

**UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO GRANDE DO SUL
ESCOLA DE ENFERMAGEM**

GABRIELA FABIAN NESPOLO

PONTOS DE CULTURA E SAÚDE: CULTUR-AÇÃO NAS COMUNIDADES

PORTO ALEGRE

2013

GABRIELA FABIAN NESPOLO

PONTOS DE CULTURA E SAÚDE: CULTUR-AÇÃO NAS COMUNIDADES

Trabalho de conclusão de curso apresentado ao Curso de Enfermagem da Universidade Federal do Rio Grande do Sul – UFRGS, como requisito parcial para obtenção do título de bacharel em Enfermagem.

Orientadora: ÊRICA ROSALBA MALLMANN DUARTE
Coorientadora: CRISTIANNE MARIA FAMER ROCHA

PORTO ALEGRE

2013

Dedico este trabalho a todos e todas que estiveram juntos a mim nesta caminhada.

Dedico aos meus pais, que desde pequena me cativaram, incentivando para construção de um mundo melhor e apresentando possibilidades de trabalhar neste sentido.

Dedico ao grande e insubstituível amigo Jefferson, que acreditou e trabalhou junto a mim no Ponto de Cultura e Saúde, e que, ainda hoje, a saudade que sinto aperta o meu peito.

Dedico aos Pontos de Cultura e Saúde e a todas as pessoas que fizeram e fazem parte desta política, levando cidadania, saúde, cultura e educação para as comunidades de todo o Brasil.

AGRADECIMENTOS

Agradeço a todos que contribuíram para que este trabalho fosse realizado. Primeiramente a minha família: Nelsa, Claudir e Tiago - meus pais e irmão - que diariamente participam da minha vida, sendo fundamentais e imprescindíveis nas minhas decisões e caminhos a seguir. Agradeço ao Mateus, meu namorado, pelo amor, companheirismo e incentivo fundamental para conclusão desta etapa. Às minhas amigas de infância, Ana e Evelise, que proporcionam alegria à minha vida e exemplos únicos de parceria. Agradeço igualmente às minhas colegas de faculdade que se tornaram grandes amigas e que me ajudaram nos momentos acadêmicos mais difíceis. Agradeço às colegas da Cooperativa Nova Geração, que todos os dias trabalham na perspectiva de apresentar novas alternativas de vida para as crianças e jovens das comunidades Nossa Senhora Aparecida e Chimarrão, na Zona Norte da cidade de Porto Alegre e que também me incentivam a participar desse trabalho. Agradeço aos colegas do Grupo Hospitalar Conceição (GHC), local em que trabalhei durante os últimos três anos, por me apresentarem a essência da política pública do Sistema Único de Saúde (SUS) e por fazerem meus dias mais felizes e minhas tardes mais prazerosas. Agradeço à Rede de Pontos de Cultura e Saúde e à equipe do Chalé da Cultura, do GHC, por terem me recebido e acolhido durante esta pesquisa. Não deixando de agradecer, especificamente, ao Ponto de Cultura e Saúde Geração Livre por ter me ensinado a importância da cultura e da saúde juntas, bem como trabalhar em rede, coletivamente. E agradeço às professoras orientadoras Érica e Cristianne e aos amigos Gustavo e Gi, por tornarem meu último ano de graduação tão especial, pela paciência, dedicação e sugestões, sem as quais este trabalho não teria sido possível. A todos, muito obrigada.

Aprendi que, para compreender com mais afinidade o mundo é preciso conhecer as histórias das pessoas, é preciso saber de onde elas vêm, o que elas fazem, do que elas gostam. (Turino, 2010, p.1)

RESUMO

Pontos de Cultura e Saúde são locais existentes nas comunidades, na qual se pretende, através de atividades e oficinas culturais, influir no processo saúde-doença dos cidadãos e apresentar novas perspectivas de vida. Este estudo teve como objetivo descrever, a partir da percepção dos coordenadores, a contribuição dos Pontos de Cultura e Saúde, do Grupo Hospitalar Conceição (GHC), na promoção de saúde e nas mudanças de qualidade de vida dos participantes das atividades. Procedeu-se a uma pesquisa qualitativa de caráter descritivo-exploratório, na qual foram entrevistados oito dos dez coordenadores destes Pontos. Os resultados apresentaram a compreensão de cultura, saúde e Pontos de Cultura e Saúde para além do conceito de doença, sugerindo que os Pontos constituem-se espaços de ampliação da cidadania cultural e do protagonismo da comunidade, onde é possível que os participantes tornem-se críticos e participativos. Aludem que a partir de tal iniciativa seja possível a valorização e a emancipação dos indivíduos e que os Pontos de Cultura e Saúde promovem a análise crítica, sendo possível transformar a realidade e construir a autonomia e a sustentabilidade, elevando a qualidade de vida dos participantes das ações. Observou-se que as principais contribuições para promoção de saúde são: constituição de espaço para expressão de sentimentos, ampliação de hábitos de higiene e reabilitação. E em relação às mudanças na qualidade de vida: local de reflexão e inclusão social, resgate da autoestima, diminuição do estresse, Educação Popular através da participação da comunidade e protagonismo no processo de trabalho através da Economia Solidária. Enfatiza-se, ao final da pesquisa, a necessidade de aprofundar o estudo, no intuito de verificar se as percepções encontradas aqui se estendem aos demais Pontos de Cultura espalhados em nosso país.

Descritores: Ponto de Cultura e Saúde, Promoção da Saúde, Qualidade de Vida, Atenção à Saúde.

ABSTRACT

Culture and Health Points are existing local communities in which it is intended, through activities and workshops, influence the disease process citizens and present new perspectives on life. This study aimed to describe, from the perception of the coordinators, the contribution of the Points of Culture and Health, Conceição Hospital Group (CHG), health promotion, and changes in quality of life of participants in activities. The authors conducted a qualitative, descriptive and exploratory, in which we interviewed eight of the ten coordinators of these points. The results showed an understanding of culture, health and Points of Culture and Health beyond the concept of disease, suggesting that the points are up spaces for expansion of cultural citizenship and the role of the community, where it is possible that the participants become critical and participatory. Allude to from this initiative possible enhancement and empowerment of individuals and the Points of Culture and Health promotes critical analysis, it is possible to transform reality and build autonomy and sustainability, raising the quality of life of the participants of the shares. It was observed that the main contributions to health promotion are: creation of space for the expression of feelings, expansion of hygiene and rehabilitation. And in relation to changes in quality of life: the place of reflection and social inclusion, recovery of self-esteem, stress reduction, popular education through community participation and protagonism in the process of working through the Solidarity Economy. It is emphasized at the end of the research, the need for further study in order to determine whether the perceptions found here extend to other points of culture spread in our country.

Descriptores: Point the Culture and Health, Health Promotion, Quality of Life, Health Care.

SUMÁRIO

1	INTRODUÇÃO	9
2	OBJETIVOS	12
2.1	Objetivo geral.....	12
2.2	Objetivos específicos.....	12
3	CONTEXTO TEÓRICO	13
3.1	Promoção de Saúde	13
3.2	Histórico do surgimento dos Pontos de Cultura e dos Pontos de Cultura e Saúde.....	17
3.3	Articulações entre Cultura e Saúde.....	20
4	METODOLOGIA	22
4.1	Tipo de estudo	22
4.2	Campo de estudo	22
4.3	População/amostra	23
4.4	Coleta de dados	23
4.5	Análise de dados	24
4.6	Aspectos éticos	24
5	RESULTADOS E DISCUSSÃO	25
5.1	Cultura, saúde e Pontos de Cultura e Saúde uma compreensão de saúde para além da doença.....	25
5.2	Pontos de Cultura e Saúde como espaços de ampliação da cidadania cultural e do protagonismo da comunidade.....	29
5.3	Pontos de Cultura e Saúde como espaços de valorização: potencializando, emancipando, reconhecendo e empoderando.....	32
5.4	Pontos de Cultura e Saúde promovendo a análise crítica, transformando a realidade e construindo a autonomia e a sustentabilidade.....	35
5.5	Pontos de Cultura e Saúde: desafiando as comunidades e apresentando novas perspectivas.....	38
6	CONSIDERAÇÕES FINAIS	42

REFERÊNCIAS	44
APÊNDICE A - Instrumento de entrevista	48
APÊNDICE B - Termo de consentimento livre e esclarecido.....	49
ANEXO A - Parecer do Comitê de Ética e Pesquisa da Universidade Federal do Rio Grande do Sul.....	51
ANEXO B - Parecer do Comitê de Ética de Pesquisa do Grupo Hospitalar Conceição.....	53

1 INTRODUÇÃO

A motivação deste estudo nasceu do conhecimento de estratégias que congregam cultura e saúde em atividades de promoção, uma união que permite a realização de práticas sociais e culturais que, ao que se espera, sejam capazes de potencializar a transformação da realidade dos indivíduos e comunidades que dela participam. Tais estratégias foram chamadas de Pontos de Cultura e Saúde, a partir do Edital 01/08, publicado pelo Ministério da Saúde em parceria com o Ministério da Cultura, no ano de 2008 (BRASIL, 2012a).

Os Pontos de Cultura e Saúde surgem como uma proposta de parceria entre ambos os Ministérios, na busca por alternativas para atuar na diversidade encontrada no Brasil, fazendo-se necessários outros recursos que rompam com a ideia de utilizar somente medicamentos para o tratamento de patologias e tentativas de resolver problemas sociais com intervenções externas verticais e desvinculadas da realidade local, sendo necessárias ações que avancem na perspectiva da autonomia e criação de identidades.

O interesse em pesquisar esses espaços de ação cultural, que, segundo Turino (2009a), ampliam noções de direito e cidadania, possibilitando a educação e independência cultural, foi impulsionado pela minha participação e envolvimento em um dos Pontos selecionados nesse edital: Ponto Casa de Cultura e Saúde Geração Livre, localizado no Bairro Sarandi, Zona Norte da cidade de Porto Alegre, na qual pude perceber o potencial desta política pública piloto e inovadora.

No Brasil existem mais de 3.670 Pontos de Cultura, que vem surgindo desde o ano de 2004 com o desejo de “desesconder” o Brasil, acreditando no povo, potencializando o que já existe e firmando parcerias com “os de baixo” (TURINO, 2009a).

Paulo Amarante, durante o II Encontro de Arte e Saúde Mental, afirmou:

A cultura produzida pelos sujeitos que viveram ou vivem a experiência do sofrimento, da medicalização, da discriminação, do estigma na transformação da sociedade é fundamental em todo o movimento. Isso nos leva a produzir novos significados, novos sentidos, um novo imaginário social. (AMARANTE; COSTA, 2012)

Sendo assim, o que comumente chama-se de manifestações artísticas é atividade indispensável para o processo de socialização do sujeito e isso não

envolve somente a produção de objetos, sons ou performances, mas as diferentes formas pelas quais os indivíduos relacionam-se com essa produção (inclusive, a simples apreciação).

Quando existe essa relação e a comunidade participa e se envolve, surge um maior entendimento em relação às condições dentro das quais a vida transcorre e a necessidade de integrar a promoção da saúde ao combate “às causas das doenças”, pois assim eleva-se a qualidade de vida das pessoas e previne-se a ocorrência de novos agravos.

Paralelo a isso, os profissionais da saúde estão obrigando-se a buscar outros referenciais além dos biológicos, já que as ações necessárias para a adesão a tratamentos e cuidados estão fortemente articulados com a cultura (estilos de vida, hábitos, rotinas, rituais). Percebe-se isso quando focada a Estratégia de Saúde da Família, inserida na atenção básica, na qual os profissionais de saúde, entre eles os enfermeiros, estão envolvidos fortemente com os valores culturais da família/população (BOHES et al., 2007).

A enfermagem, também, apresenta-se capaz de transformar a natureza e a si mesmo no trabalho, ganhando consistência ao passo que, pelo trabalho, ela conhece o mundo e o transforma, tendo capacidade de moldar a natureza e transformar a si próprio. O enfermeiro cria e inventa os modos de vida e de fazer enfermagem: construindo, elaborando, vislumbrando os alvos de suas ações (SILVA et al., 2008).

