos positivos e negativos

14 - Identifique e comente sobre a(s) atividade(s) que considera mais exitosa(s)

15 - Identifique e comente sobre a(s) atividade(s) que considera menos exitosa(s)

16 - Algumas dessas atividades já foram realizadas no espaço físico da sala de espera, originalmente?

Sim

Não

Comente:

17 - Houve algum incentivo nas ações educativas por parte da Política Nacional de: (pode marcar mais de uma)

Atenção Básica – Qual? .

Promoção da Saúde – Qual? .

Humanização – Qual? .

Não identifico incentivo dessas Políticas com relação a sala de espera

Comente

18 - Há pesquisa sobre estas atividades? () Sim – Qual(is)? .

Não

19 - Há publicações sobre estas atividades? () Sim – Qual(is)? .

Não

20 - Há aula/estágio relacionadas a estas atividades? () Sim – Qual(is)? .

Não

Acolhimento do usuário

21 - Como é o Acolhimento ao usuário, em sua Unidade?

22 - Quem faz o acolhimento

23 - Qual sua opinião sobre o acolhimento ao usuário, onde você trabalha

24 - Como o serviço conhece a opinião do usuário sobre o acolhimento que é realizado?

Outras informações importantes

25 – O que é sala de espera para você?

26 – O que é espera para você

27 – O que são atividades educativas para você?

28 - O que é promoção da saúde para você? 29 – Tem alguma atividade no Centro de Saúde que considere de promoção da saúde?

Sim – Qual(is)? .

Não

Comente:

29 – O que acha do espaço da sala de espera ser utilizado para atividades educativas? .

30 - O que é humanização para você?

31- Você acha que há incentivo institucional para o desenvolvimento de atividades na sala de espera?

Sim

Não

JUSTIFIQUE sua resposta:

Outros comentários

32 – Comente qualquer coisa que ache importante para a pesquisa e que ainda não tenha registrado:

Informações específicas com Assistente Social

33 – Há quanto tempo trabalha como Assistente Social?

34 – Descreva as principais atividades que exerce (responder somente se não tiver respondido no item “Perfil”):

35 – Dê sua opinião sobre o que é Serviço Social, hoje

36 – O que acha da sala de espera como um cenário de práxis do Serviço Social?

37 – Historicamente, o Serviço Social da Saúde desenvolveu muitas atividades em sala de espera e parece que isto não tem sido uma realidade. Você concorda com esta afirmativa. Justifique sua resposta. Caso tenha concordado, porque acha que o Serviço Social não em mais desempenhado essa prática?

38- O seu cargo é o mesmo da sua profissão?

Fonte: Reis, Inês Nascimento de Carvalho. Espaços públicos invisíveis: perdas e conquistas na Promoção da Saúde. 2012.

APÊNDICE 5



Termo de Consentimento Livre e Esclarecido para profissional que estiver desenvolvendo atividade em sala de espera no momento da visita de campo

Você está sendo convidado/a para participar da pesquisa para Tese de Doutorado, intitulada “A promoção da saúde em um cenário invisível: os sentidos da sala de espera”. Você foi selecionado/a por desenvolver atividades na sala de espera de seu local de trabalho, mas sua participação não é obrigatória e você pode, a qualquer momento, não responder a qualquer pergunta ou desistir de participar e retirar seu consentimento, sem que isso traga qualquer prejuízo em sua relação com a pesquisadora ou com a instituição.

Sua participação nesta pesquisa consistirá em conversar com a pesquisadora, que lhe apresentará previamente o roteiro de entrevista. Este foi pensado de maneira que possa trazer contribuições para profissionais, usuários e alunos de centros de saúde escola, e não lhe trazer desconforto, nem riscos, mas pode não responder qualquer pergunta, a qualquer tempo. A conversa será parcialmente redigida pela pesquisadora e mostrada a você para que opine a respeito. Caso permita, será gravada para garantir uma qualidade mais detalhada do registro, e a fita será guardada por cinco anos, com a pesquisadora e depois destruída, conforme definido pela Resolução 196/96, mas dependerá de sua autorização, a seguir. As informações serão confidenciais, sigilosas e não serão divulgadas de forma a possibilitar sua identificação, pois os registros serão numerados, e os nomes correspondentes ficarão em folha separada e sob a guarda da pesquisadora. Os dados serão trabalhados agregadamente, minimizando o risco de sua identificação, uma vez que o universo de entrevistados é pequeno.

