



**UNIVERSIDADE FEDERAL DO ESTADO DO RIO DE JANEIRO - UNIRIO  
CENTRO DE CIÊNCIAS BIOLÓGICAS E DA SAÚDE  
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO - MESTRADO EM ENFERMAGEM**

**PROMOÇÃO DA SAÚDE: UM DESAFIO PARA AS EQUIPES DA  
ESTRATÉGIA SAÚDE DA FAMÍLIA EM TERESÓPOLIS**

**VIVIANE DA COSTA FREITAS SILVA  
ORIENTADORA: PROF<sup>a</sup>. DR<sup>a</sup>. LILIANA A. VARGAS**

**RIO DE JANEIRO  
Março – 2007**

# **Livros Grátis**

<http://www.livrosgratis.com.br>

Milhares de livros grátis para download.

**UNIVERSIDADE FEDERAL DO ESTADO DO RIO DE JANEIRO  
UNIRIO**

**PROMOÇÃO DA SAÚDE: UM DESAFIO PARA AS EQUIPES DA  
ESTRATÉGIA SAÚDE DA FAMÍLIA EM TERESÓPOLIS**

**VIVIANE DA COSTA FREITAS SILVA**

**RIO DE JANEIRO  
Março – 2007**

**VIVIANE DA COSTA FREITAS SILVA**

**PROMOÇÃO DA SAÚDE: UM DESAFIO PARA AS EQUIPES DA  
ESTRATÉGIA SAÚDE DA FAMÍLIA EM TERESÓPOLIS**

**LINHA DE PESQUISA: Enfermagem e População: conhecimentos, atitudes e práticas  
em saúde.**

Dissertação apresentada como requisito parcial para a obtenção do título de Mestre em Enfermagem, do Programa de Pós-Graduação em Enfermagem, da Universidade Federal do Estado do Rio de Janeiro – UNIRIO.

**ORIENTADORA: Prof<sup>a</sup>. Dr<sup>a</sup>. Liliana A. Vargas**

**RIO DE JANEIRO  
Março – 2007**

S586p

Silva, Viviane da Costa Freitas.

Promoção da saúde: um desafio para as equipes da estratégia saúde da família em Teresópolis / Viviane da Costa Freitas Silva. – Rio de Janeiro, 2007.

77p.

Orientador: Liliana A. Vargas.

Dissertação (Mestrado) – Universidade Federal do Estado do Rio de Janeiro (2003-). Centro de Ciências Biológicas e da Saúde. Programa de Pós-Graduação. Mestrado em Enfermagem.

1. Programa saúde da família. 2. Saúde da família – Teresópolis. 3. Promoção da saúde. 4. Enfermagem em saúde comunitária. I. Vargas, Liliana, A. II. Universidade Federal do Estado do Rio de Janeiro (2003-). Centro de Ciências Biológicas e da Saúde. Programa de Pós-Graduação. Mestrado em Enfermagem. III. Título.

# **PROMOÇÃO DA SAÚDE: UM DESAFIO PARA AS EQUIPES DA ESTRATÉGIA SAÚDE DA FAMÍLIA EM TERESÓPOLIS**

Dissertação apresentada como requisito parcial para a obtenção do título de Mestre em Enfermagem, do Programa de Pós-Graduação em Enfermagem, da Universidade Federal do Estado do Rio de Janeiro – UNIRIO, sob orientação da Prof. Dr. Liliana A. Vargas.

Aprovado em \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

## **BANCA EXAMINADORA**

---

Profª Drª Liliana A. Vargas  
Universidade Federal do Estado do Rio de Janeiro - UNIRIO

---

Profª Drª Luciana Maria Borges da Matta Souza  
Fundação Educacional Serra dos Órgãos - FESO

---

Profª Drª Florence R. Tocantins  
Universidade Federal do Estado do Rio de Janeiro - UNIRIO

---

Prof. Dr. Eugênio Paes Campos  
Fundação Educacional Serra dos Órgãos - FESO

---

Profª Drª Fátima T. S. Cunha  
Universidade Federal do Estado do Rio de Janeiro - UNIRIO

*Dedico este estudo a todos os profissionais que atuam e lutam por uma sociedade mais justa e cidadã. Àqueles que acreditam ser possível viver com qualidade de vida, comprometidos com a plena consciência de que os trabalhadores tanto da área de saúde, quanto os trabalhadores dos demais setores da sociedade civil, devem exercer a sua profissão com ética e responsabilidade social.*

## AGRADECIMENTOS

À Deus, por sempre estar presente conduzindo-me com infinita bondade e misericórdia, durante todos os momentos da minha vida.

Ao meu filho Marlon e meu marido Rondineli, sem o amor, o carinho, a compreensão, a paciência e a tolerância de vocês eu não teria persistido.

Aos meus queridos pais (Maneca e Glorinha), irmãos (Manel e Ana), cunhada (Evanise) e sobrinhos (Iago, Lorena e Catharina), vocês foram e sempre será o meu porto seguro. Família maravilhosa!

Ao Professor Luis Cláudio (onde quer que esteja!) e a Professora Kaneji, meus primeiros incentivadores.

À querida amiga Débora, pela sua garra e coragem que foram desde o início estímulo para mim. À Dayanne, pela companhia agradável que és. Obrigada pelos momentos que estivemos juntas, serão inesquecíveis!

Aos docentes do Curso de Pós-Graduação em Enfermagem – Mestrado da UNIRIO e às secretárias Inácia e Márcia, pela troca e aprendizado proporcionado durante esse tempo de convivência, especialmente à professora Doutora e orientadora Liliana Vargas.

Aos colegas que atuam na Estratégia Saúde da Família do município de Teresópolis, em especial aos que participaram deste trabalho.

Em especial aos meus grandes amigos: Leda Jung, Selma Vidal, Luiz Guilherme Nascimento, Adriana Chaves, Luciana da Matta Souza, Florence Tocantins, Cássia Murta e Eugênio Campos, pelo acolhimento, carinho e aprendizado que me proporcionaram. Vocês serão sempre exemplos para a minha vida profissional e pessoal. Amo vocês!

Aos gestores e profissionais da Secretaria Municipal de Saúde de Teresópolis, pelo respeito, incentivo e apoio nos momentos de ausência.

À Renata e Eliane, pela presença nas minhas horas difíceis, principalmente com relação aos recursos da informática.

## RESUMO

O presente estudo aborda a Promoção da Saúde na Estratégia Saúde da Família - ESF, visando oferecer subsídios para a reflexão e o repensar a prática da promoção da saúde nesse cenário. Trata-se de uma pesquisa qualitativa, privilegiando os depoimentos dos profissionais de duas equipes de saúde da família do município de Teresópolis. Através da análise de conteúdo (Bardin, 1977), obtido mediante um roteiro de entrevista semi-estruturado, buscou-se investigar a concepção e as atividades de promoção da saúde desenvolvidas pelos componentes da equipe de saúde da família, bem como os fatores intervenientes para sua realização. Os resultados do estudo tornam visível que tanto a concepção, quanto as atividades de promoção da saúde das duas equipes da ESF, apresenta-se de forma eminentemente biologicista, focado na prevenção de doenças e, as atividades desenvolvidas têm como característica a monologicidade, tendo como consequência pouca efetividade na prática de fortalecimento e emancipação dos indivíduos e da comunidade. O estudo permitiu identificar que a promoção da saúde na ESF requer uma reflexão no campo da sua concepção para repensar as práticas no cotidiano do trabalho a partir de uma ação dialógica, intersetorial e participativa, envolvendo preferencialmente os profissionais das equipes de saúde da família, os usuários e seu entorno.