Entre as muitas ações da enfermagem que focam-se na promoção de saúde, a realização de grupos com pacientes são as que mais se assemelham às atividades propostas nos Pontos de Cultura e Saúde. Contudo, nos Pontos conta-se com expressões culturais que facilitam a abordagem e o entendimento de conteúdos, seja através do teatro, da música, da poesia. Ainda assim, em ambos são debatidos temas como qualidade de vida, expectativas e meios de melhorar a realidade. E aí está o grande desafio que os profissionais de saúde, inclusive os de Enfermagem, devem perseguir: maneiras lúdicas, interativas e atrativas de ampliar o conceito de saúde e atuar efetivamente na promoção e prevenção dos agravos que contribuem para o adoecimento da população.

Enfim, acredita-se que os Pontos de Cultura e Saúde contribuem propiciando espaço de convivência saudável para os moradores das comunidades,

transversalizando a ideia de que saúde não é só uma questão de remédio e de atos técnico-assistenciais e de que todas as pessoas são corresponsáveis e coagentes de sua própria saúde.

O título deste trabalho surge do processo que é desenvolvido nas comunidades, onde, através da cultura (cultura-ação), são realizadas ações que objetivam influenciar no quadro de saúde dos indivíduos.

Justifica-se a elaboração desse trabalho pela importância sociocultural do surgimento dessa primeira Política de Pontos de Cultura e Saúde, na qual dez comunidades diferentes na cidade de Porto Alegre, Rio Grande do Sul/Brasil, atuaram e atuam na promoção da saúde, prevenção de doenças e educação popular para o cuidado/autocuidado em saúde. Justifica-se, também, pela reflexão a ser realizada a respeito de cultura e saúde e de como ambas, juntas, podem ser potencializadoras de transformação no campo da formação em saúde, em particular para a formação em Enfermagem.

Para direcionar este estudo foi formulada a seguinte questão norteadora: Qual a contribuição dos Pontos de Cultura e Saúde para a promoção de saúde e mudanças na qualidade de vida dos participantes das atividades, na perspectiva de seus coordenadores?

2 OBJETIVOS

2.1 Objetivo geral

- Descrever a contribuição dos Pontos de Cultura e Saúde para a promoção da saúde e mudanças na qualidade de vida dos participantes das atividades, na perspectiva de seus coordenadores.

2.2 Objetivos específicos

- Explorar os conceitos de Cultura, Saúde e Pontos de Cultura e Saúde na visão dos coordenadores destes Pontos.
- Conhecer os desafios e perspectivas dos Pontos de Cultura visualizados por estes coordenadores.

3 CONTEXTO TEÓRICO

A fim de compreender o contexto das ações e políticas culturais e de saúde, buscou-se referencial teórico a respeito de promoção de saúde, histórico do surgimento dos Pontos de Cultura e dos Pontos de Cultura e Saúde e articulações entre Cultura e Saúde.

3.1. Promoção de Saúde

O modelo biomédico hegemônico existente, baseado nos conhecimentos biológicos, na densidade tecnológica, no risco e atenção individual trouxe grandes avanços para a atenção e o controle de doenças, porém não contempla a complexidade dos fatores (como por exemplo, os sociais e econômicos) envolvidos nos processos de vida e adoecimento das pessoas (BRASIL, 2002; MARCONDES, 2004).

Em contraponto a esse modelo de atenção está a promoção de saúde, que surge devido à necessidade de superar esses espaços, e os Pontos de Cultura e Saúde surgem como locais permanentes, nas comunidades, de promoção de saúde. O modelo de atenção priorizado pela Promoção de Saúde, e que vem se consolidando no mundo todo, desde o final dos anos 80, apresenta-se como estratégia promissora para enfrentar os desafios e problemas de saúde que afetam a população, devendo abranger outros fatores envolvidos nos processos de vida e de perfil atual de morbimortalidade do país, através da articulação de saberes técnicos e populares, mobilização de recursos institucionais e comunitários, públicos e privados (BUSS, 2000).

A transição etária e epidemiológica, o crescente processo de urbanização e as desigualdades sociais criam o cenário para a proposta de práticas e ações de Promoção de Saúde, percebendo a saúde em seu conceito ampliado, pautando a discussão sobre qualidade de vida, baseando a solução dos problemas no estabelecimento de parceiros e na mobilização da sociedade, estimulando a autonomia dos indivíduos e das comunidades e reforçando o planejamento e o poder local (BRASIL, 2002; MARCONDES, 2004).

Eventos internacionais, publicações conceituais e pesquisas têm contribuído para aproximações de conceitos e práticas de promoção de saúde, a exemplo da Primeira Conferência Internacional sobre a Promoção da Saúde, realizada em Ottawa em 21 de novembro de 1986, foi elaborada a Carta de Ottawa, na qual Promoção de Saúde pode ser definida 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 estado de completo bem-estar físico, mental e social os indivíduos e grupos devem saber identificar aspirações, satisfazer necessidades e modificar favoravelmente o meio ambiente. A saúde deve ser vista como um recurso para a vida, e não como objetivo de viver. Nesse sentido, a saúde é um conceito positivo, que enfatiza os recursos sociais e pessoais, bem como as capacidades físicas. Assim, a promoção da saúde não é responsabilidade exclusiva do setor saúde, e vai para além de um estilo de vida saudável, na direção de um bem-estar global [...]. (Organização Mundial da Saúde, 1986, p.1)

Nesse conceito é possível identificar considerações importantes na tentativa de mudança do paradigma biomédico, tais como: a capacitação e protagonismo de indivíduos nos serviços de saúde, a compreensão de que a saúde é um recurso para a vida e não um objetivo, e a noção da intersectorialidade enquanto produtora dos meios para essas mudanças, não envolvendo somente o setor saúde.

Contudo, o início do conceito, se observado verticalmente, descrito como “capacitação da comunidade” não se refere a indivíduos fortalecidos como agentes que percebem e elaboram e, sim, ainda ao modelo biomédico, na qual ocorre a verticalização dos “ensinamentos” e onde o poder do conhecimento está centrado no profissional de saúde.

Surge, na Declaração de Adelaide, elaborada durante a Conferência de Adelaide, ainda a necessidade de discutir um dos eixos de ação da Carta de Ottawa: rever a importância do investimento em saúde, da equidade dessas políticas enquanto mecanismo de superação das desigualdades existentes e da responsabilização dos níveis nacional, regional e local dos governos definindo metas no campo da Promoção de Saúde e avaliando essas políticas (OMS, 1988).

A Declaração de Sundsvall (1991) teve como objetivo discutir o eixo de ação sobre a criação de ambientes favoráveis à saúde da Carta de Ottawa. Sendo assim, é apontado que milhões de pessoas, mundialmente, vivem em extrema pobreza e privação, em um ambiente que ameaça a sua saúde. O documento convoca as

autoridades responsáveis pela tomada de decisão para a ação em prol do objetivo de atingir a meta e estabelece quatro aspectos para um ambiente favorável e promotor da saúde: a dimensão social (incluindo as mudanças que as normas, costumes e processos sociais podem influenciar na saúde), a política (garantindo a participação democrática e o compromisso com os direitos humanos), a econômica (realocando recursos para o cumprimento dos objetivos da Promoção de Saúde) e a necessidade de reconhecer e utilizar o conhecimento das mulheres em todos os setores (OMS, 1991).

A Declaração de Santa Fé, de Bogotá, objetiva estabelecer estratégias para definir a Promoção de Saúde na América Latina. Destacando a relação entre saúde e desenvolvimento e a necessidade de transformar a realidade desigual existente. Para isso estabelece as seguintes estratégias: impulsionar a cultura da saúde, transformar o setor saúde colocando em destaque a Promoção de Saúde e mobilizar o compromisso de tornar a política de saúde uma prioridade (OMS, 1992).

Ainda na Conferência de Santa Fé são acrescentados alguns aspectos ao conceito de Promoção de Saúde, em decorrência das particularidades na América Latina:

[...] A promoção da saúde na América Latina busca a criação de condições que garantam o bem-estar geral como propósito fundamental do desenvolvimento, assumindo a relação mútua entre saúde e desenvolvimento. A região, desgarrada pela iniquidade que se agrava pela prolongada crise econômica e pelos programas de políticas de ajuste macroeconômico, enfrenta a deterioração das condições de vida da maioria da população, junto com um aumento de riscos para a saúde e uma redução de recursos para enfrentá-los. Por conseguinte, o desafio da promoção da saúde na América Latina consiste em transformar essas relações, conciliando os interesses econômicos e os propósitos sociais de bem-estar para todos, assim como trabalhar pela solidariedade e equidade social, condições indispensáveis para a saúde e o desenvolvimento [...]. (OMS, 1992, p.1)

Nesse conceito, é destacada a relação entre a saúde e o desenvolvimento econômico. Sendo prioridade a estabilização econômica, pois sem essa estabilização surgem obstáculos para o estabelecimento dos demais princípios da Promoção de Saúde definidos no conceito anterior.

A Conferência, realizada em Jacarta, além de ser a primeira sediada por um país em desenvolvimento, e incluir o setor privado no apoio ao desenvolvimento da Promoção de Saúde, se propôs a identificar direções e estratégias necessárias para

enfrentar os desafios que viriam no século XXI. Como forma de enfrentar os desafios que viriam, foi realizado um contraponto entre os determinantes da saúde e os valores e estilos de vida da sociedade, bem como o papel da cooperação entre setores públicos, entre o setor público e privado e entre setores governamentais e não governamentais e foram elencadas cinco prioridades para o século: 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 (OMS, 1997).

Na V Conferência Internacional, realizada na Cidade do México, é constatada a necessidade de abordar os determinantes sociais, econômicos e ambientais da saúde, sendo preciso fortalecer os mecanismos de colaboração para a promoção da saúde em todos os setores e níveis da sociedade. Concluindo que a promoção da saúde deve ser um componente fundamental das políticas e programas públicos em todos os países na busca de equidade (OMS, 2000).

Dando complementaridade às reflexões e recomendações estabelecidas até esse momento, na Carta de Bangkok, elaborada durante a VI Conferência, são identificadas ações, compromissos e promessas necessários para abordar os determinantes da saúde em um mundo globalizado através da promoção da saúde. Abordando outras condições que influenciam a saúde, sendo elas: as rápidas mudanças sociais, econômicas e demográficas que afetam as condições de trabalho, os ambientes de aprendizado, os padrões familiares, a cultura e o tecido social das comunidades, o fato de que mulheres e homens são tratados de forma desigual e que a vulnerabilidade das crianças, dos grupos de excluídos, dos deficientes e dos povos indígenas aumentou. (OMS, 2005).

Durante a VII Conferência, realizada em Nairóbi, em 2009, foram destacados fatores de maiores impactos sobre a saúde das populações. Sendo mencionada também a crise financeira internacional causada pelos países desenvolvidos, afetando os mais pobres. Foi destacado que em muitos países o problema não é a falta de dinheiro, mas a sua distribuição e a forma como é utilizado. Ficando evidenciada a importância da promoção da saúde no encorajamento das políticas de saúde, bem como planos de ação para a aprendizagem e educação de jovens e adultos. (OMS, 2009).

As condições ambientais de saúde na América Latina e no Caribe, paralelas aos outros continentes, refletem graves problemas que estão inseridos nesse padrão de desenvolvimento, contribuindo para a degradação do ambiente e da saúde das populações bem como para o aumento das iniquidades. A divisão da sociedade por classes remete ao estudo dos Determinantes Sociais de Saúde (DSS) expressos pela distribuição desigual de três fatores: os materiais (como habitação, alimentação, trabalho, saneamento e outros); os psicossociais e comportamentais e os biológicos. A interação entre esses DSS contribui para explicar os processos de saúde e de adoecimento dos indivíduos. As autoras desse estudo reconhecem a participação popular como condição para a transformação das condições de vida, dinâmica social e/ou nos DSS e destacam o importante papel dos diferentes movimentos sociais, pois reivindicam para uma população específica o direito de participar e de ser reconhecida (ZIONI; WESTPHAL, 2007).

Ainda assim, a desigualdade de distribuição de renda não prejudica somente à saúde dos mais pobres, mas à saúde da sociedade em seu conjunto e esse processo está centrado no desgaste das relações sociais e de solidariedade dos grupos de pessoas. Assim, as principais estratégias de combate desses efeitos seriam a união da geração de oportunidades econômicas e medidas que estimulem a construção de redes de apoio e a geração de capacidade de conhecimento dos problemas locais e globais, estabelecimento de relações com outros grupos, fortalecimento da organização e participação de ações coletivas, constituindo atores sociais plenos em sua autonomia nas decisões da vida social (BUSS; PELLEGRINI FILHO, 2006).