Caso esteja desenvolvendo alguma atividade na sala de espera, no momento da pesquisa, solicitamos autorização para filmar e fotografar, também, o que permitirá um estudo mais minucioso. Solicitamos, também, que autorize, se desejar, a divulgação parcial das imagens, em meios acadêmicos, científicos e outros que possam contribuir para a melhoria da realidade vivenciada em realidades análogas, o que acarretará na sua identificação, impedindo o anonimato, e não destruição do material que for divulgado. Pretende-se, com isto, trazer mais benefícios diretos e indiretos para os envolvidos com a pesquisa, agregar conhecimentos teóricos e empíricos para políticas públicas, formação profissional e ações relacionadas à educação para saúde, à promoção da saúde e à humanização da atenção junto aos usuários do Sistema. Você receberá o retorno da pesquisa através da síntese da análise dos resultados agregados de todos os Centro de Saúde Escola, que será entregue ao gestor da presente instituição e divulgada em meios acadêmicos, científicos e outros que contribuam para sua disseminação, além da versão da Tese na Biblioteca online e impressa da Pontifícia Universidade Católica do Rio de Janeiro.

Você receberá uma cópia deste termo onde consta o telefone e o endereço institucional da pesquisadora e do CEP, podendo tirar suas dúvidas sobre o projeto e sua participação, agora ou a qualquer momento.

Inês Nascimento de Carvalho Reis

Rua Leopoldo Bulhões, 4800, ENSP/CSEGSF, Rio de Janeiro, Tel. (0xx 21) 25982769

CEP/ENSP - Rua Leopoldo Bulhões, 1480/Térreo, Manguinhos, RJ, CEP: 21041-210, Tel. (0xx21) 25982863

Declaro que entendi os objetivos, riscos e benefícios de minha participação na pesquisa e concordo em participar da pesquisa intitulada “A promoção da saúde em um cenário invisível: os sentidos da sala de espera”. E, ainda:

- Concordo com a gravação para o estudo
- Não concordo com a gravação para o estudo
- Concordo com a filmagem para o estudo
- Não concordo com a filmagem para o estudo
- Concordo com fotografias para o estudo
- Não concordo com fotografias para o estudo
- Concordo com a divulgação de fotografias e filmagem em trabalhos acadêmicos e científicos
- Não concordo com o registro e divulgação de fotografias e filmagem

_____, __ de _____ de 2010

Sujeito da pesquisa

APÊNDICE 6



Instrumento de coleta de dados com profissional de saúde - Código

Perfil

Nome da instituição .
Data .
Horário às
Código de identificação do entrevistado .
Telefone .
E-mail .
Sexo
Profissão.
Ano de conclusão da escolaridade.
Principais atividades que desenvolve no CSE.
Período de chefia (se for o caso) .
Ano de ingresso na instituição.
Setor(es) onde trabalha no CSE.

Opiniões

1 - O que é sala de espera para você?
2 – Acontece ou já aconteceu alguma atividade educativa em sala de espera?
 Sim, já aconteceu, mas não acontece mais
 Sim, já aconteceu e ainda acontece
 Sim, acontece recentemente
 Não sabe informar
 Nunca aconteceu - **Qual a sua opinião para nunca terem realizado atividade na sala de espera?**
Se sim: De que ano até que ano?
Quais as atividades?
Qual periodicidade?
 semanal quinzenal mensal eventualmente
Qual a profissão de quem as coordenou?
Por que motivo acha que terminou?
Quais aspectos você achou positivo?
Quais aspectos você achou poderiam melhorar (ser diferente)?
3 – O que são atividades educativas para você?
4 – Qual a sua opinião sobre o uso da sala de espera para atividades educativas?
5 - O que é promoção da saúde para você?
6 – Tem (Teve) alguma(s) atividade(s) no Centro de Saúde que considere de promoção da saúde?
 Sim – Qual(is)? .
 Não
Comente:
7 - O que é humanização para você?

- 8 - O que é a espera para você?**
9 – O que acha do acolhimento ao usuário do Centro de Saúde?
10 – Outros comentários:

Informações específicas para Assistente Social

- 11 – Há quanto tempo trabalha como Assistente Social?**
12 – Descreva as principais atividades que exerce:
13 – Dê sua opinião sobre o que é Serviço Social, hoje?
14 – O que acha da sala de espera como um cenário de práxis do Serviço Social
15 – Historicamente, o Serviço Social da Saúde desenvolveu muitas atividades em sala de espera e parece que isto não tem sido uma realidade. Você concorda com esta afirmativa. Justifique sua resposta. Caso tenha concordado, porque acha que o Serviço Social não em mais desempenhado essa prática?
16- O seu cargo é o mesmo da sua profissão? .