Palavras-chave: Promoção da Saúde. Estratégia Saúde da Família. Práticas em Saúde

## **ABSTRACT**

This present study approaches the Health Promotion in the Family Health Strategy - ESF, intending to offer ways for reflection about the practice of Health Promotion. It is a qualitative research containing professional reports from two teams of the Family health in the township of Teresópolis-Br. Through analysis of a semi structured interview program content, we aimed to investigate the conception and the Health Promotion activities developed by the Family Health's team components, as well as the intervening factors for its realization. The study results make clear that the conception and also the activities done by the two teams present eminently a biologicist way, focused on diseases prevention. The developed activities had as the only characteristic the monologicity, consequently being less effectiveness in the practice of fortification and emancipation of the individuals and the community.

It was also identified that the Health Promotion in ESF requires a reflection in the field of its conception to think again about the daily practice at work, beginning from a dialogical, intersetorial and participative action, involving preferably the professionals of the Family Health teams and every individual who surrounds it.

**Key words:** Health Promotion. Family Health Strategy. Practices in health.

# SUMÁRIO

Resumo	
Abstract	
Introdução .....	01
<b>Capítulo 1</b>	
<b>A PROMOÇÃO DA SAÚDE NO CENÁRIO INTERNACIONAL .....</b>	<b>07</b>
<i>1.1. Declaração de Alma Ata .....</i>	<i>09</i>
<i>1.2. Carta de Ottawa .....</i>	<i>10</i>
<i>1.3. Declaração de Adelaide .....</i>	<i>14</i>
<i>1.4. Declaração Sundsvall .....</i>	<i>16</i>
<i>1.5. Carta de Bogotá .....</i>	<i>17</i>
<i>1.6. Declaração de Jacarta .....</i>	<i>18</i>
<i>1.7. Declaração do México .....</i>	<i>19</i>
<i>1.8. Carta de Bangkok para a promoção da saúde num mundo Globalizado.....</i>	<i>20</i>
<b>Capítulo 2</b>	
<b>A PROMOÇÃO DA SAÚDE NO CENÁRIO BRASILEIRO: UMA QUESTÃO DE DIREITO .....</b>	<b>25</b>
<i>2.1. O caminho das políticas de saúde até o SUS, a partir da década de 70 .....</i>	<i>26</i>
<i>2.2. A promoção da saúde no SUS .....</i>	<i>28</i>
<i>2.3. A estratégia saúde da família no Brasil: em busca da promoção da saúde.....</i>	<i>33</i>
<b>Capítulo 3</b>	
<b>ESTRATÉGIA SAÚDE DA FAMÍLIA NO MUNICÍPIO DE TERESÓPOLIS: UMA PERSPECTIVA PARA A PROMOÇÃO DA SAÚDE .....</b>	<b>38</b>
<b>Capítulo 4</b>	
<b>METODOLOGIA .....</b>	<b>42</b>

## Capítulo 5

<b>ANÁLISE E INTERPRETAÇÃO DOS DADOS .....</b>	<b>45</b>
5.1. Apresentação do perfil dos entrevistados .....	45
5.2. A promoção da saúde na concepção das duas equipes da ESF: O dilema entre educar e informar .....	50
5.3. A promoção da saúde nas duas equipes de saúde da família: O reducionismo do cotidiano .....	55
5.4. A promoção da saúde o trabalho em equipe: Entre o Real e o possível .....	63
<b>CONSIDERAÇÕES FINAIS .....</b>	<b>75</b>
<b>REFERÊNCIAS .....</b>	<b>79</b>
<b>APÊNDICES</b>	
1 .Instrumento da Pesquisa .....	84
2 .Carta de Solicitação .....	85
3. Termo de Consentimento Livre e Informado .....	86
4. Transcrição das Entrevistas com os profissionais das duas equipes da Estratégias Saúde da Família (ESF) do Município de Teresópolis .....	87

## LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

ACS	- Agente Comunitário de Saúde
AIS	- Ações Integradas de Saúde
CB	- Carta de Bangkok
CCBM	- Centro de Ciências Biomédicas
CEDETS	- Centro para Desenvolvimento e Avaliação de Políticas Comitê de
CEP	- Ética em Pesquisa
CGDANT	- Coordenação geral de Doenças e Agravos não Transmissíveis
CLT	- Consolidação das Leis Trabalhistas
CNS	- Conferência Nacional de Saúde
CONASEMS	- Conselho Nacional de Secretários Municipais de Saúde
CONASS	- Conselho Nacional de Secretários de Saúde
E	- Enfermeiro
EP	- Educação Permanente
ESF	- Estratégia Saúde da Família
FAS	- Fundo de Apoio Social
FESO	- Fundação Educacional Serra dos Órgãos
IBGE	- Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística
INPS	- Instituto Nacional da Previdência Social
M	- Médico
MS	- Ministério da Saúde
OMS	- Organização Mundial de Saúde
OPS	- Organização Pan-Americana de Saúde
PACS	- Programa de Agente Comunitário de Saúde
PCSF – núcleo FESO	- Pólo de Capacitação, Formação e Educação Permanente para o pessoal de Saúde da Família, núcleo Fundação Educacional Serra dos Órgãos
PIASS	- Programa de Interiorização das Ações de Saúde e Saneamento
PNPS	- Programa Nacional de Promoção da Saúde
PNUD	- Programa das Nações Unidas para o Desenvolvimento
PROMED	- Programa de Mudança Curricular para o Curso de Medicina
PSF	- Programa Saúde da Família

SAMHPS	- Sistema de Assistência Médico-Hospitalar da Previdência Social
SE	- Secretaria Executiva
SIAB	- Sistema de Informação da Atenção Básica
SIDA	- Síndrome da Imunodeficiência Humana Adquirida
SPS	- Secretaria de Política de Saúde
SUS	- Sistema Único de Saúde
SVS	- Secretaria de Vigilância em Saúde
TE	- Técnico em Enfermagem
UBS	- Unidade Básica de Saúde
UERJ	- Universidade Estadual do Rio de Janeiro
UFF	- Universidade Federal Fluminense
UFJF	- Universidade Federal de Juiz de Fora
USF	- Unidade de Saúde da Família
VD	- Visita Domiciliar

## **I - Introdução**

O interesse em estudar as atividades desenvolvidas na atenção básica à saúde, especificamente, nas unidades básicas de saúde da família, acompanha-me desde a graduação (1994-1997) na Universidade Federal de Juiz de Fora (UFJF) quando tive maior aproximação com as disciplinas afins, como Saúde Coletiva e Epidemiologia.

O início da minha vida profissional proporcionou-me a experiência em trabalhar durante um ano em um hospital, na atenção terciária à saúde. Neste momento de cuidado aos clientes hospitalizados, se revela um sonho adormecido desde a graduação em enfermagem: trabalhar com a promoção da saúde, a prevenção de doenças, a recuperação e a reabilitação da saúde, mais especificamente, na atenção básica, pois acredito que muitos agravos da condição de saúde que chegam até o hospital, são possíveis de serem evitados se estivermos mais próximos da população e atuarmos juntos a ela, principalmente com uma interação dialógica mais efetiva entre os pares nesse processo de construção.