3.2. Histórico do surgimento dos Pontos de Cultura e dos Pontos de Cultura e Saúde

O Brasil é um país de diversidade cultural, permeando a educação, a saúde, a comunicação, a economia sustentável e o meio ambiente. Somado a isso, nos últimos anos, configurou-se um novo quadro social no país e na América Latina, na qual ocorreram transformações políticas e sociais.

Com a eleição de Lula, em 2002, iniciou-se um momento de inserção de políticas públicas, que proporcionaram conquistas significativas como o aumento real do salário mínimo, a criação de 15 milhões de empregos com carteira assinada

e a retomada do investimento nas universidades públicas, ampliando o acesso ao ensino superior através das cotas e de programas como o Prouni e o Reuni (BEZERRA, 2011).

Em 2003 houve a proposta da implantação de espaços físicos em áreas de vulnerabilidade social das metrópoles. A proposta inicial era que após a construção da estrutura física, a comunidade as ocuparia com atividades diversas de inclusão cultural. Contudo, era um contrassenso acreditar que construir edifícios estranhos à realidade local, incentivaria a produção cultural em comunidades carentes (MORAIS, 2010).

Nessa mesma época foi criada uma lista de discussão *online*, que serviu para que pessoas de todos os lugares do Brasil participassem das discussões. A sociedade participou desta iniciativa. E a lógica de “levar cultura para a periferia” foi invertida, ou seja, as pontas deixaram de ser mera audiência e passaram a serem produtores de cultura e de informação (LIMA; SANTINI, 2007).

Essa discussão gerou a proposta de Bases de Apoio à Cultura – BAC (que seriam centros de produção coletiva e horizontal construídos e interligados as grandes cidades). Entretanto, a construção era muito cara, demandando infraestrutura e, segundo Lima e Santini (2007), não foi executada pelo Ministério da Cultura. Ainda assim, uma iniciativa muito parecida à ideia das BAC surgiu: criação de uma rede descentralizada de criadores e produtores culturais, na qual ocorreria o compartilhamento de experiências dos diferentes contextos, sendo denominado Pontos de Cultura.

Em 2004, nasce o Programa Nacional de Cultura, Educação e Cidadania – Cultura Viva, que visava estimular e fortalecer uma rede de criação e gestão cultural, baseada no empoderamento, na autonomia e no protagonismo social, tendo como principal tipo de ação os Pontos de Cultura selecionados por meio de editais públicos. Os Pontos de Cultura são considerados espaços permanentes de produção, recepção e disseminação culturais que envolvem comunidades que estão à margem dos circuitos culturais e artísticos convencionais em atividades de arte, cultura, educação, cidadania e economia solidária, ou seja, ações de impacto sociocultural (BRASIL, 2005).

Nesses Pontos de Cultura os agentes seriam reconhecidos pelo governo e passariam a receber recursos para ampliação das atividades de acordo com suas

situações (reformatar espaços físicos, contratar oficinairos, elaborar jornais e informativos). A única obrigação seria a compra de equipamentos multimídia para a produção cultural em software livre. Estava iniciando a estruturação de uma rede para a troca de experiências e fortalecimento do programa de governo (MORAIS, 2010).

Em 2006, o Programa Cultura Viva expandiu tornando-se o Mais Cultura. Atualmente as redes abrangem 25 unidades da Federação e o Distrito Federal. No período de 2004 até 2011, o Programa Cultura Viva já contava com 3.670 Pontos de Cultura, presentes em todos os estados brasileiros, alcançando cerca de mil municípios (BRASIL, 2012b).

Em 2008, o Programa Cultura Viva buscou descentralizar a implantação dos Pontos de Cultura, fazendo a substituição gradual dos convênios realizados com entidades da sociedade civil e alguns governos municipais por convênios diretos com estados e municípios da Federação.

Nesse mesmo ano, em continuidade ao Programa Cultura Viva, foi lançado o edital Cultura e Saúde, que pretendia selecionar 120 iniciativas culturais desenvolvidas por entidades públicas ou privadas, sem fins lucrativos, que atuassem no campo sociocultural com promoção da saúde, prevenção de doenças e educação popular para o cuidado/autocuidado em saúde (BRASIL, 2012a).

No Rio Grande do Sul, o Grupo Hospitalar Conceição (GHC) propôs uma Rede de Pontos de Cultura e Saúde através desse edital (BRASIL, 2008). E após dois anos de Política de Cultura e Saúde dentro do GHC, estava formada a Rede, como um projeto piloto, sendo a primeira experiência no Brasil (BRASIL, 2010a).

Poucas são as diferenças entre Pontos de Cultura e Pontos de Cultura e Saúde, o fato mais relevante é pelo segundo estar ligado a uma Unidade de Saúde da Rede de Atenção Básica, o que faz com que os profissionais de saúde participem da elaboração do projeto do Ponto, das reuniões como membro do grupo de trabalho e das atividades propostas. Entretanto, ambas as propostas vem corroborar na busca de autonomia e empoderamento pela comunidade, de seus próprios processos de desenvolvimento, sejam eles econômicos, sociais e culturais, valorizando as pessoas da própria comunidade e intensificando a troca de saberes. Enfim, ambas atuam diretamente com a promoção de saúde.

3.3 Articulações entre Cultura e Saúde

A saúde de cada indivíduo existe a partir de um traço cultural, com valores e concepções que são construídos desde o nascimento. Já a cultura produz o jeito como as pessoas são e a forma como atuam. Sendo assim, saúde e cultura juntas determinam a existência, a forma e o jeito de ser. Elas disciplinam as atitudes, a sexualidade, o apetite, permitindo que os indivíduos convivam em sociedade e dependam dos outros seres humanos. O desafio, partindo disso, deve ser o de focar a construção da síntese entre o saber técnico, que valoriza a sobrevivência, com o desejo e o interesse das pessoas, que é revelado pela cultura (CAMPOS, 2002).

Após essa reflexão, cabe citar a Análise do Discurso, realizada por Orlandi (2004), na qual se compreende que quando o indivíduo fala, ele está significando-se, seja no tempo ou na sociedade. Podendo, assim, concluir que cada pessoa tem sua maneira de significação seja através da arte, tatuagem, música, entre outros.

Seguindo essa linha de pensamento, por exemplo, no caso de pichações, se ao invés de pensar na forma mais rápida de prender os “pichadores” e apagar as pichações, fosse discutido o que realmente está envolvido nesse processo e o que está sendo posto em evidência, perceber-se-ia que, um lado reduz o urbano à violência e, o outro, não observa a violência em sua existência social concreta, banalizando esta que é o motivo de tamanha falta de perspectiva de vida.

Os Pontos de Cultura e Saúde devem inserir-se nessas comunidades vulneráveis de modo que a cultura proporcione um ambiente atrativo para promoção de saúde e as modificações na saúde proporcionem elementos básicos para a melhora da qualidade de vida. A articulação e encontros dos Pontos formam uma rede, que pode ser considerada rede solidária de produção, conhecimento e informação, expressando potência de inclusão e bem-estar social. A produção, registro e compartilhamento de conteúdos artísticos e culturais são formas atuais de produção e fluxo de informação, rompendo com modelos tradicionais de mediação cultural (LIMA; SANTINI, 2007).

Rede refere-se a uma estrutura social “sem cabeça”, sem centro, que é constituída de pontos e conexões. A produção coletiva só acontece se as pessoas que tiverem interesse saibam como colaborar de forma produtiva e solidária (LIMA; SANTINI, 2007). A construção de uma rede em si é a chave para dar partida no

processo, pois essa rede conecta artistas e produtores culturais, possibilitando criar saberes e produzir informações de uma estrutura social autossuficiente.

O processo de enfermagem também acontece em rede, dentro de um contexto de saúde e cultura. Incluindo que a cultura aparece como “seiva”, que nutre a ação humana, sendo o saber humano o que resulta da intervenção do homem na natureza através de trabalho, técnicas e ideias. A saúde considerada como um direito fundamental do cidadão e a enfermagem como um fazer crítico. Sendo essas três ênfases - cultura, saúde e enfermagem - elementos importantes para um cuidado humanizado inserido em um sistema que promove saúde e qualidade de vida. (SILVA et al, 2008).

4 METODOLOGIA

4.1 Tipo de estudo

A fim de atingir os objetivos propostos para esta pesquisa, foi realizado um estudo descritivo com abordagem qualitativa, exploratória.

A abordagem qualitativa foi escolhida, pois trabalha com um conjunto de características humanas (aspirações, valores, crenças, atitudes) o qual é parte da realidade social, uma vez que o universo da produção humana ocorre num mundo de relações, representações e intencionalidade que dificilmente poderia ser traduzido por indicadores quantitativos (MINAYO, 2008).

4.2 Campo de Estudo

O estudo foi desenvolvido nos dez Pontos da Rede de Cultura e Saúde do Grupo Hospitalar Conceição (GHC). Esta instituição é referência no atendimento do Sistema Único de Saúde (SUS), sendo considerada a maior rede pública de hospitais do sul do país, composta pelo Hospital Nossa Senhora da Conceição (HNSC), Hospital Cristo Redentor (HCR), Hospital Fêmeina (HF), Hospital da Criança Conceição (HCC) e 12 Unidades Básicas de Saúde (UBS) do Serviço de Saúde Comunitária (SSC), três Centros de Atenção Psicossocial (CAPS) e um centro de educação e pesquisa em saúde (BRASIL, 2010b).

Cada Ponto de Cultura e Saúde é vinculado a uma das Unidades Básicas de Saúde, que se localizam na Zona Norte da cidade de Porto Alegre, sendo considerados como área de abrangência os seguintes bairros: Passo da Areia, Cristo Redentor, Vila Ipiranga, Vila Jardim, Chácara das Pedras, Jardim Floresta, Jardim Lindóia, São João, Anchieta, Costa e Silva, Jardim Leopoldina, Rubem Berta, Parque dos Maias, Coinma, Jardim Itú Sabará, Vila Margarita e Sarandi.

Os Pontos de Cultura e Saúde que fizeram parte da Rede de Cultura e Saúde do GHC, pertencentes ao território citado, e que foram pesquisados são os seguintes: Cine Bancários, Cultura GHC: No caminho da integralidade: arte, cultura e saúde, Falando a Gente se Entende, Geração Livre, Nazaré Zen, Ponto do Samba, Teia Viva: arte, trabalho e saúde, Ventre Livre, Vila Ipiranga e Vila na Trilha.

4.3 População/amostra

Foram participantes desse estudo os coordenadores dos dez Pontos de Cultura e Saúde da Rede, independentemente de idade, sexo, escolaridade, visto que estes possuem vínculos com os Pontos desde a elaboração do projeto para concorrer ao edital até a execução e prestação de contas. A cada coordenador foi enviado um convite para participar da pesquisa. Os critérios de exclusão foram: não consentirem em participar do estudo; ausência e/ou indisponibilidade no período da coleta de dados; impossibilidade de contato.

Ante tais critérios, a ideia inicial era realizar entrevistas com os dez Pontos da Rede, porém, devido à dificuldade de contato com os mesmos, só foi possível realizar oito entrevistas, sendo que dois eram coordenadores do mesmo Ponto de Cultura e Saúde e consideraram que seria indispensável a realização da entrevista em dois momentos diferentes. Portanto, foram entrevistados oito coordenadores em sete Pontos diferentes. Destes, quatro coordenadores eram do sexo feminino e quatro do sexo masculino. Dos oito coordenadores entrevistados, apenas um destes tinha vínculo empregatício com o Grupo Hospitalar. Os demais estavam vinculados às entidades proponentes do projeto. As profissões destes eram: comunicadora audiovisual, costureira, pedagoga, médica, bancário, professor, poeta/aposentado e educador social/músico.

4.4 Coleta de dados

Na fase de coleta de dados foi utilizada a técnica de entrevista, na qual todos os coordenadores dos Pontos de Cultura e Saúde foram convidados a participar durante o mês de junho de 2013.