Fonte: Reis, Inês Nascimento de Carvalho. Espaços públicos invisíveis: perdas e conquistas na Promoção da Saúde. 2012.

11 – O que acha do ambiente da sala de espera do Centro de Saúde?**Como classificaria:** (pode responder mais de um)

- () acolhedor () aparência fria () limpo () sujo
() confortável () desconfortável () escuro () claro
() barulhento () agradável () bonito () feio

12 - Como poderia ser uma sala de espera melhor para você (atividades, cartazes, ambiente, ...)?**13 – O que acha do atendimento do Centro de Saúde?****14 – Outros comentários:**

Fonte: Reis, Inês Nascimento de Carvalho. Espaços públicos invisíveis: perdas e conquistas na Promoção da Saúde. 2012.

APÊNDICE 8

Termo de Consentimento Livre e Esclarecido para usuários(as)

Você está sendo convidado(a) a participar da pesquisa para Tese de Doutorado, intitulada “A promoção da saúde em um cenário invisível: os sentidos da sala de espera”. Você foi selecionado(a) por trazer contribuições sobre esta sala de espera e sua participação não é obrigatória. O principal objetivo deste estudo é apreender sobre os significados e realidades da sala de espera da saúde.

Sua participação nesta pesquisa será conversar com a pesquisadora, que antes lhe apresentará o roteiro de entrevista. Este roteiro foi pensado de maneira que possa trazer contribuições para usuários, profissionais e alunos de centros de saúde escola. A conversa não deve lhe trazer desconforto, nem riscos. Mas, a qualquer momento você pode desistir de participar e retirar seu consentimento, ou não responder alguma pergunta, sem que isso traga qualquer prejuízo em sua relação com a pesquisadora ou com a instituição. A conversa será parcialmente redigida pela pesquisadora e mostrada a você, para que opine a respeito.

Caso permita, a entrevista será gravada para garantir uma qualidade mais detalhada das informações, e a fita será guardada por cinco anos, com a pesquisadora e depois destruída, mas dependerá de sua autorização, a seguir. O que você falar ficará com a pesquisadora, o seu nome não será divulgado e os registros serão numerados, de forma a não permitir sua identificação.

Solicitamos, também, autorização para filmar e fotografar você na sala de espera, pois permitirá que faça um estudo mais detalhado da atividade. Pedimos, ainda, que autorize, se desejar, a divulgação parcial das imagens, em meios acadêmicos, científicos e outros que possam contribuir para a melhoria de realidades parecidas. Mas, isto acarretará na sua identificação, impedindo o anonimato, e a não destruição do material que for divulgado. Pretende-se, assim, trazer mais benefícios diretos e indiretos para os envolvidos com a pesquisa, trazer conhecimentos teóricos e práticos para políticas públicas, formação de profissionais e ações relacionadas à educação para saúde, à promoção da saúde e à humanização da atenção junto aos usuários do SUS.

Você receberá o retorno da pesquisa através de um resumo dos resultados, somado a todos os Centro de Saúde Escola, que será entregue ao gestor da presente instituição. Os resultados serão, também, divulgados em escolas, eventos científicos e outros que contribuam para sua disseminação. O trabalho final do Doutorado estará na Biblioteca online e impressa da Pontifícia Universidade Católica do Rio de Janeiro.

Você receberá uma cópia deste termo onde consta o telefone e o endereço institucional do pesquisador principal e do Comitê de Ética em Pesquisa, podendo

tirar suas dúvidas sobre o projeto e sua participação, agora ou a qualquer momento.