Em 1999, após seleção comecei trabalhar junto à equipe de supervisão do Pólo de Capacitação, Formação e Educação Permanente para o Pessoal de Saúde da Família do Estado do Rio de Janeiro, núcleo da Fundação Educacional Serra dos Órgãos (PCSF-núcleo FESO), no município de Teresópolis, região serrana do Estado do Rio de Janeiro. Essa equipe de supervisão é composta, além da coordenação local da Estratégia Saúde da Família (ESF), por 01 enfermeira, 04 médicos (01 pediatra, 01 clínico, 02 gineco-obstetra, 02 psicólogas e 01 nutricionista). Esta equipe de supervisão tem como finalidade, dar um suporte de caráter técnico-operacional-administrativo nas áreas específicas e gerais do conhecimento, além de participar na atuação desses profissionais, propondo-lhes uma larga escala de valores à sua formação, como: trabalhar em equipe e de forma interdisciplinar, colocar em prática conhecimentos gerais assimilados durante a formação de base e na educação popular.

Essa equipe de supervisores-tutores atua, também, como docentes junto aos estudantes dos diversos cursos de graduação do Centro de Ciências Biomédicas da FESO

(enfermagem, medicina, fisioterapia, odontologia) e do Curso de Especialização em Saúde da Família da mesma instituição.

Nessa trajetória, venho refletindo e observando o discurso e as atividades desenvolvidas pelos atores dessas equipes que, segundo os mesmos, buscam uma aproximação e aprimoramento junto às práticas de promoção da saúde para o indivíduo, as famílias e a comunidade. Entretanto, percebo que as equipes, muitas vezes, restringem suas práticas de saúde cotidianas, ao cumprimento de ações programáticas estabelecidas pelo Ministério da Saúde (MS), como: hanseníase, tuberculose, pré-natal, assistência ao portador de hipertensão, de diabetes e outros, haja vista que essas práticas de notável importância no contexto da ESF, são amplas em seu contexto social, educacional, econômico, político e cultural.

A partir dessas atribuições definidas para as equipes de saúde da família e, sendo a promoção da saúde um dos segmentos no processo de trabalho como um todo, surgiu-me dúvidas, reflexões, conflitos e questionamentos a respeito da necessidade de se implementar práticas cotidianas norteadas pelos princípios da promoção da saúde que me conduziram a uma série de questionamentos e à inspiração para o desenvolvimento desse estudo.

Qual o entendimento que os atores das equipes de saúde da família têm sobre promoção da saúde?

Quais as atividades de promoção da saúde desenvolvidas pelos atores das equipes de saúde da família?

Quais os fatores intervenientes (facilidades e/ou dificuldades) encontrados pela equipe de saúde da família para desenvolver atividades de promoção da saúde?

Estes questionamentos serão de grande utilidade para provocar uma reflexão em busca de respostas para implementar, avaliar, inserir e intervir em ações futuras e que certamente, poderão, ainda, contribuir para outras equipes envolvidas com a ESF em diversas regiões do Brasil.

Com o propósito de melhor compreender a promoção da saúde dentro da ESF e a complexa situação da saúde no Brasil, percebemos que vários esforços se acumulam para a melhoria dos indicadores de saúde e qualidade de vida. Nessa perspectiva, é fundamental capacitar os profissionais das equipes de saúde da família para uma abordagem crítica da saúde individual, familiar e coletiva, buscando reconstruir as práticas, a partir de estratégias efetivas de promoção da saúde, prevenção de doenças e recuperação da saúde, sempre levando em consideração as características individuais e específicas da diversidade loco-regional do país.

Sabemos que é através do perfil desejado e da experiência subjetiva: saber-ser / saber-pensar / saber-conviver / saber-fazer, que buscamos aprimoramento das competências.

O modelo do Programa Saúde da Família (PSF) foi implantado em 1994, para funcionar com base numa visão da totalidade do processo de trabalho em saúde, o qual deve ser desenvolvido por todos os componentes das equipes. Sendo assim, exige adequação, sistematização e aplicação do perfil profissional para nortear as exigências do modelo proposto. Nessa nova visão, torna-se importante uma identificação das equipes com o programa e a disponibilidade para promover ações que garantam qualidade técnica, entendimento e sensibilidade para as dificuldades da saúde da população nos seus aspectos biopsicossociais, ambientais e espirituais que interferem no processo de adoecer.

A humanização do conhecimento, na prática das ações, faz-se necessária para o cumprimento do modelo, exigindo uma mudança de paradigma no perfil profissional. Uma das linhas mestras do programa entende que exercer consciência, educação e cidadania nas ações em saúde eleva a auto-estima, promovendo transformações que resultam na promoção da saúde e na prevenção de doenças.

Posteriormente, o PSF vai ganhando notoriedade e amplia seu universo de atuação, onde o MS analisa e reconhece que a denominação PSF, denota um reducionismo em relação à magnitude da sua proposta e passa a utilizar o termo ESF, por ser mais amplo e abrangente na sua perspectiva.

A ESF propõe a reorganização do modelo de atenção à saúde, ou seja, a reorientação do modelo vigente, sintonizada com os princípios do Sistema Único de Saúde (SUS), com novas práticas de atenção à saúde e afirmando a indissociabilidade entre o atendimento assistencial e a promoção da saúde. (FEUWERKER e ALMEIDA, 2000)

Com isso, a ESF visa à mudança do modelo tradicional de atenção à saúde, apontando para uma atenção integral e de fácil acesso aos usuários com organização voltada para:

*a definição territorial e populacional prévia que permite uma melhor Vigilância da Saúde tanto a nível individual, quanto coletivo da área adscrita a uma Unidade de Saúde da Família (USF), devido à formação de vínculos e participação ativa dos mais variados atores sociais e da Equipe de Saúde. (BRASIL, 2000, p. 20)*

A ESF, calcada no modelo da atenção básica à saúde permite o desenvolvimento de ações voltadas à promoção da saúde, já que essa propõe a definição do território onde as ações devem estar voltadas à integralidade e à vigilância da saúde daquela comunidade, bem como o estabelecimento de vínculo, acolhimento, cuidado e resolubilidade dos problemas de saúde no

contexto amplo do processo saúde-doença, garantindo a participação da comunidade no controle social<sup>1</sup> e no planejamento das ações.

O processo de implantação/implementação da ESF e do Programa de Agente Comunitário de Saúde (PACS) do município de Teresópolis-RJ é de apenas oito anos. Tem buscado priorizar como proposta no seu processo de trabalho uma ação ampla, dinâmica e de construção do monitoramento do processo de trabalho bastante diversificado em diferentes contextos, originando interações, experiências e propostas de aprendizados compreensivos, procurando um entendimento da interação entre o sujeito e a realidade que o envolve.

Segundo Lalonde, em seu relatório de 1974, já trazia o entendimento que a saúde perpassa por determinações sociais, econômicas, políticas e culturais mais amplas do que simplesmente a herança genética, a biologia humana e os fatores ambientais mais imediatos. Complementa esse enfoque que de fato, bases mais sólidas de evidências foram demonstrando que existe uma forte relação entre os estilos de vida das pessoas, sua posição social e econômica, suas condições de vida e seu desenvolvimento de modos e formas que podem vir a modificar esses determinantes estruturais e pessoais da saúde (BUSS apud CZERESNIA, Dina, 2003, p. 36).