A entrevista semiestruturada, conforme Apêndice A, foi composta por oito questões para orientação, na qual se buscou identificar a percepção destes coordenadores acerca das principais contribuições dos Pontos de Cultura para as comunidades as quais se destinavam. As entrevistas foram gravadas e transcritas em sua íntegra, após consentimento dos sujeitos, expressos mediante assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (Apêndice B), onde foi assegurado o

anonimato a todos os entrevistados. As falas foram codificadas com a letra “P” seguida do número da entrevista (P1 a P8).

4.5 Análise de dados

A análise das informações seguiu a proposta da análise de conteúdo, cuja organização ocorre em três grandes etapas: primeiro, a pré-análise; em seguida a exploração do material; e, por último, o tratamento dos resultados, a inferência e a interpretação (BARDIN, 2009). Inicialmente foi feita uma leitura flutuante, visando uma visão geral do conjunto a partir de impressões prévias e orientações dos dados. Em seguida, realizou-se a exploração do material, onde os dados puderam ser codificados e categorizados, permitindo uma representação do conteúdo. Por fim, foram distribuídos os trechos do texto pelas categorizações apriorísticas, sendo realizada uma leitura dialogada com o texto das entrevistas e, posteriormente, procedeu-se a identificação das unidades de registro, para análise das mesmas.

4.6 Aspectos éticos

O estudo seguiu as Normas de Pesquisa em Saúde, Resolução 196/96 do Conselho Nacional de Saúde (BRASIL, 1996), embora, ao final do mês de junho, tenha sido aprovada e promulgada a nova resolução que regula as pesquisas com seres humanos no Brasil, a Resolução 466/2012 (BRASIL, 2012c). O projeto de pesquisa foi submetido à Comissão de Pesquisa da Escola de Enfermagem da Universidade Federal do Rio Grande do Sul, obtendo aprovação conforme parecer nº 24270, e, posteriormente, à Plataforma Brasil, obtendo autorização para sua execução, mediante protocolo nº: 14935913.0.0000.5347. O parecer de aprovação do Comitê Ética da Universidade Federal do Rio Grande do Sul é de nº 275.047, conforme Anexo A, e o parecer de aprovação do Comitê de Ética do Hospital Nossa Senhora da Conceição é de nº 285.621, conforme Anexo B.

5 RESULTADOS E DISCUSSÃO

Considerando os objetivos da pesquisa, as respostas das entrevistas e os princípios do Programa Cultura Viva, surgiram cinco categorias do processo analítico, denominadas: Cultura, saúde e Pontos de Cultura e Saúde na compreensão de saúde para além da doença; Pontos de Cultura e Saúde como espaços de ampliação da cidadania cultural e do protagonismo da comunidade; Pontos de Cultura e Saúde como espaços de valorização: potencializando, reconhecendo e empoderando; Pontos de Cultura e Saúde promovendo a análise crítica, transformando a realidade e construindo a autonomia e a sustentabilidade; e, por último, Pontos de Cultura e Saúde: desafiando as comunidades e apresentando novas perspectivas.

5.1 Cultura, saúde e Pontos de Cultura e Saúde uma compreensão de saúde para além da doença

A primeira categoria a ser abordada surgiu da necessidade de entender como os coordenadores pensam “saúde” e “cultura” e como eles conceituariam “Pontos de Cultura e Saúde”.

A origem da palavra Cultura vem do latim *colere*, cultivo. O ex-ministro da Cultura Gilberto Gil (2010, p.28-29), enquanto pioneiro na implantação da política dos Pontos de Cultura a nível nacional, a conceitua da seguinte forma: “Cultura é tudo aquilo que, no uso de qualquer coisa, se manifesta para além do mero valor de uso. Cultura é o conjunto de signos de cada comunidade e de toda a nação.” Amarante e Costa (2012) reforçam dizendo que cultura abrange a construção humana resultante da acumulação de valores e práticas que se manifestam na totalidade de padrões aprendidos pelos indivíduos. Ou seja, cultura é o cultivo das relações, os valores com que são encarados os desafios da vida, o processo de trabalho em que se está inserido, enfim, tudo que influi na qualidade de vida de cada ser humano.

Os coordenadores dos Pontos expressam seus entendimentos do termo “cultura” da seguinte maneira:

Cultura na perspectiva da arte, das crenças, do cotidiano, das relações, cultura alimentar ou com ervas [...] diretamente relacionada com a construção de saúde [...] como quando se trabalha com o palhaço na visita aos acamados. [...] podem estar auxiliando tanto no processo de cuidado, quanto na manutenção da saúde. (P3)

Trabalhar a cultura fazendo com que as pessoas tenham o prazer do trabalho, para que o que elas desenvolvam possa ser o que faz com que elas tenham o seu retorno financeiro. (P8)

É possível perceber que, no ponto de vista dos coordenadores, a cultura além de estar presente na vida das pessoas, está relacionada com o prazer, gerando um processo de dialogar com a sociedade e com o cuidar capaz de apresentar novas perspectivas. Por exemplo, na fala de um dos coordenadores que cita a visita aos pacientes acamados (pacientes que não saem de suas camas) por um palhaço. A visita que eles recebem já representa por si só uma mudança em sua rotina, mas a alegria que pode ser proporcionada a um paciente que não consegue sair de sua cama, ao receber um médico palhaço ou um técnico de enfermagem palhaço que vai a sua casa para lhe cuidar, pode gerar uma perspectiva positiva na melhora de seu quadro saúde-doença, onde o riso torna-se mais presente. Ou, ainda, na fala do outro coordenador, onde destaca a cultura como possibilidade do indivíduo em obter prazer em seu trabalho, reduzindo o sofrimento psíquico e melhorando a qualidade de vida.

Além disso, Amarante e Costa (2012) enfatizam que a cultura também corresponde às formas de organização de um povo, de seus costumes e tradições transmitidas entre gerações, a partir de vivências e tradições comuns, apresentando-se como a identidade desse povo. Na seguinte fala é possível identificar a cultura além da arte:

A nossa bagagem cultural, a nossa prática cotidiana, aquilo que trazemos da família. Eu entendo isso como cultura acima de tudo, mais do que as expressões artísticas. (P4)

Nas falas registradas, pode-se identificar a presença do termo “saúde” junto aos conceitos de cultura, emitidos pelos coordenadores, o que demonstra que os mesmos interligam ambos os conceitos.

Se considerarmos a definição da OMS (1946), Saúde é considerada como perfeito bem-estar físico, mental, social e espiritual e não meramente a ausência de doença. Nesse sentido, com o decorrer da evolução no mundo em relação aos

aspectos físicos e biológicos, foram sendo incluídos os psicológicos e sociais, já claramente percebidos em nosso cotidiando como causas de doenças. Por outro lado, Goldim (1997) apresentou saúde como um processo continuado e interdependente de preservação da vida, dando uma nova dimensão social conforme podemos perceber no quadro abaixo.

QUADRO 1 – Evolução do Conceito de Saúde

Conceito de Saúde	Agente de Saúde	Local onde são realizados
Ausência de doença	Médico	Hospital
Bem-estar físico, mental e social	Equipe Multiprofissional de Saúde	Sistema de Saúde
Preservação da vida	Cidadão	Sociedade

FONTE: Goldim (1997)

Delineando o conceito de saúde definido acima, os Pontos de Cultura e Saúde vem na perspectiva de ser um espaço para construção de ações, influenciando socioculturalmente o quadro de saúde dos cidadãos, e é nessa compreensão que se permite entender as políticas de saúde para além da doença, incluindo as ações de prevenção e promoção da saúde que visam à melhoria da qualidade de vida.

É possível perceber nas falas dos coordenadores dos Pontos conceitos de saúde bastante semelhantes ao definido pela OMS:

A gente não tem que pensar saúde a partir do adoecimento, e sim a partir da construção pessoal. (P3)

O fato de que a saúde é muito mais do que o tratamento com remédios [...] passa pelas relações de trabalho e tudo que tem relação com o teu corpo é saúde, mas também é cultura. (P7)

A saúde tem a ver com uma série de aspectos, sobretudo estar sempre ligada com a alegria de viver. Pois muitas vezes a falta da alegria de viver ocasiona problemas sérios de saúde. (P8)

Essa semelhança de conceitos demonstra que, de certa forma, os gestores dos Pontos de Cultura e Saúde vinculam o termo saúde na amplitude que o próprio termo possui: com construção pessoal, relações, alegria de viver e bem viver.

A fusão dos conceitos de cultura e de saúde, tendo como objetivo a ampliação e qualificação dos processos de promoção da saúde, por meio de

atividades culturais, do reconhecimento do ser humano como ser integral, e da saúde como qualidade de vida, confirmam as ações dos Pontos de Cultura e Saúde.

Ainda pode-se refletir o significado dessa política nas palavras de Melissa Sander, Coordenadora do Núcleo Operativo Cultural do Grupo Hospitalar Conceição: “Quando se considera o ser humano como um ser integral e se combina isto com a ideia de saúde como um sinônimo de qualidade de vida, é fácil entender o objetivo prático desse projeto” (apud PEREIRA, 2010).

Nas falas dos coordenadores dos Pontos é possível identificar, em diversas palavras, a aproximação dos conceitos de Ponto de Cultura e Saúde:

Quando a gente se envolve com ações culturais, em que você pode expressar os sentimentos, certamente ajuda na manutenção de uma saúde melhor. (P3)

É um espaço em que a gente pode refletir, pensar, modificar e evoluir, deve ser um espaço seguro para isso acontecer. (P4)

O foco está na saúde e não na doença, ou seja, se estabelece um contraponto a uma perspectiva hospitalocêntrica da sociedade em que nós vivemos. (P6)

Poder trabalhar aspectos que resgatem as pessoas no sentido da própria alegria da vida é o que previne para que não surjam doenças. (P8)

Para Amarante e Costa (2012), os Pontos de Cultura apresentam uma imensidão de lugares, grupos e projetos culturais no Brasil, e contribuem para ampliar o entendimento de diversidade cultural. Podemos vincular a essa significação de Pontos de Cultura, realizada por Amarante e Costa, que os mesmos, sob o ponto de vista de seus coordenadores, também são espaços de expressões de sentimentos (P3), reflexões de evolução pessoal (P4) e reflexões de perspectivas da sociedade (P6). Ainda torna-se possível considerar os Pontos como promotores de transformação da realidade e resgate das pessoas (P8).

Na análise dos conceitos emitidos, torna-se possível perceber conceituações de cultura, saúde e Ponto de Cultura e Saúde que dialogam diretamente com os pilares da política de Pontos de Cultura. Observando, ainda, que os coordenadores dos Pontos vinculam o projeto com ações que geram mudanças na realidade dos participantes das atividades, tornando-se possível identificar que os Pontos de Cultura e Saúde promoveram saúde, quando citadas: geração de prazer na realização do trabalho, expressões de sentimentos e resgate de pessoas das

comunidades e que, possivelmente, houve melhoras na qualidade de vida dos envolvidos nas ações, no momento em que os Pontos foram citados como espaços de reflexão a cerca da evolução pessoal e das perspectivas da sociedade.

Os indivíduos que são provocados a realizar essas reflexões e que participam das transformações locais podem ser considerados protagonistas dessas transformações. Sendo assim, a próxima categoria a ser abordada será a que enfatiza o protagonismo na comunidade, pois isso é o que torna as pessoas responsáveis pelas ações que acontecem nela diariamente.

5.2 Pontos de cultura e saúde como espaços de ampliação da cidadania cultural e do protagonismo da comunidade

Ser protagonista, segundo Labrea e Rangel (2009), é ter uma participação proativa, é ser determinante nas ações. Sendo assim, protagonismo na política de Pontos de Cultura pode ser considerado o gerenciamento livre das atividades e liberdade na utilização dos recursos a partir do saber que se possui sobre as necessidades da comunidade. O protagonismo pode ser realizado pelos participantes das atividades, pela equipe de coordenação dos Pontos ou pela própria comunidade. Considerando, ainda, que nos Pontos não existe uma equipe de administração pré-determinada, ou seja, a gerência é realizada pelos próprios integrantes.