Inês Nascimento de Carvalho Reis

Rua Leopoldo Bulhões, 4800, ENSP/CSEGSF, Rio de Janeiro, Tel. (0xx 21) 25982769

CEP/ENSP - Rua Leopoldo Bulhões, 1480/Térreo, Manguinhos, RJ, CEP: 21041-210, Tel. (0xx21) 25982863

Declaro que entendi os objetivos, riscos e benefícios de minha participação na pesquisa e concordo em participar da pesquisa intitulada “A promoção da saúde em um cenário invisível: os sentidos da sala de espera”. E, ainda:

- Concordo com a gravação para o estudo
- Não concordo com a gravação para o estudo
- Concordo com a filmagem para o estudo
- Não concordo com a filmagem para o estudo
- Concordo com fotografias para o estudo
- Não concordo com fotografias para o estudo
- Concordo com a divulgação de fotografias e filmagem
- Não concordo com a divulgação de fotografias e filmagem

_____, __ de julho de 2010

Sujeito da pesquisa

APÊNDICE 9

Roteiro de Diário de Campo

Nome da instituição

Data

Horário

Relacionamento

Receptividade à pesquisadora

primeiro acolhimento da Recepção com o usuário

entre os próprios profissionais (em geral, com os gestores, com o assistente social)

entre os profissionais e os usuários

entre os próprios usuários

durante as atividades desenvolvidas na sala de espera

Clientela

Ambiente

Localização

Sinalização

Ambientes coletivos

Recepção

Áreas de circulação

Salas de espera

Jardins de inverno

Área de recreação

Cantina

Bebedouros coletivos e para profissionais

Banheiros coletivos e para profissionais

Lixeira coletiva

Consultórios

Ouvidoria

Ala da gestão

Recepção

Salas dos gestores

Salas da administração

Sala de reunião

Ambiente para alunos

Parede e iluminação

Espaços coletivos

 Geral

 Recepção

 Salas de espera

Consultórios e salas

Chão

Áreas de circulação
Consultórios e salas

Janelas e temperatura

Espaços coletivos
Consultórios e salas

Mobiliário, decoração e imagens religiosas

Consultórios
Ouvidoria
Salas de gestores
Salas da administração

Hierarquia e infraestrutura

Gestão
Hierarquia
Profissionais e infraestrutura

Organização do atendimento

Prontuário
Demanda espontânea
Consultas subsequentes

Atividades desenvolvidas na sala de espera e outras não convencionais**Outras observações**

Contato informal
Relação entrevistador-entrevistado

**Tabela de acompanhamento dos questionários enviados para conferência
Código e email dos entrevistados**

Fonte: Reis, Inês Nascimento de Carvalho. Espaços públicos invisíveis: perdas e conquistas na Promoção da Saúde. 2012.

Apêndice 10

Modelo de carta para autorização institucional

Solicito a autorização formal desta instituição para realizar a pesquisa de campo da Tese de Doutorado/PUC-Rio, intitulada “A promoção da saúde em um cenário invisível: os sentidos da sala de espera”. A seleção deste Centro de Saúde Escola deve-se pelo fato de poder auxiliar no alcance do objetivo principal deste estudo, que é apreender sobre os significados e realidades da sala de espera da saúde, para trazer contribuições para o Sistema Único de Saúde.

O presente projeto segue a Resolução 196/96, que define ética em pesquisa envolvendo seres humanos, e foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Escola Nacional de Saúde Pública da Fiocruz, conforme anexo.

A pesquisa pressupõe visita a sala de espera e entrevista com gestores, profissionais de saúde e usuários da instituição, podendo ser gravada, filmada e/ou fotografada, conforme a situação e, somente, mediante autorização em Termo de Consentimento Livre e Esclarecido. Para tanto, caso autorize a realização da pesquisa, solicito um lugar reservado para fazer as entrevistas, para minimizar eventuais incômodos e constrangimentos, em especial, para o usuário que precisará estar próximo ao consultório, para garantir a escuta quando for chamado para atendimento.

A pesquisadora pretende divulgar a análise dos resultados em meios acadêmicos, científicos e outros que possam contribuir para a melhoria de realidades análogas. Compromete-se em entregar a referida análise ao Centro de Saúde Escola, e solicita que divulgue aos pesquisados que se interessarem.

Desde já agradecemos a atenção dispensada e nos colocamos a disposição para maiores esclarecimentos.