No entanto, torna-se importante ressaltar que a promoção da saúde surge como um conceito que se apresenta desde 1986 quando ocorre a primeira Conferência Internacional sobre Promoção da Saúde, realizada em Ottawa, Canadá, que a define como:

*nome dado ao processo de capacitação da comunidade para atuar na melhoria de sua qualidade de vida e saúde, incluindo uma maior participação no controle deste processo. 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. (BRASIL, 2000, p. 19).*

Para atingir o propósito da promoção da saúde, faz-se necessário não dissociar educação e mudança social, porque estão intimamente inter-relacionados. A educação na perspectiva da promoção permite aos indivíduos uma leitura de (re)significação do processo saúde-doença e uma participação mais consciente da necessidade de transformação dessa

---

<sup>1</sup> Na IX Conferência Nacional de Saúde, foi definido que o controle social é a capacidade que tem a sociedade organizada de intervir nas políticas públicas, interagindo com o Estado para o estabelecimento de suas necessidades e interesses na definição das prioridades e metas dos planos de saúde. (BRASIL, 1992). Da mesma forma, Carvalho (1995) define que o controle social é entendido como a tentativa de se estabelecer uma relação nova entre o Estado e a sociedade, possibilitando maior abertura do Estado, para que a sociedade participe das decisões de interesse comum.

realidade social a partir da reflexão dos campos e das práticas desenvolvidas para a promoção da saúde.

Nesse sentido, uma investigação no campo da ESF justifica-se à medida que as atividades de promoção da saúde devem ser compreendidas pelos componentes da equipe de saúde da família como momento de emancipação, desenvolvimento, crescimento, diminuição das desigualdades e melhoria da qualidade de vida da sociedade, levando os usuários à reflexão de suas necessidades e potencialidades, num processo dinâmico de mobilização e busca da participação social.

A relevância do estudo deu-se a partir da oportunidade de refletir sobre a concepção de promoção da saúde e discutir as atividades desenvolvidas pelas equipes, que buscam concretizar no processo de trabalho os princípios e diretrizes da ESF. E esperamos que contribua, também, com a formação de discentes que participam do trabalho das equipes de saúde da família, além de possibilitar o engajamento da sociedade no processo de mudança coletiva e *empoderamento*<sup>2</sup>, também entendido como fortalecimento da sociedade.

Definimos como **objeto** do presente estudo, as atividades de promoção da saúde desenvolvidas pelas duas equipes da ESF, no município de Teresópolis.

Para atingir o propósito acima, definimos como **objetivos do estudo**:

**Analisar a concepção** de promoção da saúde dos membros de duas equipes da ESF e as atividades desenvolvidas no cotidiano do trabalho, no município de Teresópolis; para tanto torna-se necessário **discutir o saber-fazer** atividades de promoção da saúde das duas equipes de saúde da família, no município de Teresópolis e **identificar os fatores intervenientes** das duas equipes de saúde da família no desenvolvimento de atividades de promoção da saúde, no município de Teresópolis.

Trata-se de uma pesquisa qualitativa, orientada na análise de conteúdo descrita por Bardin (1977), que trará uma reflexão profunda da maneira como os diversos profissionais atuantes nas equipes interagem com a promoção da saúde e se vêem como um agente de transformação nesse processo dinâmico de aprender-aprender.

No entanto, apresentamos o primeiro capítulo o qual versará acerca da promoção da saúde no cenário internacional, onde traz uma reflexão e discussão dos fatores conceituais e seus interesses para o foco da promoção da saúde. No segundo capítulo, apresentaremos a

---

<sup>2</sup> *Empowerment* também denominado como empoderamento é a capacidade que as pessoas e os grupos adquirem para tornarem-se mais confiantes, com mais força e possam decidir e lutar pelo que desejam. (SILVA e DALMASO, 2002)

conjuntura do sistema de saúde brasileiro na perspectiva do tema em questão e dos marcos que nortearam a implantação do Sistema Único de Saúde (SUS), do PACS e do PSF, posteriormente a ESF. No terceiro, discutiremos acerca da promoção da saúde na ESF no município de Teresópolis, no quarto apresentaremos o caminho metodológico e, posteriormente faremos uma análise e discussão do trabalho de investigação que nos permitiram tecer algumas considerações que encerram esta iniciativa desafiante e desafiadora de entender melhor o saber-fazer promoção da saúde no cotidiano das práticas das equipes da ESF no município de Teresópolis.

## Capítulo 1 - A Promoção da Saúde no Cenário Internacional

A discussão acerca da promoção da saúde torna-se mais vigorosa nos últimos 30 anos nos países desenvolvidos, particularmente no Canadá, Estados Unidos e países da Europa Ocidental.

A promoção da saúde e a prevenção de doenças são estratégias complementares, desenvolvidas por profissionais de saúde, principalmente aqueles que atuam na atenção básica. Estas por sua vez, são utilizadas para o alcance de objetivos distintos, pois a promoção da saúde vai além da prevenção de doenças.

Essa mudança paradigmática traz muitos questionamentos, pois na formulação de Leavell e Clark (1976) a promoção da saúde foi entendida como um subconjunto da prevenção de doenças. Nesse modelo, o processo saúde-doença era explicado pelas relações mútuas entre os organismos vivos e o meio ambiente, estabelecendo a identificação de três diferentes níveis de prevenção: **a prevenção primária**, que corresponde ao nível pré-patogênico da enfermidade, onde são aplicadas medidas de promoção da saúde e de proteção específica às doenças; **a prevenção secundária**, que se refere ao período patogênico onde o diagnóstico e tratamento precoces são utilizados como medidas para impedir que a doença já estabelecida evolua e **a prevenção terciária**, que é utilizada para efeitos de reabilitação dos clientes. (LOPES, 2000, p. 25).

Lefevre (2004, p. 37) diferencia promoção da saúde da prevenção de doenças por ser:

*uma intervenção ou conjunto de intervenções que, diferentemente da prevenção, teria como horizonte ou meta ideal a eliminação permanente, ou pelo menos duradoura, da doença porque buscaria atingir suas causas mais básicas, e não apenas evitar que as doenças se manifestem nos indivíduos e nas coletividades de indivíduos.*

Destaca Lefevre (2004, p. 38-39) de forma mais esclarecedora dois pressupostos referentes à prevenção de doenças e promoção da saúde. Nesse sentido, optamos por construir um quadro comparativo, a partir da contextualização deste autor, para melhor compreensão do

leitor acerca dos conceitos e significados referentes às duas questões que se diferenciam, porém se complementam em vários momentos.