Nas falas a seguir é possível identificar situações de protagonismo nos projetos:

O processo de elaborar o projeto envolveu o posto de saúde, lideranças da comunidade, pensou-se no nome do Ponto de Cultura e nas oficinas. (P8)

Com a execução das atividades fomos recebendo apoio das pessoas e começamos a ver sentido no que fazíamos. (P2)

Nós tínhamos experiência com relação à educação popular e a nossa intenção era trabalhar com a confecção de bonecos gigantes para o teatro e multimídia. (P6)

As pessoas da comunidade possuem a chave e usam o espaço para festas, encontros. Utilizar o ponto é um acordo que nós temos. A gente cuida, paga o aluguel, promove ações e a comunidade cuida desse espaço. (P5)

É possível perceber que a participação da comunidade nos Pontos torna-se essencial para que as ações atinjam os públicos alvos e os objetivos aos quais os projetos se propõem. Visto isso, segundo as falas, é possível identificar que a comunidade torna-se protagonista na medida em que se apropria do projeto, seja elaborando, propondo ações (P8), participando das oficinas (P2) ou, mesmo, utilizando o espaço (P6).

Segundo Freire (2009), esse saber e participação popular, que estimulam o protagonismo, acabam implicando no respeito ao contexto cultural. E a comunidade dos oficinandos (termo utilizado para designar os participantes das atividades) é o ponto de partida para o conhecimento que eles vão formando do mundo. Segundo o mesmo autor, o sujeito, ao adquirir esse conhecimento, pode ter uma visão mais crítica, e, dependendo das decisões e escolhas ao longo do tempo, pode agir de duas maneiras distintas: ser contribuinte do silêncio, tornando-se passivo, submisso, resignado diante das adversidades ou pode ser um oficinando crítico, propositivo, criativo, participativo, capaz de interpretar o mundo, ampliando sua cidadania e sendo realmente protagonista das suas ações e da sua vida.

As seguintes falas demarcam o espaço de protagonismo que pode ser vivido nos Pontos de Cultura e Saúde:

Uma mulher grávida queria fazer a festa de aniversário da filha no Ponto. E nós trocamos: ela poderia fazer a festa, mas teria que fazer uma palestra falando sobre gravidez. As crianças iam fazendo questões[...]. (P5)

Algumas pessoas que aprenderam a confeccionar bonecos gigantes na oficina, construíram a Vó Chica na própria comunidade, que era negra e morreu com 105 anos. Ela era curandeira, parteira, enfim [...] era uma liderança e ainda hoje marca o local onde viveu. (P6)

Tanto na primeira fala, quanto na segunda, os moradores foram, de certa forma, desafiados a serem contribuintes das reflexões locais, bem como protagonistas das transformações. As crianças (P5) que provavelmente passaram a entender de forma mais clara a gestação, e os moradores que confeccionaram e encontram em uma senhora de 105 anos (P6) uma liderança reconhecida por suas atuações na medicina tradicional. Ambas as situações estão vinculadas com questões de saúde (gestação e medicina tradicional), refletindo outras possibilidades de ligação da cultura e da saúde existente nos Pontos.

Nas falas anteriores, bem como nas falas seguintes, observam-se métodos freireanos, os quais se inserem na realidade da vida das pessoas que estão envolvidas nas ações, sendo um processo bastante transformador o de: ver a realidade, julgar por que ela existe e agir para ela mudar. Assim mudando a realidade existente e influenciando no processo saúde-doença de cada indivíduo.

Transversalmente a essa realidade, parte dos profissionais de saúde nas suas atuações acredita que a cultura é um entrave para o entendimento do que eles vão ensinar na perspectiva de educação em saúde, e, algumas vezes, referem que “não adianta” explicar ou orientar o usuário, porque ele não vai entender (BOHES et al., 2007). Isso vem na contramão do método freireano de lidar frente às situações e do que pode ser visualizado nos Pontos, pois segundo Amarante e Costa (2012), ao se falar em necessidade de saúde, é preciso considerar as necessidades sociais das populações, além de entender como a população pensa, elabora e soluciona problemas a partir de sua diversidade.

Apresentam-se a seguir situações pontuais, características das comunidades de atuação dos Pontos, em que é possível perceber as mudanças na qualidade de vida dos participantes das atividades que foram realizadas, demonstrando, também, que o profissional de saúde, além da doença, deve inserir-se na vida da população, que abrange outros sistemas: familiar, profissional e popular (BOHES et al., 2007):

Teve a melhora da autoestima e mudanças de hábitos. [...] escovar os dentes, lavar as mãos. As mães contavam que eles estavam fazendo isso em casa também. (P2)

Teve um artista plástico que após o acidente não estava se alimentando, pintando, desenhando e quando ele veio para o Ponto de Cultura recomeçou a fazer tudo isso. (P4)

Tinha um rapaz que era um dos entrevistados do filme e a primeira vez que ele entrou num cinema foi pra se ver na tela e a partir daí, pelo próprio processo, se tornou uma liderança na comunidade. (P7)

A participação na política de Pontos, democratizando a cultura e visualizando as mudanças que ela é capaz de provocar individual e coletivamente, bem como o surgimento de protagonistas, conforme as falas dos coordenadores, concretizam mudanças da realidade para melhor, promovendo saúde junto a hábitos de higiene (P2), melhorando a qualidade de vida quando se inclui, reabilitando ou resgatando os moradores da comunidade (P4), ou apresentando novas perspectivas para os mesmos, na construção de novas identidades e lideranças comunitárias (P7).

A respeito da democratização da cultura, como citado anteriormente, Chauí (2006) fala que, para aceitarmos esse desafio, é necessário que aceitemos inicialmente uma nova cultura democrática, que não perca a grandeza de seu fundamento e não seja mera protetora das liberdades individuais, pois dessa forma gera um público ausente dos bens e serviços culturais e esta exclusão produz marginalidades, afastando do homem sua capacidade de imaginar, criar, conhecer, partilhar, experimentar, inovar e pertencer.

As falas a seguir apresentam as formas como os coordenadores buscaram resgatar as comunidades através dos projetos, tentando evitar essa exclusão:

Buscamos o Ponto pela vulnerabilidade e dificuldade da comunidade em relação à saúde e por vermos os nossos adolescentes e famílias em condições mínimas de vida. (P2)

O tempo que as crianças estavam no Ponto víamos elas menos estressadas, mais felizes, mais crianças, menos sexualizadas e menos adultas. (P4)

Existe muita pobreza aqui e alguns conseguiram melhorar a sua qualidade de vida. O objetivo era resgatar as pessoas, para que elas pudessem ter acesso a tudo que o Ponto proporcionaria. (P8)

Identifica-se nos trechos que a elaboração dos projetos surgiu da perspectiva de que as comunidades não gerassem um público marginal e que, de certa forma, apresentassem a esse público, caso ele já existisse, outras formas de inclusão, promovendo saúde, na essência do termo. Apresenta-se com a fala de dois coordenadores (P2, P8) a realidade vulnerável, onde se estabeleceram as sedes dos Pontos de Cultura e Saúde. E com a fala do outro coordenador (P4) torna-se possível visualizar as percepções a respeito de como os Pontos influem e modificam os indivíduos, podendo torná-los menos estressados e mais felizes, colaborando para sua qualidade de vida. Pois quando ele participa e protagoniza, ele se empodera para ser agente da transformação.

5.3 Pontos de cultura e saúde como espaços de valorização: potencializando, emancipando, reconhecendo e empoderando

Empoderamento, segundo Labrea e Rangel (2009), é a distribuição de responsabilidades com o coletivo, com o outro e é estratégico para participação política e inclusão na sociedade. Nos Pontos, o empoderamento pode ser percebido

com a *inclusão social*, com o *reconhecimento das atividades*, com a *emancipação* e com o *protagonismo no processo de trabalho*.

Santos (2004) mostra que as elites político-culturais percebem que o abismo entre as experiências sociais e as expectativas sociais é um problema a ser solucionado através da *inclusão social*, ainda que, isso seja difícil de ser alcançado, já que não existe um coletivo de luta ou de movimentos em nome da emancipação social. O mesmo autor ainda diz que para que isso possa ocorrer é fundamental que haja uma maior articulação entre os movimentos sociais, neste caso, os Pontos de Cultura e Pontos de Cultura e Saúde. E a integração entre os movimentos pode compor um ambiente que se soma às iniciativas contra hegemônicas (BEZERRA, 2011).

A Rede de Pontos de Cultura e Saúde investigada nesta pesquisa surgiu nessa perspectiva: redução de desigualdades e criação de espaço de valorização e inclusão, e foi constituída por dez comunidades diferentes, cada uma como seu projeto e ações. Oito delas já executavam algum tipo de ação com o público participante antes do conveniamento do Ponto e quatro, entre essas oito, já executavam ações vinculadas à cultura, visto que as mesmas tiveram seguimento com as atividades propostas no projeto. Sendo assim, tornou-se imprescindível *reconhecer* e potencializar o empoderamento das *atividades* que já eram executadas nas comunidades:

O ponto de cultura foi uma possibilidade de investimento financeiro para que pudéssemos continuar desenvolvendo ações que já desenvolvíamos. Alguns grupos dentro da instituição já desenvolviam o trabalho com a cultura. (P3)

As “possibilidades de investimentos”, citadas na fala a cima, puderam ser inseridas nos projetos das entidades proponentes, que elaboraram os mesmos a partir das necessidades de cada comunidade. Nos locais onde as ações já eram desenvolvidas, foi possível o investimento para um aprofundamento das mesmas, bem como para o surgimento de novas atividades.

Santos (2004) propõe a busca de fundamentos de uma cultura política voltada a pensar e a querer a transformação social, que empodera, na essência de valorização do indivíduo, e busca a *emancipação*.

A reflexão proposta pelo mesmo autor é que o conjunto dos processos econômicos, sociais, políticos e culturais tenham por finalidade transformar as

relações de poder desigual em relações de autoridade partilhada. Isso parte do princípio de que da periferia, as estruturas de poder e saber são mais visíveis.

As relações enfatizadas por Santos (2004), vinculadas à emancipação e elevação de qualidade de vida, podem ser percebidas nas seguintes falas:

A gurizada ia entrando no Ponto de Cultura e se apropriando das coisas, nos ajudando a arrumar e a transformar o espaço. (P5)

Alguns participantes da oficina saíram e construíram uma boneca gigante em sua comunidade e a boneca ganhou uma dimensão na qual ela sorria, acolhia e protestava dependendo das mãos que eles construíram. (P6)

As oficinas faziam a diferença na vida das mulheres, elas podiam sair de dentro de casa e voltavam com a autoestima lá em cima. (P2)

As respostas dos coordenadores demonstram como os mesmos perceberam a participação dos indivíduos no processo de reconhecimento e potencialização de suas ações, tornando-os responsáveis pelos seus processos de saúde-doença e pela sua participação na sociedade enquanto agente participante da mudança e promotor de saúde.

A primeira fala traz a apropriação do espaço, as demais retratam a construção de agentes locais e ampliação da qualidade de vida através da emancipação nas ações. Essa emancipação junto à construção de agentes locais gera o empoderamento da população.

Na Rede de Pontos de Cultura e Saúde, o empoderamento pode ser percebido no protagonismo no processo de trabalho em outros dois Pontos de Cultura e Saúde: um dos Pontos possuía o vínculo com um sindicato de relevância na cidade de Porto Alegre e outro executava suas ações dentro de um hospital referência para o estado do Rio Grande do Sul.

Emir Sader, citado por Turino (2009b), quando se refere a agentes participantes da mudança, enfatiza que a participação política dos trabalhadores, nos seus locais de atuação empregatícios, para transformar suas condições, é constante:

No momento em que fazemos o que nos dá prazer, alegria, orgulho e que vai além: o enfermeiro e o médico que mudam o seu padrão de ser e se transformam, já é trabalhar na perspectiva de qualidade de vida, por que você se coloca a desafios. (P3)

A saúde é uma interface importante, pois é onde se expressam as pressões do capitalismo: exploração do trabalho, competições entre os funcionários e isso leva ao adoecimento e a gente tem que aprender a minimizar o sofrimento da nossa categoria. (P7)

Ambas as falas discutem atuações nas perspectivas de transformações dos locais de trabalho, através do *protagonismo dos trabalhadores*, pela promoção de saúde. A primeira fala acontece em uma instituição, na qual já possui tradicionalmente um padrão sério (hospital). E a segunda fala expressa situações cotidianas de sofrimento vividas por uma categoria profissional, na qual a cultura torna-se capaz de apresentar outras perspectivas para que, empoderados do seu processo de trabalho, sejam capazes de melhorarem as suas realidades.