_____, ____ de _____ de 2010

 Inês N. de C. Reis -Rua Leopoldo Bulhões, 1480, ENSP/CSEGSF, RJ, Tel. (0xx 21) 25982769
 CEP/ENSP - Rua Leopoldo Bulhões, 1480/Térreo, Manguinhos, RJ, CEP: 21041-210, Tel.
 (0xx21) 25982863
 PUC-Rio/SER – Rua Marques de São Vicente, 225, Gávea, RJ, CEP: 22451-900, Tel. (0xx21)
 35271290

Não autorizo

Autorização para realizar o Projeto, conforme supra citado

Autorização para divulgar o nome do presente Centro de Saúde Escola

Autorização para registro de fotos e filmagens do presente Centro de Saúde Escola

Autorização para divulgar fotos e/ou filmagens, somente de aspectos positivos,
 do presente Centro de Saúde Escola

Autorizo

_____, ____ de _____ de 2010

 Assinatura e Carimbo do Gestor

APÊNDICE 11

Instrumento de coleta de dados com responsável por atividade educativa, na fase 4 da pesquisa - Código

Perfil (o questionário será arquivado com código numérico)

Sexo
Profissão.
Período de chefia (se for o caso) .
Ano de ingresso na instituição. E no Centro de Saúde
Setor(es) onde trabalha no CSE.

Existência de atividades que ACONTECEM NA SALA DE ESPERA (caso tenha assistido atividades, pode preencher dando sua opinião, mesmo que não as tenha coordenado)

1 – Acontece ou já aconteceu alguma atividade educativa em sala de espera?

- () Sim, já aconteceu, mas não acontece mais
 Ano que iniciou: Profissão da coordenação?
 () Sim, já aconteceu e ainda acontece
 Ano que iniciou: Profissão da coordenação?
 () Sim, acontece recentemente
 Ano que iniciou: Profissão da coordenação?
 () Nunca aconteceu

Qual a sua opinião para nunca terem realizado atividade na sala de espera? .

2 - Informações gerais sobre as atividades realizadas no espaço da sala de espera (no quadro abaixo):

Atividade /técnica na sala de espera	Profissão Coordenação	Ano(s) de ocorrência	Horário	Periodicidade	Pontos positivos e negativos da atividade/técnica

3 – Cite vantagens em trabalhar em sala de espera:

4 – Cite dificuldades em trabalhar em sala de espera, e/ou coisas que podem melhorar:

5 - Houve algum incentivo (exemplo: financeiro, material, infra estrutura, recursos humanos, equipamentos,...) nas ações educativas no ambiente da sala de espera por parte da Política Nacional de: (pode marcar mais de uma)

- () Atenção Básica – Qual(is) incentivo(s)? .
 () Promoção da Saúde – Qual(is) incentivo(s)? .
 () Humanização – Qual(is) incentivo(s)? .
 () Não identifico incentivo dessas Políticas com relação a sala de espera

Comente:

6 – Se alguma atividade na sala de espera foi interrompida, qual (is) foram a(s) atividade(s). Na sua opinião, qual foi o motivo?

7 – Há (Houve) alguma atividade no ambiente da sala de espera relacionada a:

- () pesquisa – Qual(is)? .
 () publicação – Qual(is)? .
 () aula e/ou estágio - Qual(is)? .
 () outra(s) atividade(s) de pesquisa e/ou ensino - Qual(is)? .
 () Não há (não houve) atividade de pesquisa e/ou ensino relacionada sala de espera

8 – Tem alguma atividade ou observação sobre a sala de espera e que ainda não mencionou? Por favor, complemente:

9- Você acha que há incentivo institucional para o desenvolvimento de atividades na sala de espera?

- () Sim
 () Não

JUSTIFIQUE sua resposta:

Atividades de promoção da saúde e/ou educativas que NÃO ACONTEÇAM na sala de espera

10 - Informações gerais sobre as atividades educativas realizadas FORA do espaço da sala de espera, no quadro abaixo:

Atividade em grupo fechado	Profissão	Clientela	Local	Horário	Periodicidade	Pontos positivos negativos de cada atividade

11 - Algumas dessas atividades já foram realizadas no espaço físico da sala de espera, originalmente?

- () Sim
 () Não

Comente:.

12 - Houve algum incentivo nas ações educativas por parte da Política Nacional de: (pode marcar mais de uma)

- () Atenção Básica – Qual(is) incentivo(s)? .
 () Promoção da Saúde – Qual(is) incentivo(s)? .
 () Humanização – Qual(is) incentivo(s)? .
 () Não identifico incentivo dessas Políticas com relação a sala de espera

Comente:

13 - Há (Houve) alguma atividade de promoção da saúde e/ou educativa relacionada:

- () pesquisa – Qual(is)? .
 () publicação – Qual(is)? .
 () aula e/ou estágio - Qual(is)? .
 () outra(s) atividade(s) de pesquisa e/ou ensino - Qual(is)? .
 () Não há (não houve) atividade de pesquisa e/ou ensino relacionada sala de espera

14- Tem alguma observação sobre atividade educativa FORA da sala de espera e que ainda não mencionou? Por favor, complemente:

Definições

15 – O que é o ato de esperar para você?