**Quadro 1: Prevenção de Doenças e Promoção da Saúde: Uma reflexão do ponto de vista conceitual.**

<b>Estratégias curativa e preventiva de enfrentar a doença e obter a saúde</b>	<b>Estratégias de Promoção da Saúde</b>
As doenças sempre existiram e sempre existirão;	As doenças sempre existiram e algumas doenças, provavelmente, continuarão existindo para sempre. Muitas doenças podem deixar de existir ou terem seus efeitos minimizados para sempre;
As doenças são estados alterados ou carenciais dos organismos humanos. Os estados carenciais e desequilibrados do organismo humano devem ser enfrentados por técnicos em doenças, que são os profissionais de saúde;	Muitas doenças são estados alterados ou “carenciais” do organismo humano que têm como causas, evitáveis, comportamentos inadequados do ser humano e/ ou erros, desajustes, desequilíbrios, na biologia do ser humano, no ambiente natural e no meio ambiente social onde estes indivíduos vivem;
Os profissionais de saúde devem enfrentar as doenças nos indivíduos, ou evitar que estas doenças atinjam os indivíduos, usando máquinas, produtos e serviços baseados na ciência e na tecnologia. Com base em ensinamentos destes profissionais, os indivíduos leigos devem se comportar de modo a evitar a presença da doença em seus organismos;	Doenças podem ser enfrentadas pelos indivíduos com vistas à sua erradicação, com base em mudança de comportamentos e informações técnicas quando estes indivíduos adotam, voluntariamente, um estilo de vida saudável;
Para ter saúde, reobter saúde e se proteger das doenças é preciso consumir produtos e serviços que ofereçam saúde e proteção contra as doenças.	Doenças podem ser enfrentadas, com vistas à sua erradicação, por intervenções ou conjuntos de intervenções de natureza médico-sanitária ou extra-sanitária, isto é, política, administrativa, gerencial, urbanística, educacional, informativa, etc. (tendo sempre, neste caso, o setor saúde como indispensável retaguarda técnica), nos organismos humanos, no meio ambiente natural e no meio social visando atingir as causas mais básicas das doenças.

**Fonte:** LEFEVRE (2004)

Pensamos que trabalhar prioritariamente a promoção da saúde, significa uma possibilidade de (trans)formação do modo de conceber e praticar saúde, ou seja, de forma idealizada num mundo sem doenças ou, pelo menos pessoas e sociedade menos doentes.

A promoção da saúde, conforme apontado por Mendes (1996), permite uma percepção ampliada, integrada, intersetorial, complexa, relacionando saúde a meio ambiente,

ao modo de produção, estilo de vida, educação, cultura, moradia, segurança e outros. Fato este que, para conseguirmos dar conta dos problemas de saúde devemos perceber seus fatores determinantes e causais muitas vezes resultantes de condições largamente extra-sanitárias.

Enfim, apresentaremos a continuação de aspectos que contribuirão com a nossa reflexão e com o entendimento da organização de outras perspectivas culturais e as diversas relações sociais que deram visibilidade à promoção da saúde. As bases conceituais e políticas contemporâneas da promoção da saúde tiveram como marco as Conferências Internacionais relacionadas ao tema, realizadas em Ottawa (Canadá), Adelaide (Austrália), Sundsvall (Suécia), Bogotá (Colômbia), Jacarta (Indonésia), México (México) e Bangkok (Tailândia).

Neste momento, daremos um destaque às principais conclusões e proposições das sete conferências voltadas ao tema da promoção da saúde. Começando pela Declaração de Alma-Ata que discute os cuidados básicos de saúde, a fim de ressaltar a importância desses.

### **1.1. Declaração de Alma – Ata**

A Conferência Internacional sobre cuidados primários de saúde, realizada em Alma-Ata (URSS) no ano de 1978, expressou a necessidade de todos os governos, trabalhadores da saúde, do desenvolvimento e da comunidade mundial estarem preocupados em estabelecer estratégias para promover saúde para todos os povos do mundo. A Declaração de Alma-Ata, reafirma que a saúde é um direito humano fundamental, e que o maior nível possível de saúde é a meta social mais importante, requerendo ação de outros setores sociais e econômicos, além do setor saúde. (BRASIL, 2002).

A Declaração de Alma-Ata realça, também, que, a promoção e a proteção da saúde dos povos são essenciais para o contínuo desenvolvimento econômico e social e contribui para a melhor qualidade de vida e para a paz mundial. Apresenta referências quanto ao direito e dever da participação da comunidade de forma individual e coletiva, no planejamento e na execução dos seus cuidados de saúde. Destaca considerações sobre os cuidados básicos de saúde, sendo que estes devem constituir a chave que permitirá que todos os povos do mundo atinjam um nível de saúde que lhes permitam levar uma vida social e economicamente produtiva, pois constitui o primeiro nível de contato dos indivíduos, da família e da comunidade ao sistema de saúde, proporcionando garantia do acesso o mais próximo possível dos lugares onde as pessoas vivem e trabalham.

Vimos que essa aproximação com os cidadãos e a sociedade, deve-se ter em vista os principais problemas de saúde da comunidade, proporcionando serviços de proteção, prevenção, cura e reabilitação, conforme suas necessidades locais (BRASIL, 2002). E que a Declaração de Alma-Ata aponta para a importância da participação da comunidade no desenvolvimento dos cuidados de saúde e sua co-responsabilidade na busca de melhores condições de vida e saúde. Essa Conferência demonstra, também, que o processo saúde-doença não é somente a ausência de doença, mas também um completo bem-estar físico, mental e social do indivíduo. Leva-nos a pensar que a promoção da saúde na sua plenitude seria a “promoção da qualidade de vida”.

## 1.2. Carta de Ottawa

A I Conferência Internacional de Promoção da Saúde, realizada em Ottawa, Canadá, em 1986, é considerada o grande marco para a promoção da saúde, pois emite sua Carta de Intenções dirigida à execução do objetivo de atingir Saúde para Todos no Ano 2000 e anos subsequentes. (BRASIL, 2002). As discussões dessa Conferência foram norteadas pelos avanços obtidos com a Declaração de Alma Ata, frente a uma resposta crescente demandada por uma nova concepção de saúde pública no mundo. Embora as discussões estivessem centradas nas necessidades dos países industrializados, foram levados em conta os problemas que atingem as demais regiões.

A promoção da saúde foi definida nesta Conferência como:

*o nome dado ao processo de capacitação da comunidade para atuar na melhoria de sua qualidade de vida e saúde, incluindo uma maior participação no controle deste processo. 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. (BRASIL, 2002, p. 19)*

Sendo assim, a saúde passa a ser entendida como uma condição para a vida humana, constituindo-se num conceito positivo quando se acentua os recursos sociais e pessoais, bem como as aptidões humanas.

Nessa mesma época no Brasil, buscava-se garantir o direito de participação da população nos cenários de discussão das políticas de saúde, especificamente nas Conferências Nacionais de Saúde (CNS). Espaço este, garantido a partir da VIII CNS (1986) onde a

população usuária dos serviços de saúde, por meio de suas associações ou grupos comunitários organizados, teve sua representação legitimada nas CNS subsequentes, levando em consideração as demandas de transformação nas políticas sociais relativas à condição de saúde da população.

A década de 80, do século passado, no Brasil, foi marcada por uma emergente necessidade de se discutir as mudanças no sistema social. A sociedade foi invadida pela incorporação abrupta de novas tecnologias, surgindo a demanda para a informação, consumo e conhecimento. Foi um período que se caracterizou por um processo crescente de diferenciação, onde as fronteiras da vida foram minimizadas, eclodindo assim, a totalidade social. Mudam-se retóricas nas manifestações de lutas de classe e começam a surgir movimentos sociais mais organizados, democráticos e participativos. Essa realidade foi marcada por movimentos sociais com novos atores, como: *gays/lésbicas*, ambientalistas, idosos, mulheres, entre outros.