Junto às questões vinculadas ao processo de trabalho, existiram e existem os desafios de geração de renda nos Pontos de Cultura e Saúde e a necessidade da construção de autonomia, a partir da análise crítica das ações, na qual se torna possível, também, transformar a realidade excludente encontrada na periferia da cidade.

5.4 Pontos de cultura e saúde promovendo a análise crítica, transformando a realidade e construindo a autonomia e a sustentabilidade

Autonomia na política de Pontos de Cultura e Saúde, segundo Labrea e Rangel (2009), é a capacidade de governarem-se pelos próprios meios e obter menor dependência de recurso financeiro de terceiros, é a capacidade de criar regras próprias de trabalho e reinventar novas formas de expressão. Autonomia é um princípio do Programa Cultura Viva e obter a independência financeira é um desafio para os Pontos, visto que eles promovem tanto atividades rentáveis, como não rentáveis, e que a independência financeira dos indivíduos é uma condição básica para qualidade de vida (PIAIA, 2008).

Paralelo a isso, os Pontos de Cultura e Saúde trabalharam e trabalham na perspectiva de articular as demandas e necessidades dos novos sujeitos (indígenas, quilombolas, remanescentes, população rural, mulher, criança, adolescentes, idosos, população de rua...) incluídos na sociedade através das transformações ocorridas após a democratização do país, pela Constituição Federal (BRASIL, 1988), e surgiram na tentativa de amenizar essa exclusão:

Ele é Ponto, pois está na ponta, na parte mais periférica da cidade mesmo. Onde nós detectamos os problemas das pessoas que moram na informalidade. (P6)

Aqui a questão da droga é muito presente e o Ponto de Cultura sempre foi visto como algo que proporcionasse aos jovens e às mulheres uma forma delas se encontrarem para que elas pudessem dar outro sentido para a vida. (P8)

“Dar outro sentido para a vida”, conforme a última fala, significa: recuperar a autoestima e dar novas perspectivas de vida aos sujeitos participantes, assim como reconhecer as demandas e as necessidades desses “novos sujeitos sociais” e as necessidades dos Pontos de Cultura e Saúde em adquirir a independência financeira e a autonomia. Tal perspectiva remete a uma prática alternativa de geração de renda e mudança de perspectiva dessas comunidades, ou seja, à Economia Solidária.

Esta prática alternativa - Economia Solidária - pode ser considerada uma proposta de desenvolvimento sustentável e inclusivo, caracterizando-se, essencialmente, pela produção e gestão coletiva.

Paul Singer, membro da Secretaria Nacional de Economia Solidária do Ministério do Trabalho e Emprego, enfatiza o surgimento de uma nova consciência, relacionando as atividades e produtos culturais com os princípios da Economia Solidária, na qual o local, o respeito à natureza, a diversidade, o conhecimento tradicional e a liberdade de transpor as limitações sejam valorizados (apud TURINO, 2009b).

A Economia Solidária, segundo Gadotti (2009), vai além de empreendimentos solidários, sindicatos progressistas, microcrédito e cuidado com o trabalho não pago. Ela trata de transversalizar as diferentes formas de economia transformadora numa rede de solidariedade. Cabe incluir, também, a realização, com satisfação, de uma tarefa que gere renda como princípio da Economia Solidária.

Os coordenadores dos Pontos de Cultura e Saúde apresentam olhares bastante ampliados a essa perspectiva e vinculam a elevação da qualidade de vida, através da autoestima, como essência na reinvenção da realidade:

Envolver as pessoas na geração de trabalho e renda e em algo que elas gostem faz com que recuperem sua autoestima, e essa é uma característica de Economia Solidária. (P8)

Ao colocar na mão de um jovem uma câmera, onde ele vai contar a sua história e vai se perceber, ele está em um processo de desalienação social, onde ele é o dono do seu processo de trabalho e dá saltos de consciência importantes. (P6)

Foram produzidos dois documentários: um sobre crack e outro sobre saúde alimentar e, a partir desse grupo, saíram três pessoas e seus vídeos foram selecionados em outro edital. (P4)

Na oficina de artes visuais pensamos que as pessoas pudessem desenvolver a arte e integrar-se com a cooperativa UNIVENS, que é a cooperativa de costura da comunidade. (P8)

Torna-se possível promover a reflexão e a análise crítica quando a arte é feita com política, quando os protagonistas das ações, empoderados do processo de trabalho e satisfeitos com suas atividades, sentem-se construtores de sua autonomia e sustentabilidade. Nas falas anteriores, expõem-se as formas, através da Economia Solidária, com que os gestores perceberam ser possível uma maior perspectiva no campo da geração de renda (P8), autonomia e recuperação da autoestima, criando novas formas de expressão. É possível perceber, ainda, produções dos Pontos e reflexões que são realizadas nos mesmos (P6, P4) como o exemplo do jovem, na qual é apresentado um novo processo de trabalho, podendo ser possível mudar e melhorar sua qualidade de vida.

Com as ações, citadas nas falas anteriores, pode-se perceber a possibilidade da rentabilidade que, de alguma forma, viabilize a autonomia financeira dos Pontos de Cultura e Saúde e dos participantes das atividades, além da elevação da autoestima, como também é possível visualizar nas falas a seguir:

Na exposição das fotografias as pessoas estavam muito orgulhosas de estar ali e foram muito elogiadas. (P3)

Eu acredito que perceber outra dimensão social está diretamente ligado com a mudança e melhora de qualidade de vida, nos seus hábitos, enfim, isso realmente acontece nos Pontos. (P6)

Subentende-se que os indivíduos das ações citadas tiveram a oportunidade de obterem realizações nas suas atividades, sendo possível modificarem sua qualidade de vida para melhor a partir das ações de cultura e saúde que foram promovidas nos Pontos. Contudo, algumas situações desafiaram as entidades proponentes dos projetos, fazendo com que fossem visualizadas novas perspectivas de ações.

5.5 Pontos de Cultura e Saúde: desafiando as comunidades e apresentando novas perspectivas

As entidades proponentes dos projetos acreditaram ser possível a transformação para uma realidade com mais inclusão nas comunidades, por isso elaboraram o projeto com oficinas e atividades em consonância com as necessidades de cada local. Contudo, o desenvolver dos projetos carregou consigo muito desafios, alguns sendo superados e outros a serem conquistados.

O maior desafio foi a nossa falta de experiência em tocar um projeto desses. [...] A dificuldade da comunicação com o hospital foi até o final e acabou do jeito que acabou. (P4)

Não havia um espaço definido e demoramos um ano para termos um local de referência. (P3)

A comunicação com o Posto não dava certo. Dividimos a mesma parede, mas é como se estivéssemos a quilômetros de distância. (P2)

A inexperiência das entidades para gerir projetos culturais, a dificuldade de estabelecimento dos locais para execução das atividades e a comunicação dificultada com a entidade gestora e com as Unidades de Saúde são alguns dos desafios encontrados através da análise das entrevistas dos coordenadores dos Pontos.

Segundo Amarante e Costa (2012), faz-se necessário que os serviços de saúde busquem apreender a riqueza da cultura popular das populações que interpretam e explicam a realidade, reproduzindo constantemente padrões de sociabilidade. Esta cultura é o conjunto de produções em permanente transformação que orienta e organiza o estilo de vida da população. Considerando, além disso, que muitas intervenções das Unidades de Saúde, como programas de promoção de saúde e grupos de elevação da qualidade de vida poderiam ser realizados nos Pontos, com o próprio público participante das oficinas que são moradores das comunidades. Conforme a última fala (P2) é possível perceber o distanciamento que existiu em relação às Unidades de Saúde.

Outras dificuldades, em relação à execução financeira dos projetos, também foram apresentados nas falas dos coordenadores:

Era obrigatório ter um agente de cultura e isso também atrasou nosso início. Pois a bolsa era muito baixa. (P3)

Quando vimos que quem iam manipular os bonecos gigantes eram senhoras, nos demos conta que a manipulação com muletas seria muito mais fácil. Inclusive para os mais jovens, que usavam cabos de vassouras antigamente. Só que para mudar o plano de utilização de recursos era muito demorado. (P6)

O processo de prestação de contas não é fácil, é muito detalhado e também muitas vezes foram solicitadas as mesmas coisas, as quais já haviam sido apresentadas. Isso acaba gerando um desgaste. (C8)

A dificuldade de selecionar um agente de cultura e saúde, o desencontro da relação: tempo na elaboração dos planos *versus* implantação das atividades, gerando modificações nas oficinas e a dificuldade na prestação de contas, conforme citado, demonstram a burocracia que envolve os projetos.

A burocracia, segundo Córdula (2009), não pode ser eliminada, mas sim modificada, com a introdução, por exemplo, de inscrições orais em editais para atender indígenas falantes de 180 línguas, ciganos com três idiomas, mestres de cultura ou analfabetos. Sendo necessária a existência, também, de outras formas de prestação de contas, para que essas pessoas sejam incluídas e para que o objetivo que o projeto se propõe: integrar, não se transforme na ampliação e geração de dificuldades, como citado nas falas anteriores. Conforme a fala a seguir, realizada por um dos coordenadores dos Pontos, é possível identificar que o mesmo percebe a exclusão que os editais realizam quando vinculado à burocracia dos mesmos:

As pessoas que estão fora da democracia formal não são acolhidas e elas ficam de fora. E aquilo que deve chegar nela, já chega de uma forma completamente distorcida, eu acho que é fundamental reavaliarmos isso. Ou seja, Como que a palavra dos Mestres Griôs, que são mestres orais, faz sentido para nós repensarmos a política pública? Porque senão é sempre a partir de alguém que olha por eles e não eles mesmos. (P6)

Sendo assim, conforme a fala deste coordenador, o público alvo acaba não sendo protagonista, sendo retirada a possibilidade e a capacidade de serem propositores das mudanças em suas vidas.

Foram citados, ainda, outros desafios concernentes à execução dos projetos:

Tiveram muitas atividades abertas de rua, com uma participação muito grande e agora que não tem mais, ficou um grande vazio. (P8)

Essas políticas vem do governo e quando troca o governo elas são abandonadas, essa é uma questão bem importante pra gente pensar, pois estamos submetidos a essa efemeridade. (P5)

A não aceitação da comunidade quanto à finalização do projeto e o estabelecimento de uma política diferente a cada quatro anos são desafios que estão além das ações realizadas pelos Pontos de Cultura e Saúde e dão espaço a uma reflexão a respeito dessa vulnerabilidade, ou seja, o que fazer para garantir que as ações se mantenham e não retrocedam com a mudança dos partidos políticos e dos governos?

Além disso, com o encerramento das atividades nas comunidades, visto as transformações que a política dos Pontos de Cultura e Saúde são capazes de provocar, conforme as falas dos gestores dos Pontos, no decorrer das entrevistas, foram deixadas marcas nas comunidades e a necessidade de continuidade, as quais são referidas a seguir:

Na comunidade existe cobrança quanto ao retorno das atividades e a necessidade de entender os motivos do fim do convênio. (P2)

Encontramos as pessoas na rua e elas perguntam quando irão retornar as oficinas, os pais querem que continue porque o seu filho estava envolvido e tinha uma postura de vida diferente. (P8)

O início das ações de cultura e saúde, as avaliações quanto às mudanças na qualidade de vida e o encerramento súbito das atividades apresentaram-se como desafios para as entidades que foram em busca de alternativas para seguir com as atividades nos Pontos na tentativa de amenizar as necessidades existentes nas comunidades:

As pessoas continuam participando [...] com o artesanato e as poesias do clube literário. (P1)

O núcleo ainda segue com algumas atividades que iniciaram dentro do Ponto. Temos ainda a proposta da rádio corredor. (P3)

Elas pegaram prática e saíram fazendo vídeos sobre doação de medula. E levam essa experiência para sua prática profissional [...] No edital de Pontos de Cultura do estado do Rio Grande do Sul a gente inscreveu outra iniciativa. (P4)

Ainda existe o Ponto de Cultura, pois algumas pessoas participantes da oficina de multimídia levam adiante essa produção. (P6)

Um deles está em São Paulo e mandou um e-mail perguntando se poderiam divulgar os vídeos. (P7)

Nós inscrevemos novamente o Ponto de Cultura no edital de Pontos de Cultura do estado do Rio Grande do Sul. (P8)

Conforme as falas acima, é possível perceber uma pré-disposição da maioria das entidades para dar seguimento às atividades já iniciadas, buscando superar os desafios apresentados como uma forma de crescimento, onde os gestores dos Pontos de Cultura e Saúde junto às comunidades sigam como agentes potencializadores de transformação.