16 – O que são atividades educativas para você?

17 - O que é promoção da saúde para você?

18 – O que acha do espaço da sala de espera ser utilizado para atividades educativas? 19 - O que é humanização para você? .

Outros comentários

20 – Comente qualquer coisa que ache importante para a pesquisa e que ainda não tenha registrado:

Informações específicas com Assistente Social

21 – Há quanto tempo trabalha como Assistente Social?

22 – Descreva as principais atividades que exerce:

23 – Dê sua opinião sobre o que é Serviço Social, hoje?

24 – O que acha da sala de espera como um cenário de práxis do Serviço Social?

25 – Historicamente, o Serviço Social da Saúde desenvolveu muitas atividades em sala de espera e parece que isto não tem sido uma realidade. Você concorda com esta afirmativa? Justifique sua resposta. Caso tenha concordado, porque acha que o Serviço Social não tem mais desempenhado essa prática?

26- O seu cargo é o mesmo da sua profissão?

Fonte: Reis, Inês Nascimento de Carvalho. Espaços públicos invisíveis: perdas e conquistas na Promoção da Saúde. 2012.

Apêndice 12
Levantamento dos recursos humanos dos 17 Centros de Saúde Escola, segundo o
o Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde, em 2009

Escolaridade do cargo		Sudeste (SE)				Sul		Nordeste		Norte		Centro Oeste		Total		
		Total São Paulo	Total outros SE	Total SE		Total		Total		Total		Total		Institucional		
				No	%	No	%	No	%	No	%	No	%	No	%	
	total CSE	9	3	12	71%	2	12	1	6	1	6	1	6	17	100	
	total profissionais	335	78	413	83%	13	3%	29	6%	37	7%	6	1%	498		
	média profissional por CSE	37	26	34	(SP67%)	7		29		37		6		30		
superior	médico clínico	9	2	11	65	1	6	1	6	1	6	1	6	15	88	
	Ginecologista	8	3	11	65	1	6	1	6	1	6	1	6	15	88	
	Pediatra	8	2	10	59	1	6	1	6	1	6	1	6	14	82	
	Geriatra	2	2	4	24									4	24	
	homeopata	2	1	3	18									3	18	
	dermatologista	3	3	6	35			1	6	1	6			8		
	sanitarista	2	1	3	18	1	6							4	24	
	outros médicos	8	3	11	65	2	12			1	6			14	82	
	total CSE com médico	9	3	12	71%	2	12	1	6	1	6			16	94	
	total médicos	272	52	324	77%	6	1%	32	8%	55	13%	6	14%	421		
	média médicos por CSE	30	17	27	(SP65%)	3	-	32	-	55	-	6	-	25		
	não médico	fisioterapeuta	2	1	3	18	1	6			1	6			5	29
		enfermeiro	8	3	11	65	1	6	1	6	1	6	1	6	15	88
		dentista	8	2	10	59	1	6	1	6	1	6			13	76
farmacêutico		4	1	5	29			1	6	1	6			7	41	
fonoaudiólogo		5	1	6	35					1	6			7	41	
nutricionista		3	1	4	24	1	6	1	6	1	6	1	6	8	47	
terapeuta ocupacional		3		3	18					1	6			4	24	
psicólogo		7	2	9	53	1	6	1	6	1	6			12	71	
assistente social		5	2	7	41	1	6	1	6	1	6	1	6	11	65	
outros		6	3	9	53			1	6					10	59	
total CSE com não médico		9	3	12	71	1	6	1	6	1	6	1	6	16	94	
total não médicos	131	58	189	55%	22	6%	27	8%	99	29%	4	12%	341			
média não médicos por CSE	15	19	16	(SP38%)	11	-	27	-	99	-	4	-	20			
total nível superior	CSE com nível superior	9	3	12	71	2		1	6	1	6	1	6	17	100	
	profissionais	464	110	574	75%	28	4%	59	8%	154	20%	8	1%	762		
	média de profissional por CSE	51	37	48	(SP61%)	14	-	59	-	154	-	8	-			
Total geral de profissionais		799	188	987	78%	41	3%	88	7%	191	15%	14	1%	1260		
Média geral de profissionais		89	63	82	(SP63%)	21	-	88	-	191	-	14	-	74		

Fonte: Reis, Inês Nascimento de Carvalho. Espaços públicos invisíveis: perdas e conquistas na Promoção da Saúde. 2012.