A partir dessa década a sociedade civil brasileira começou perceber que a saúde é um direito de cidadania, levando o Estado a adotar políticas em direção a essa nova concepção.

Foram definidos na I Conferência Internacional sobre promoção da saúde os pré-requisitos para a saúde: a paz, a educação, a moradia, a alimentação, a renda, um ecossistema estável, recursos sustentáveis, justiça social e equidade. A melhoria da saúde requer, necessariamente, estes pré-requisitos.

As três “estratégias fundamentais” da promoção da saúde, segundo a Carta de Ottawa são:

✓ Defesa de causa (*advocacy*): A defesa da saúde consiste em exigir que os fatores políticos, econômicos, sociais, culturais, ambientais, comportamentais e biológicos sejam favoráveis ao maior recurso para o desenvolvimento e, é a saúde na dimensão da qualidade de vida. Podemos inserir como aliado nessa questão o papel da mídia e dos meios de comunicação, como influenciadores do comportamento e do modo de viver à vida por parte dos indivíduos da sociedade.

✓ Capacitação individual e social para a saúde (*empowerment*): A capacitação proporciona as pessoas conhecerem os meios para a promoção da saúde que consiste em alcançar a equidade. Conscientização é fundamental nessa trajetória. Essas ações objetivam reduzir as diferenças no estado de saúde das pessoas e assegurar oportunidades e recursos igualitários para capacitá-las a explorarem completamente o seu potencial criativo para a saúde. Para isso, torna-se necessário uma base sólida em um meio que a apóie: ambientes

favoráveis, acesso à informação, a experiência e habilidades na vida, bem como oportunidades que permitam fazer escolhas por uma vida mais saudável. A saúde não pode ser totalmente conquistada se as pessoas não forem capazes de assumir o controle dos determinantes dela. (BRASIL, 2000)

✓ Mediação entre os diversos setores envolvidos (intersectorialidade): É importante perceber a mediação como forma de interação entre os diversos segmentos, esse papel não é exclusivo do setor saúde. Mas estimular uma consciência ampliada entre os profissionais de saúde pode possibilitar uma maior responsabilidade nessa mediação.

A promoção da saúde pode ser edificada a partir de uma ação coordenada de todos os possíveis atores envolvidos, como: governo, setor saúde e outros setores sociais e econômicos, organizações voluntárias e não-governamentais, autoridades locais, indústria e mídia, bem como quando esses atores se perceberem enquanto indivíduos, famílias e comunidades.

As estratégias e programas na área da promoção da saúde devem adequar-se às necessidades locais e possibilidades de cada país e região, levando em consideração os aspectos sociais, culturais e econômicos.

A Carta de Ottawa propõe cinco campos de ação:

✓ A construção de políticas públicas saudáveis: dispõe a promoção da saúde como uma “agenda de prioridades dos políticos e dirigentes em todos os níveis e setores, chamando-lhes a atenção para as conseqüências que suas decisões podem ocasionar no campo da saúde e a aceitarem suas responsabilidades políticas com a saúde”. (BRASIL, 2000, p.22). As políticas públicas saudáveis se expressam por diversas abordagens complementares, incluem legislação, medidas fiscais, taxações e mudanças organizacionais. Descreve que a política de promoção da saúde seja uma ação coordenada que aponte para a equidade em saúde, distribuição mais equitativa da renda e políticas sociais, identificando e superando obstáculos para a adoção de políticas públicas saudáveis nos setores que não estão diretamente ligados à saúde, mas que garantam o compromisso com o impacto de tais políticas sobre a saúde da população.

✓ A criação de ambientes favoráveis: implica no reconhecimento da complexidade da sociedade e a necessidade de uma interdependência entre a população e seu meio ambiente. A preservação do meio ambiente e a conservação dos recursos naturais devem fazer parte de qualquer estratégia de promoção da saúde, visto a importância de se reconhecer os impactos que o meio ambiente produz sobre a saúde.

✓ A relevância da ação comunitária para o desenvolvimento de ações concretas e efetivas: valoriza a participação popular no estabelecimento de prioridades, tomada de decisões e definição de estratégias para o alcance de melhores condições de saúde, essa ação está relacionada ao processo de mobilização coletiva. Ou seja, a participação da comunidade em direção aos assuntos de saúde, deve estar pautada no acesso à informação, às oportunidades de aprendizado para os assuntos de saúde, bem como adequado e contínuo apoio financeiro.

Esse campo, busca a articulação de saberes através da construção compartilhada de conhecimento, originando o “terceiro conhecimento” (conhecimento prévio do profissional, do usuário/coletivo e o novo conhecimento construído). Assim, a aquisição de poder técnico e consciência política para atuar em prol da saúde é o conceito de *empowerment* comunitário. (CZERESNIA e FREITAS, 2004)

✓ O desenvolvimento de habilidades pessoais: encontra-se dentre um dos campos de ação da promoção da saúde tanto a nível individual, quanto coletivo. Para isto, torna-se imprescindível a divulgação de informação, educação para a saúde e intensificação das habilidades vitais. É o momento de destaque da educação em saúde em diversos setores da sociedade, como: nas escolas, nos domicílios, nos locais de trabalho e em outros espaços comunitários, principalmente, na aquisição de conhecimentos e de consciência crítica (*empowerment*) no plano individual. (CZERESNIA e FREITAS, 2004)

✓ Reorientação dos serviços de saúde na concepção da promoção da saúde: é para além do provimento de serviços assistenciais e de urgência. Serviços voltados para a integralidade do sujeito devem estar disponíveis para os mesmos, respeitando todos os aspectos que envolvem cada cidadão dentro do seu meio, suas necessidades individuais e comunitárias para uma vida mais saudável com a abertura de canais entre o setor saúde e os setores sociais, políticos, econômicos e ambientais.

Para impulsionar essas ações e buscar alternativas para o seu desenvolvimento, precisamos desenvolver e implementar propostas que se desloquem através de todas essas ações, sabendo que isso não é uma força estática, mas transformada e transformadora.

A Carta de Ottawa tem sido a principal referência da promoção da saúde, pois reafirma que a saúde é adquirida junto aos recursos da própria comunidade, num local onde esses atores possam trabalhar, viver e ter o seu lazer. Para isso, a importância da participação desses atores sociais nas ações de planejamento, execução e avaliação voltadas para a promoção da saúde, onde estas atendam as reais necessidades individuais e da população.

Sabemos que a participação social deve ser de forma organizada e legitimada, por meio dos Conselhos Locais de Saúde, Conselhos Gestores, Conselho Municipal de Saúde entre outros. É importante ressaltar, que a preservação desses ideais deveria apresentar alternativas de desenvolvimento que dependam da mobilização social, ou seja, uma montagem coletiva de oportunidades redistribuídas com movimentos e organizações de todo tipo, procurando um desenvolvimento alternativo e de oportunidades a todos os sujeitos em questão.