6 CONSIDERAÇÕES FINAIS

A análise das ações de saúde nos Pontos de Cultura e Saúde demonstra a importância desses espaços na formação de agentes transformadores e multiplicadores, influenciando os quadros de saúde-doença dos cidadãos, permitindo compreender as políticas de saúde para além da doença.

Os dados analisados nesta pesquisa sugerem que, a partir do ponto de vista dos coordenadores, os Pontos de Cultura e Saúde constituem-se espaços de ampliação da cidadania cultural e do protagonismo da comunidade, onde é possível que os participantes tornem-se críticos e participativos. Aludem que a partir de tal iniciativa seja possível a valorização e a emancipação dos indivíduos, tornando-os agentes de mudança. Revelam também que os Pontos de Cultura e Saúde promovem a análise crítica, transformando a realidade e construindo a autonomia e a sustentabilidade, elevando a qualidade de vida dos participantes das ações.

Foram considerados pelos coordenadores que as contribuições dos Pontos de Cultura e Saúde na promoção de saúde são: desenvolvimento do prazer ao trabalho, o Ponto como um local de expressão de sentimentos e de resgate de pessoas das comunidades, aquisição e ampliação dos hábitos de higiene, reabilitação e minimização do sofrimento profissional.

Quanto à percepção dos coordenadores em relação às mudanças na qualidade de vida dos participantes, pode-se considerar o Ponto como local de: inclusão social, reflexão sobre a evolução pessoal e sobre as perspectivas da sociedade, desafio aos oficinados para tornarem-se protagonistas da transformação, diminuição do estresse, aumento da alegria, melhora da autoestima, educação popular através da apropriação e participação da comunidade, protagonismo no processo de trabalho, geração de trabalho e renda, aquisição de independência financeira através da Economia Solidária e inserção no processo de desalienação social.

Torna-se importante destacar que os Pontos de Cultura e Saúde podem ser referência para as políticas de mobilização, na luta pelo reconhecimento e ampliação da cidadania, sugerindo que os desafios para o seu desenvolvimento podem ser apontados como a consolidação da ação e a permanência na forma de Lei.

E isso poderia ser realizado caso os governantes se comprometessem a dar continuidade para a política dos Pontos, atentando que ao transformar em uma política de Estado corre-se o risco de tornar-se uma política vertical. Acrescenta-se a possibilidade, ainda, do surgimento de políticas mais concisas, se a política dos Pontos fosse articulada com as políticas de distribuição de renda como o Bolsa Família, entre outras.

Espera-se, com esta pesquisa, contribuir para que a população em geral reflita sobre a importância de ações culturais como pressuposto de práticas no campo da saúde, dando suporte ao desenvolvimento de ações culturais com a comunidade no espaço interno e externo dos serviços de saúde.

Para os sujeitos participantes da pesquisa espera-se contribuir na elaboração de novos projetos, os quais envolvam cultura e saúde, podendo-se perceber a importância dessas ações nos demais Pontos e os desafios que auxiliam na construção de uma política mais sólida, na qual é possível desviar dos entraves que existem atualmente.

Espera-se, ainda, contribuir para a construção do conhecimento científico da temática, evidenciando-se a necessidade de pesquisas focadas nos desafios enfrentados pelos Pontos de Cultura. Surge a necessidade, também, de pesquisas que reflitam quanto às contribuições dos Pontos na perspectiva dos participantes das ações, seguindo a proposta desta pesquisa e ampliação da amostra, no intuito de verificar se as percepções encontradas aqui se estendem aos demais Pontos de Cultura, visto a escassez na literatura, lacunas e limitações desse estudo.

Aponta-se a necessidade e importância de trabalhos como este no Curso de Enfermagem, visto a carência de discussões como esta na formação em saúde, bem como a questão da intersetorialidade e práticas de promoção de saúde.

Assim, acredita-se que a realização de pesquisas destinadas a analisar as contribuições das ações de cultura e saúde pode ser uma estratégia no processo de criação e desenvolvimento de ações em saúde a partir da cultura na comunidade, permitindo que as pessoas assumam o papel de protagonistas das suas próprias vidas, pois a dinâmica da produção cultural é carregada de sentido e alegria.

REFERÊNCIAS

- AMARANTE, P.; COSTA, A.M. **Diversidade Cultural e Saúde**. 7.ed. Rio de Janeiro: Cebes, 2012.
- BARDIN, L. **Análise de conteúdo**. Lisboa: Edições 70, 2009.
- BEZERRA, L. A. **Pontos de Cultura e Saúde: Um estudo sobre o capital social dos jovens participantes**. 2011. 113 f. Trabalho de Conclusão de Curso (Graduação em Ciências Sociais) – Universidade Federal do Rio Grande do Sul – UFRGS, Porto Alegre, 2011.
- BOEHS, A.E. et al. A interface necessária entre enfermagem, educação em saúde e o conceito de cultura. **Texto Contexto Enfermagem**, Florianópolis, v. 16, n. 2, p. 307-314, abr./jun, 2007.
- BRASIL. Ministério da Cultura (MinC). **Cultura Viva**. Disponível em: <<http://www.cultura.gov.br/culturaviva/category/cultura-e-cidadania/cultura-e-saude/>>. Acesso em: 11 nov. 2012a.
- BRASIL. Ministério da Cultura (MinC). **Cultura Viva**. Disponível em: <<http://www.cultura.gov.br/culturaviva/ponto-de-cultura/>>. Acesso em: 20 set. 2012b.
- BRASIL. Ministério da Justiça. Conselho Nacional de Saúde. **Resolução 466/12**, de 12 de dezembro de 2012: diretrizes e normas regulamentadoras de pesquisa envolvendo seres humanos. Brasília: Diário Oficial da União, 2012c.
- BRASIL. Ministério da Saúde. GRUPO HOSPITALAR CONCEIÇÃO (GHC). **Relatório Social 2009-2010a**: de portas abertas para a comunidade. Disponível em: <<http://www.ghc.com.br/default.asp?idmenu=OutrasPublicacoes>>. Acesso em: 18 out. 2012.
- BRASIL. Ministério da Saúde. GRUPO HOSPITALAR CONCEIÇÃO (GHC). **Quem somos: conheça o GHC**. Porto Alegre (RS): Grupo Hospitalar Conceição, 2010b.
- BRASIL. Ministério da Saúde. GRUPO HOSPITALAR CONCEIÇÃO (GHC). **Relatório Social 2008**: saúde em tempo integral. Disponível em: <<http://www.ghc.com.br/default.asp?idmenu=OutrasPublicacoes>>. Acesso em: 18 out. 2012.
- BRASIL. Ministério da Cultura. **Catálogo Cultura Viva - Programa Nacional de Arte, Educação, Cidadania e Economia Solidária**. 3.ed. Brasília: Ministério da Cultura, 2005.
- BRASIL. Ministério da Saúde. **Política Nacional de Promoção da Saúde** (Documento para Discussão). Brasília: Ministério da Saúde, 2002.

BRASIL. Ministério da Justiça. Conselho Nacional de Saúde. **Resolução 196**, de 10 de outubro de 1996: diretrizes e normas regulamentadoras de pesquisa envolvendo seres humanos. p.21082-21085. Brasília: Diário Oficial da União, 1996.

BRASIL. Constituição (1988). **Constituição da República Federativa do Brasil**. Brasília, DF, 1988.

BUSS, P.M. Promoção da saúde e qualidade de vida. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 5, n. 1, p. 163-177, 2000.

BUSS, P. M.; PELLEGRINI FILHO, A. Iniquidades em saúde no Brasil, nossa mais grave doença: comentários sobre o documento de referência e os trabalhos da Comissão Nacional sobre Determinantes Sociais da Saúde. **Caderno de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 22, n. 9, p. 2005-2008, set. 2006.

CAMPOS, G.W.S. Sete considerações sobre cultura e saúde. **Saúde e Sociedade**, São Paulo, v. 11, n. 1, p. 105-115, 2002.

CHAUI, M. **Cidadania cultural**. 1. ed. São Paulo: Fundação Perseu Abramo, 2006.

CÓRDULA, A. Pontuar a diversidade. In: **Seminário Internacional do Programa Cultura Viva: Novos mapas conceituais**. 1. ed. Ministério da Cultura – Brasília, 2009

FREIRE, P. **Pedagogia da solidariedade: América Latina e educação popular**. 1. ed. São Paulo: Villa das Letras, 2009.

GADOTTI, M. **Economia Solidária como práxis pedagógica**. 1. ed. São Paulo: Instituto Paulo Freire, 2009.

GIL, G. Cultura: a argamassa de um novo projeto nacional. In: **Almanaque Cultura Viva**. 1. ed. Brasília: Ministério da Cultura, p.28-29, 2010.

GOLDIM, J.R. **Saúde**. [S.l.: s.n.], 1997. Disponível em: <<http://www.ufrgs.br/bioetica/saude.htm>>. Acesso em 09 jun. 2013.

LABREA, V.V.; RANGEL, M.A.C. Cartografias dos Pontos de Cultura: Novos mapas conceituais. In: **Seminário Internacional do Programa Cultura Viva: Novos mapas conceituais**. 1. ed. Ministério da Cultura – Brasília, 2009.

LIMA, C.; SANTINI, R. Código aberto e produção colaborativa nos pontos de cultura. **Contemporânea – Comunicação e Cultura**, Salvador, v. 5, n. 1 e 2, p. 1-17, 2007.

MARCONDES, W. B. A convergência de referências na Promoção da Saúde. **Saúde e Sociedade**, São Paulo, v. 13, n. 1, p. 5-13, 2004.

MINAYO, M.C.S. O desafio da pesquisa social. In: **Pesquisa Social: Teoria, Método e Criatividade**. 27. ed. Petrópolis: Vozes, 2008.

- MORAIS, P. **Os oito anos do governo lula e os Pontos de Cultura**. 2010. Disponível em: <<http://pntoporponto.org.br/paulodemorais/blog/os-oito-anos-do-governo-lula-e-os-pontos-de-cultura/>>. Acesso em 20 set. 2012.
- ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE (OMS). **Declaração de Nairóbi**, 2009.
- ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE (OMS). **Carta de Bangkok**, 2005.
- ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE (OMS). **Declaração do México**, 2000.
- ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE (OMS). **Declaração de Jacarta**, 1997.
- ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE (OMS). **Declaração de Santa Fé de Bogotá**, 1992.
- ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE (OMS). **Declaração de Sundsvall**, 1991.
- ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE (OMS). **Declaração de Adelaide**, 1988.
- ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE (OMS). **Carta de Ottawa**, 1986.
- ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE (OMS). **Documentos básicos**. 1946. 26.ed. Genebra: OMS, 1976.
- ORLANDI, E. **Cidade dos Sentidos**. 1. ed. Campinas: Pontes, 2004.
- PEREIRA, A. L. S. Uma experiência inovadora: os Pontos de Cultura e Saúde. In: **Almanaque Cultura Viva**. 1. ed. Brasília: Ministério da Cultura, 2010.
- PIAIA, C. F. **Finanças Pessoais e Independência Financeira: a educação e organização financeira como instrumentos de melhoria na qualidade de vida das pessoas**. 2008. 78 f. Trabalho de Conclusão de Estágio (Graduação em Administração) - Universidade Federal de Santa Catarina - UFSC, Florianópolis, 2008.
- SANTOS, B. S. Poderá o direito ser emancipatório? **Saúde e Sociedade**, São Paulo, v. 13, n. 2, p. 20-31, maio-ago. 2004.
- SILVA, R.M.C.R.A. et al. Cultura, saúde e enfermagem: o saber, o direito e o fazer crítico-humano. **Revista Eletrônica de Enfermagem**, Goiânia, v. 10, n. 4, p. 1165-71, 2008.
- TURINO, C. **Histórias de Pontos: Lugares e pessoas que fazem a Cultura Viva**. 1. ed., p.1. Brasília: Ministério da Cultura, 2010.
- TURINO, C. **Ponto de Cultura: o Brasil de baixo para cima**. 1. ed. São Paulo: Anita Garibaldi, 2009a.