APÊNDICE 13

Infraestrutura dos 17 Centros de Saúde Escola, segundo o Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde, em 2009

PUC-Rio - Certificação Digital Nº 0812464/ICA	estrutura		Sudeste (SE)				Sul		Nordeste		Norte		Centro Oeste		Total	
			Total São Paulo	Total Outros SE	Total SE		Total		Total		Total		Total		Institucional	
					No	%	No	%	No	%	No	%	No	%	No	%
ções	clinica	básica	9	2	5	29%	1	6%	1	6%					7	41%
		especializada	4	2	6	35%			1	6%	1	6%			8	47%
		indiferenciada	4	1	5	29%					1	6%			6	35%
	odontologia		7	2	9	53%	1	6%	1	6%	1	6%	1	6%	13	76%
	consultórios não médicos		7	3	10	59%	2	12%	1	6%	1	6%	1	6%	15	88%
	sala	curativo	7	3	10	59%	1	6%	1	6%	1	6%	1	6%	14	82%
		enfermagem	6	3	9	53%			1	6%	1	6%	1	6%	12	71%
	imunização		9	3	6	35%	2	12%	1	6%	1	6%	1	6%	11	65%
	nebulização		9	2	5	29%			1	6%	1	6%	1	6%	8	47%
	repouso	indiferenciado	4	1	5	29%									5	29%
		pediátrico	2	2	4	24%									4	24%
	o io	central esterilização		7	2	9	53%			1	6%	1	6%	1	6%	12
farmácia		7	2	9	53%	1	6%	1	6%	1	6%			12	71%	
lavanderia		4	2	6	35%			1	6%					7	41%	
serviço prontuário do paciente (Same ou SPP)		8	3	11	65%	2	12%	1	6%	1	6%			15	88%	
manutenção de equipamentos		5	3	8	47%	1	6%	1	6%	1	6%	1	6%	12	71%	
Serviço Social		4	2	6	35%	1	6%	1	6%	1	6%	1	6%	10	59%	
serviço especializado	tuberculose		7	2	9	53%			1	6%	1	6%	1	6%	12	71%
	pré-natal		7	2	9	53%					1	6%	1	6%	11	65%
	tabagismo		2	1	3	18%	1	6%							4	24%
	laboratório clínico		5	1	6	35%			1	6%	1	6%			8	47%
	laboratório gráfico dinâmico		7	1	8	47%			1	6%	1	6%			10	59%
	vigilância saúde		4	1	5	29%			1	6%					7	41%
	posto coleta material biológico		4	1	5	29%			1	6%	1	6%			7	41%
	outros		1		1	6%									1	6%
comissões e outros	notificação de doenças		4	2	6	35%			1	6%	1	6%			8	47%
	revisão de prontuários		3	1	4	24%									4	24%
	investigação epidemiológica		4	1	5	29%			1	6%					6	35%
equipamentos	odontológico		7	1	8	47%	1	6%	1	6%	1	6%	1	6%	12	71%
	eletrocardiograma		7	1	8	47%	1	6%	1	6%	1	6%	0%		12	71%
	coleta de rejeitos	biológico	8	1	9	53%	1	6%	1	6%	1	6%	1		13	76%
		químico	2	1	3	18%			1	6%					4	24%
comum		8	1	9	53%	1	6%	1	6%	1	6%	1	6%	13	76%	

Fonte: Reis, Inês Nascimento de Carvalho. Espaços públicos invisíveis: perdas e conquistas na Promoção da Saúde. 2012.