### **1.3. Declaração de Adelaide**

A II Conferência Internacional sobre Promoção da Saúde e a Declaração de Adelaide, realizada em 1988 na Austrália, considera todas as cinco linhas de ação apresentadas na Carta de Ottawa, porém elege que as políticas públicas saudáveis são condições para que as demais ações possam ser conquistadas. Enuncia que as políticas públicas saudáveis “caracterizam-se pelo interesse e preocupação explícitos de todas as áreas das políticas públicas em relação à saúde e à equidade, e pelos compromissos com o impacto de tais políticas sobre a saúde da população”. (BRASIL, 2002, p. 35)

Nesta Conferência foi reafirmado que a saúde é um direito humano fundamental, devendo os governos assumir investimentos que assegurem o desenvolvimento de políticas públicas saudáveis e estratégias para promoção da saúde, garantindo o acesso da população à satisfação das necessidades que vão de encontro a uma vida saudável. Ela destaca também, que as desigualdades sociais existentes fazem com que se estabeleça a criação de acesso facilitado para aquelas pessoas em desvantagem social e educacional que se apresentam mais desprivilegiadas e vulneráveis aos problemas de saúde.

A Declaração de Adelaide afirma, também, que devido ao fosso existente entre os países quanto ao nível de saúde, os países desenvolvidos têm a obrigação de assegurar que suas próprias políticas públicas tenham impacto positivo na saúde das nações em desenvolvimento.

Nesta Declaração o discurso da intersetorialidade é destacado para atuar na melhoria da saúde da população.

Ela identifica quatro áreas prioritárias para promover ações imediatas em políticas públicas saudáveis:

✓ Apoio à saúde da mulher - assegura os direitos de escolha da sua saúde e a participação na formulação de políticas públicas voltadas à saúde. Destaca os pontos do movimento que deverão ser respeitados e priorizados nas políticas públicas voltadas à saúde da mulher, dentre eles: igualdade de direitos na divisão do trabalho, práticas de parto de acordo com sua preferência e necessidade, mecanismo de apoio à mulher trabalhadora.

✓ Alimentação e nutrição – a elaboração das políticas públicas saudáveis que visam a eliminação da fome e da má nutrição, enfatizando a importância de se garantir alimentação de qualidade e quantidade suficiente para escolas, abrigos, hospitais e locais de trabalho.

✓ Tabaco e álcool – nesta Conferência já se evidenciava o elevado risco de doenças e mortes pelo uso do fumo e do álcool. A formulação de políticas públicas sociais voltadas para a redução da produção de tabaco, com incentivos a culturas agrícolas alternativas e comprometidas com a redução do nível de distribuição de álcool para a população.

✓ Criação de ambientes saudáveis – preconiza-se a criação de políticas que assegurem a preservação dos recursos naturais, no nível global, regional e local, principalmente quando se tratar de decisões que levem em conta a saúde.

Podemos considerar que durante a década de 80 o Brasil apresentava, em termos políticos, um esforço para a criação de um Estado democrático, após vivenciar duas décadas de ditadura. Em seu estudo sobre política estrutural de combate à pobreza no Brasil, Nery (2000) afirma que “o Brasil é um caso importante para se estudar a pobreza, não somente porque possui uma grande parte da população pobre da América Latina, mas também porque apresenta um grande potencial para erradicar a pobreza”. Por outro lado, também, devido às instabilidades anteriores o Brasil tem avançado de maneira tênue, combinando políticas compensatórias com estruturais.

Sabemos que precisamos atuar em horizontes temporais mais elásticos, cabe antes, lembrar, que um futuro digno será inatingível para aqueles que não conseguem hoje garantir padrões de vida mínimos.

No Brasil, a expectativa da IX CNS em 1992 de reafirmar as conquistas democráticas da VIII Conferência em relação à proposta de mudança político-institucional, conhecida por Reforma Sanitária, visava à socialização da saúde, ou seja, sua transformação em dimensão social de cidadania.

Mas vale lembrar que em 1990 tivemos o início do governo Collor e a implementação de um modelo econômico neoliberal. Passando a acontecer um desmonte e

sucateamento do aparato estatal, dos serviços tradicionalmente públicos garantidos na Constituição Federal de 1988, tanto no setor saúde, quanto educação e outros setores; em outras palavras: o Brasil passou a conviver com a figura do “Estado Mínimo”.

Como regra histórica desse embrolho social da sociedade brasileira, apareceu a necessidade de acudir populações enormes/indigentes pela via da assistência e de inserção no mercado de trabalho, tendo como desafio gestar sociedade capaz de garantir direitos e de exercer o devido controle democrático sobre as políticas públicas e o Estado. (DEMO, 2000)

#### **1.4. Declaração de Sundsvall**

A III Conferência Internacional de Promoção da Saúde e a Declaração de Sundsvall, realizada em 1991 na Suécia, foi a primeira a enfatizar a interdependência entre saúde e ambiente. Essa conferência destaca a importância de se atingir maior justiça social em saúde e a preocupação com o crescimento desordenado da população, acarretando condições que agravam o nível mundial da saúde.

A criação de um ambiente saudável é uma iniciativa nessa conferência que reúne as pessoas da comunidade, as organizações e os governos, incentivando a que em todas as partes do mundo haja um engajamento ativo para o desenvolvimento de ambientes físicos, sociais, espirituais, econômicos e políticos mais favoráveis à saúde.

São destacados quatro aspectos na conferência para um ambiente favorável e promotor da saúde:

✓ Dimensão social – reconhece que a cultura e os processos sociais afetam a saúde, alertando para as mudanças que estão ocorrendo nas relações sociais tradicionais e de que forma essas mudanças podem ameaçar a saúde.

✓ Dimensão política – requer dos governos garantia da participação democrática nos processos de decisão e a descentralização dos recursos e das responsabilidades. Aponta para o reconhecimento do compromisso com os direitos humanos, com a paz e com a realocação de recursos oriundos da corrida armamentista, sendo esse último destaque na conferência.

As propostas de ordem política têm como pano de fundo a radical mudança que o mundo estava vivendo no final da década de 80 e início da década de 90 do século passado, tais como: queda do muro de Berlim, desaparecimento da União das Repúblicas Socialistas

Soviéticas, o esgotamento do modelo comunista das Repúblicas do leste europeu e finalmente o término da Guerra Fria.

- ✓ Dimensão econômica – requer o reescalonamento dos recursos para a saúde e o desenvolvimento sustentável.

- ✓ A necessidade de reconhecer e utilizar a capacidade e o conhecimento da mulher em todos os setores.

A Conferência de Sundsvall acredita que as políticas que buscam um desenvolvimento sustentável devem estar sujeitas as novas formas e processos de prestação de contas, de forma a garantir uma distribuição mais equitativa de recursos e responsabilidades, levando em conta a interdependência de todos os seres vivos, o gerenciamento dos recursos naturais e as necessidades das futuras gerações. Estes tipos de propostas evidenciam uma clara preocupação com as questões ambientais, refletindo a constatação de um crescente esgotamento dos recursos naturais não renováveis.

Quatro estratégias fundamentais são identificadas nessa conferência para a atenção básica à saúde, visando promover a criação de ambientes favoráveis no nível da comunidade:

- ✓ Defender a proposta por meio de ações comunitárias, principalmente pela organização dos grupos pelas mulheres.

- ✓ Capacitar a comunidade e indivíduos para possibilitar maior controle sobre sua saúde e o ambiente.

- ✓ Construir alianças para a saúde e os ambientes favoráveis.

- ✓ Mediar os interesses conflitantes na sociedade, para assegurar o acesso igualitário aos ambientes favoráveis à saúde.