TURINO, C. Conselho consultivo do Programa Cultura Viva. In: **Seminário Internacional do Programa Cultura Viva: Novos mapas conceituais**. 1. ed. Ministério da Cultura – Brasília, 2009b.

ZIONI, F.; WESTPHAL, M. F. O Enfoque dos Determinantes Sociais de Saúde sob o Ponto de Vista da Teoria Social. **Saúde e Sociedade**, São Paulo, v. 16, n. 3, p. 26-34, 2007.

APÊNDICE A - Roteiro para realização da entrevista

1. IDENTIFICAÇÃO DO PONTO DE CULTURA E SAÚDE

1.1 NOME DO PONTO

1.2 NÚMERO DE PARTICIPANTES TOTAIS DO PONTO DE CULTURA E SAÚDE (gênero, idade, ocupação)

2. QUESTÕES NORTEADORAS

2.1 COMO VOCE PERCEBE A APROXIMAÇÃO DA CULTURA E DA SAÚDE?

2.2 O QUE VOCE ENTENDE POR PONTOS DE CULTURA E SAÚDE?

2.3 O QUE MOTIVOU VOCE/ENTIDADE A ELABORAR UM PROJETO E CONCORRER AO EDITAL DE PONTOS DE CULTURA E SAÚDE?

2.4 QUAIS FORAM OS DESAFIOS ENCONTRADOS DURANTE A EXECUÇÃO DO PROJETO?

2.5 VOCÊ PERCEBEU INFLUÊNCIAS NA SAÚDE DOS PARTICIPANTES DAS ATIVIDADES? SE SIM, QUAIS?

2.6 O PONTO DE CULTURA E SAÚDE GEROU ALGUMA MUDANÇA PARA A COMUNIDADE? SE SIM, QUAIS FORAM ESSAS MUDANÇAS?

2.7 ALGUMA CONTRIBUIU PARA MUDANÇA DA QUALIDADE DE VIDA? SE SIM, QUAL?

2.8 VOCÊ GOSTARIA DE CITAR OUTRAS SITUAÇÕES/ CONTRIBUIÇÕES/ DESAFIOS/ ANSEIOS, OS QUAIS NÃO FORAM OPORTUNIZADOS NESSA ENTREVISTA?

APÊNDICE B - Termo de consentimento livre e esclarecido

Você está sendo convidado a participar de uma pesquisa acadêmica do Curso de Graduação em Enfermagem da Universidade Federal do Rio Grande do Sul intitulada: **Pontos de cultura e saúde: cultur-ação nas comunidades.**

O trabalho está sendo realizado pela graduanda do Curso de Bacharelado em Enfermagem, Gabriela Fabian Nespolo sob a orientação das professoras Érica Mallmann Duarte e Cristianne Maria Famer Rocha.

O estudo tem como objetivo descrever a contribuição dos Pontos de Cultura e Saúde na promoção de saúde e descrever a percepção de mudança na qualidade de vida dos participantes do ponto de vista dos coordenadores dos Pontos.

Para alcançar os objetivos do estudo você deverá participar de uma entrevista que será gravada, pela autora, com duração aproximada de 30 minutos, na qual você irá responder oito perguntas pré-estabelecidas. Os seus dados de identificação serão confidenciais e seu nome será substituído por letras. Os dados gravados serão utilizados somente para este estudo, sendo os mesmos armazenados pelos pesquisadores durante cinco anos e após totalmente destruídos, obedecendo a Resolução 196/96.

Declaro que recebi todas as informações sobre o estudo e concordo em participar do estudo, entendendo que poderei a qualquer momento receber resposta a qualquer pergunta ou esclarecimento acerca dos assuntos relacionados a esta pesquisa, de que minha participação é voluntária e terei a liberdade de retirar o meu consentimento, a qualquer momento e deixar de participar do estudo, sem que isto traga prejuízo para a minha vida pessoal e profissional, da garantia que não serei identificado quando da divulgação dos resultados e que as informações serão utilizadas somente para fins científicos do presente projeto de pesquisa e que, em caso de dúvida ou novas perguntas, poderei entrar em contato com a pesquisadora:

Gabriela Fabian Nespolo, telefone (51) 9701.2059. email: gabrielanespolo@hotmail.com e endereço: rua São Manoel, nº 963 Bairro Santa Cecília – Porto Alegre. A orientadora Érica Mallmann Duarte pode ser contatada pelo

Versão Aprovada em

27 MAIO 2013

Daniel Demétrio Faustino da Silva
Coordenador-geral do CEP-GHC

número (51) 9518.1878 ou na Escola de Enfermagem, rua São Manoel, nº 963 Bairro Santa Cecília – Porto Alegre.

Também que, se houverem dúvidas quanto a questões éticas, poderei entrar em contato com o Comitê de Ética em Pesquisa da UFRGS pelo telefone (51) 3308-3738/3308-4085, endereço Av. Paulo Gama 110 – 2º andar do Prédio da Reitoria – Campus Centro, bairro Farroupilha, Porto Alegre, RS, e/ou com Daniel Demétrio Faustino da Silva, Coordenador-geral do Comitê de Ética em Pesquisa do GHC pelo telefone 3357-2407, endereço Av. Francisco Trein 596, Porto Alegre, RS, 3º andar, Bloco H, sala 11.

Declaro que recebi cópia deste Termo de Consentimento Livre e Esclarecido, ficando outra via com a pesquisadora.

Porto Alegre, ____, de _____ de 2013.

Assinatura Participante

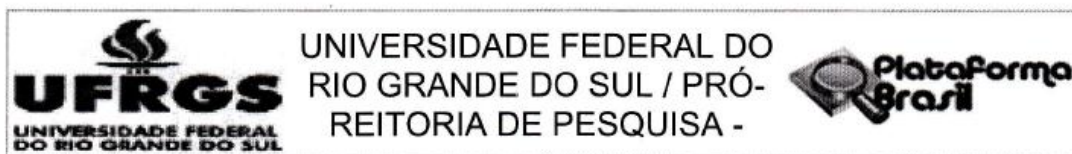
Assinatura Pesquisador

Versão Aprovada em

27 MAIO 2013

Daniel Demétrio Faustino da Silva
Coordenador-geral do CEP-GHC

ANEXO A - Parecer do Comitê de Ética e Pesquisa da Universidade Federal do Rio Grande do Sul



PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

Título da Pesquisa: PONTOS DE CULTURA E SAÚDE: CULTUR-AÇÃO NAS COMUNIDADES

Pesquisador: Erica Rosalba Mallmann Duarte

Área Temática:

Versão: 2

CAAE: 14935913.0.0000.5347

Instituição Proponente: UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO GRANDE DO SUL/COMITÊ DE ÉTICA EM

Patrocinador Principal: Financiamento Próprio

DADOS DO PARECER

Número do Parecer: 275.047

Data da Relatoria: 16/05/2013

Apresentação do Projeto:

Trata-se de um TCC em Enfermagem sob a orientação de Profa. Erica R.M. Duarte sobre um projeto pioneiro (a partir de um edital 2008) que conjuga atividades culturais com orientações de saúde, coordenado pelo GHC.

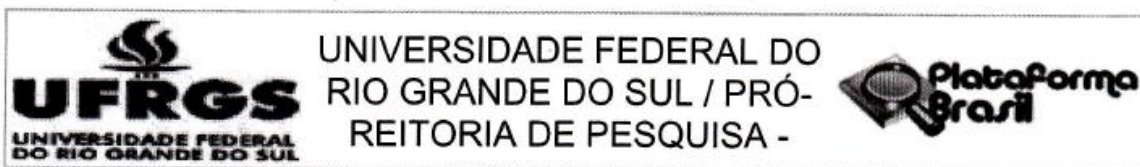
Objetivo da Pesquisa:

Propõe avaliar o funcionamento dos Pontos de Cultura e Saúde do Grupo Hospitalar Conceição com atenção especial para a) a contribuição dos Pontos na promoção de saúde e b) mudanças na qualidade de vida dos participantes do ponto do vista dos coordenadores dos Pontos.

Avaliação dos Riscos e Benefícios:

Adequado

Endereço: Av. Paulo Gama, 110 - 2º andar do Prédio da Reitoria - Campus Centro
Bairro: Farroupilha **CEP:** 90.040-060
UF: RS **Município:** PORTO ALEGRE
Telefone: (51)3308-3738 **Fax:** (51)3308-4085 **E-mail:** etica@propesq.ufrgs.br



Continuação do Parecer: 275.047

Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:

Trata-se de um projeto bem redigido com claros objetivos e metodologia. Propõe entrevistar dez coordenadores de dez Pontos.

Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:

Inclui TCLE e parecer COMPESQ.

Recomendações:

Solicitou carta de anuência do GHC e inclusão do numero de telefone do CEP no TCLE. As duas solicitações foram atendidas.

Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:

Solicitou carta de anuência do GHC e inclusão do numero de telefone do CEP no TCLE. As duas solicitações foram atendidas.

Situação do Parecer:

Aprovado

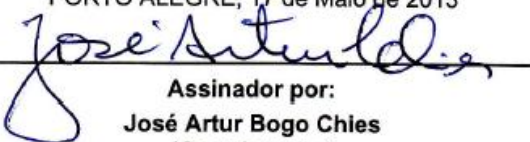
Necessita Apreciação da CONEP:

Não

Considerações Finais a critério do CEP:

Encaminhe-se.

PORTO ALEGRE, 17 de Maio de 2013


 Assinador por:
 José Artur Bogo Chies
 (Coordenador)

Endereço: Av. Paulo Gama, 110 - 2º andar do Prédio da Reitoria - Campus Centro
 Bairro: Farrroupilha CEP: 90.040-060
 UF: RS Município: PORTO ALEGRE
 Telefone: (51)3308-3738 Fax: (51)3308-4085 E-mail: etica@propesq.ufrgs.br

ANEXO B - Parecer do Comitê de Ética de Pesquisa do Grupo Hospitalar Conceição



HOSPITAL N. S. DA CONCEIÇÃO S.A.
Av. Francisco Teles, 599
CEP 91360-200 - Porto Alegre - RS
Fone: 3357.2300
CNPJ: 92.787.118/0001-29

HOSPITAL DA CRIANÇA CONCEIÇÃO
Hospital Público do Hospital Nossa
Senhoras da Conceição S.A.

HOSPITAL CRISTO REDENTOR S.A.
Rua Domingos Rubião, 20
CEP 91060-300 - Porto Alegre - RS
Fone: 3307.4100
CNPJ: 92.787.126/0001-76

HOSPITAL FEMINA S.A.
Rua Mesquita, 17
CEP 91420-001 - Porto Alegre - RS
Fone: 3314.5200
CNPJ: 92.693.134/0001-53



Vinculados ao Ministério da Saúde - Decreto nº 99.244/90

COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA - CEP/GHC

O Comitê de Ética em Pesquisa do Grupo Hospitalar Conceição (CEP/GHC), que é reconhecido pela Comissão Nacional de Ética em Pesquisa (CONEP)/MS desde 31/10/1997, pelo Office For Human Research Protections (OHRP)/USDHHS, como Institutional Review Board (IRB0001105) e pelo FWA - Federalwide Assurance (FWA 00000378), em 31 de maio de 2013, reavaliou o seguinte projeto de pesquisa:

Projeto: 13-107

Versão do Projeto:

Versão do TCLE:

Pesquisadores:

CRISTIANNE MARIA FAMER ROCHA
GABRIELA FABIAN NESPOLO
ERICA ROSALBA MALLMANN DUARTE

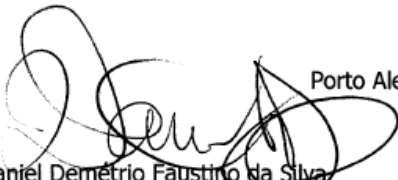
Título: Pontos de cultura e saúde: cultur-ação nas comunidades.

Documentação: Aprovada

Aspectos Metodológicos: Adequados

Aspectos Éticos: Adequados

Parecer final: Este projeto de pesquisa, bem como o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (se aplicável), por estar de acordo com as Diretrizes e Normas Internacionais e Nacionais especialmente as Resoluções 196/96 e complementares do Conselho Nacional de Saúde, obteve o parecer de APROVADO neste CEP.


Daniel Demétrio Faustino da Silva
Coordenador-geral do CEP-GHC

Porto Alegre, 03 de junho de 2013.