APÊNDICE 14
Percepção de gestores e profissionais entrevistados nos 17 Centros de Saúde Escola sobre as vantagens do desenvolvimento de atividades educativas em sala de espera

Vantagens da sala de espera			Nº falas	Total elemento	
Categoria	Elemento	Sub elemento		Nº	%
Democratização do conhecimento	abertura para todos	abrangendo a todos	11	15	25
		atingi quem não faz atividade educativa	3		
		ajuda quem não sabe ou tem dificuldade de ler	3		
	conscientização cidadã	troca, diálogo, discussão, escuta, espaço de fala	17	30	51
		conversa	13		
		espaço de comunicação	3		
		participação	7		
		reflexão	4		
		conscientização e educação popular	4		
		grupo	3		
		dinâmica	2		
		cartazes construído, outros podem ver	2		
		relação inversa de poder	1		
	informação orientadora	esclarecimento, ensinamento	17	36	61
		espaço de informação	15		
palestras		8			
tira dúvidas, orientação		7			
aprendizagem		4			
divulgação		2			
multiplicação de saber pelos usuários		6	6	10	
atividade educativa sem especificar		21	21	36	
Interação social	aumenta rede social - trazem vizinhos		3	6	10
	integração entre próprios usuários		2		
	cria e fortalece vínculos		2		
	lugar de grupo de convivência		1		
Humanização	acolhimento		14	14	24
	atenuação de ansiedade	diminui expectativa e tensão	5	6	10
		ajuda a descontrair	1		
	agrega valor			6	10

cont.

cont.
APÊNDICE 14

Vantagens da sala de espera			Nº falas	Total elemento	
Categoria	Elemento	Sub elemento		Nº	%
Organização do serviço	organização do processo trabalho	facilita nas funções dos profissionais	7	19	32
		ajuda a organizar o processo trabalho	4		
		faz repensar o serviço	1		
		facilita o momento da consulta	4		
		ajuda fazer encaminhamentos	3		
		evita absentefismo	1		
	interação usuário - serviço	ajuda na interação entre usuário-serviço	11	15	25
		proporciona conhecer o usuário	6		
		valoriza fala do usuário	4		
	ampliação do serviço	repete ações da sala de espera fora desta	4	10	17
		busca ativa das necessidades do usuário	3		
		amplia a oferta do serviço	2		
		desenvolve tecnologia que pode ser replicada	1		
fortalecimento da equipe			6	6	10
expressão da imagem institucional	é a cara do serviço		2	2	3
		é a porta de entrada	2	2	3
Qualificação de recursos humanos	capacitação de alunos	auxilia na capacitação de alunos	13	13	22
		confronta paradigmas de alunos medicina e outros	2		
		proporciona a participação de alunos	1		
	incentivo ao profissional autodidata			2	2

(*) Tabela elaborada a partir do discurso espontâneo, e não induzido, dos 59 entrevistados, refletindo a percepção deles estritamente contextual ao discursar sobre o presente tema, o que interfere nos resultados apresentados.

Fonte: Reis, Inês Nascimento de Carvalho. Espaços públicos invisíveis: perdas e conquistas na Promoção da Saúde. 2012.

APÊNDICE 15

Percepção de gestores e profissionais entrevistados nos 17 Centros de Saúde Escola sobre dificuldades em relação a desenvolver atividades educativas em sala de espera

Dificuldades da sala de espera			Nº falas	Total elemento	
Categoria	Elemento	Sub elemento		Nº	%
Apoio	prioridade na produção assistencial		14	14	24
	falta de apoio de outros profissionais		7	7	12
	não valorização institucional		10	10	17
Ambiental	desconforto	acústica em geral	4	13	22
		acústica pelo barulho das pessoas	5		
		acústica pelo barulho da senha	1		
		ventilação	3		
	movimentação	11	11	19	
	infraestrutura inadequada	7	7	12	
Recursos	humanos	falta de pessoal	11	11	19
		limitações pessoais	8	8	14
		profissional não adere	2	8	14
		dificuldade técnica	3	6	10
	técnicos	necessidade de tecnologia específica	5	9	15
		necessidade de temática envolvente	8	9	15
Reação dos usuários	dispersão	desatenção, desinteresse	8	11	19
		preocupação com a chamada à consulta	4		
	baixa adesão	dificuldade de atrair usuário	2	7	12
		usuário participa pouco	3		
		usuário com vergonha	1		
		sofrimento de dor atrapalha	1		
		falta de tempo	1		
		sai para ir a consulta	4	4	7
	pessoas com pressa	1			

(*) Tabela elaborada a partir do discurso espontâneo, e não induzido, dos 59 entrevistados, refletindo a percepção deles estritamente contextual ao discursar sobre o presente tema, o que interfere nos resultados apresentados.

Fonte: Reis, Inês Nascimento de Carvalho. Espaços públicos invisíveis: perdas e conquistas na Promoção da Saúde. 2012.