O desenvolvimento implica na melhoria da qualidade de vida e nesta conferência destaca o respeito às peculiaridades dos povos indígenas, assim como a contribuição que podem oferecer na questão ambiental, pela relação que mantêm com o ambiente.

## **1.5. Carta de Bogotá**

Foi realizada com o patrocínio do Ministério da Saúde da Colômbia e da Organização Pan-Americana de Saúde (OPS), em Santafé de Bogotá em 1992.

Teve como objetivo definir o significado da promoção da saúde na América Latina e debater princípios, estratégias e compromissos relacionados com o sucesso da saúde da população da Região.

A declaração elaborada e adotada pela Conferência, responde aos problemas específicos das nações latino-americanas, incorporando os resultados e experiências de outras reuniões internacionais sobre promoção da saúde.

Estabelece como compromissos:

- ✓ O direito e o respeito à vida e à paz;
- ✓ Impulsionar o conceito de saúde condicionada por fatores políticos, econômicos, sociais, culturais, ambientais, de conduta e biológicos, sendo a promoção da saúde estratégia para modificar esses condicionantes;
- ✓ Incentivar políticas públicas que garantam a equidade e favoreçam a criação de ambientes e opções saudáveis;
- ✓ Fortalecer a capacidade da população nas tomadas de decisões que afetem sua vida e para optar por estilos de vida saudáveis;
- ✓ Fortalecer a capacidade convocatória do setor de saúde para mobilizar recursos para a produção social da saúde, estabelecendo responsabilidades de ação nos diferentes setores sociais e seus efeitos sobre a saúde e outros.

## **1.6. Declaração de Jacarta**

A IV Conferência Internacional de Promoção da Saúde, realizada em Jacarta na Indonésia no ano de 1997, discutiu a promoção da saúde no século XXI. Foi a primeira a incluir o setor privado no apoio à promoção da saúde.

A Conferência pretendeu resgatar discussão acerca da ação da comunidade, definida na Carta de Ottawa. Em Brasil (2002, p. 50) destaca que:

*os fatores transacionais também representam significativo impacto para a saúde. Incluem-se entre estes a integração da economia global, os mercados financeiros e o comércio, o acesso aos meios de comunicação de massa e à tecnologia de comunicações, bem como a degradação ambiental devida ao uso irresponsável dos recursos.*

A conferência estabelece cinco prioridades para a promoção da saúde no século XXI:

- ✓ Promover a responsabilidade social para com a saúde.
- ✓ Aumentar os investimentos para fomentar a saúde.
- ✓ Consolidar e expandir parcerias em prol da saúde.

- ✓ Aumentar a capacidade comunitária e dar direito de voz ao indivíduo.
- ✓ Conseguir uma infra-estrutura para a promoção da saúde.

Esta é a primeira conferência que tem uma clara e justificada preocupação com a aproximação de um novo século (XXI), tornando-se necessária uma reflexão profunda no que diz respeito a essas prioridades apresentadas na Declaração de Jacarta. Para isso, a eficácia da promoção da saúde vai depender da elaboração de um projeto consistente, antecedido de um amplo debate na sociedade sobre o SUS que queremos, sem deixar de considerar a necessidade de uma constante avaliação. Estaríamos de fato em um Sistema de Saúde que teria a Atenção Básica como porta de entrada?

### **1.7. Declaração do México**

Na V conferência Internacional sobre Promoção da Saúde, realizada na Cidade do México, México, em 2000 discutiu-se a implementação das ações de promoção da saúde a serem realizadas.

Ficou reconhecido nessa Conferência que um melhor nível de saúde é elemento positivo para o aproveitamento da vida e para o desenvolvimento social, econômico e a equidade. A promoção da saúde e do desenvolvimento social é um dever e responsabilidade dos governos, juntamente com a sociedade. Destacamos a necessidade de estabelecer estratégias eficazes na busca pela promoção da saúde. Enfim, conclui que “a promoção da saúde deve ser um componente fundamental das políticas e programas públicos em todos os países na busca de equidade e melhor saúde para todos”. (BRASIL, 2002, p. 30)

Entretanto, podemos perceber que enquanto vários países do mundo discutiam a adoção de políticas voltadas à qualidade de vida da população, no Brasil vivíamos a transição de um regime ditatorial para uma situação de estabilidade democrática que pretendia superar problemas sociais e políticos herdados de um passado secular. As grandes dificuldades, como nos parecem até os dias atuais, são o confronto de interesses desde o campo macropolítico (Ministérios e Congresso), como no micropolítico (hospitais, indústrias de equipamentos hospitalares e farmacêuticas, unidades de saúde, ambulatórios e até mesmo profissionais de saúde).

Sabemos, ainda, da dificuldade de acesso de um grande número de usuários do SUS, notadamente aos serviços de saúde de maior complexidade e de elevado custo, cabendo ressaltar que somente 1/4 da população brasileira têm acesso aos serviços privados de saúde.

(BRASIL, 2006) Podemos afirmar que se o SUS atingiu plenamente a universalidade, ainda está distante alcançarmos equidade.

Há que se reconhecer o grande avanço nesse período no cenário brasileiro, referente à tomada de consciência da sociedade civil e a participação desta nos serviços de saúde, que fica evidenciado pelos progressos constatados na área do controle social, que está assegurado, de forma legal, pela Lei Orgânica da Saúde.

### **1.8. Carta de Bangkok para a Promoção da Saúde num Mundo Globalizado**

A VI Conferência Global de Promoção da Saúde realizada em Bangkok, Tailândia, em agosto de 2005, promoveu uma ampla discussão do contexto atual e suas repercussões para a saúde apontando como necessidade o avanço das ações e compromissos para a melhoria da saúde, reafirmando as ações sobre os determinantes da saúde. Realizou-se em um país que guarda semelhanças com o Brasil, principalmente no aspecto das desigualdades sociais e tratou de quatro principais temas: o contexto atual, a globalização, a sustentabilidade e as parcerias.

A Carta de Bangkok (CB) identifica ações, compromissos e garantias requeridos para atingir os determinantes de saúde no mundo globalizado por meio da promoção da saúde. Afirma que as políticas e parcerias para o *empoderamento* das comunidades e para a melhoria da saúde, e da equidade em saúde, deveriam ser situadas no centro do desenvolvimento global e nacional.

Frente às intenções propostas na CB, ao pensarmos a globalização diante de tantas desigualdades e ausência de atendimento às necessidades básicas do cidadão, podemos pensá-la como potencializadora de conflitos sociais ou acreditá-la como oportunidade que deve ser exercitada continuamente pelos atores da promoção da saúde como contraponto para as potencialidades que o mundo contemporâneo exige, como: o acesso e a troca rápida às informações (tecnologias); universalização dos novos movimentos sociais, como podemos lembrar: o feminista, ambiental, homossexual e outros, o que permite a atuação em termos de governança local, nacional e global e fortalecendo a *advocacy* por direitos e por políticas públicas saudáveis e equânimes.

A CB pretende discutir várias estratégias no sentido de garantir a sustentabilidade dos empreendimentos e envolvimento de pessoas, grupos e organizações de importância

crítica em saúde, incluindo os governos em todos os níveis, a sociedade civil, o setor privado, as organizações internacionais e comunidade da saúde coletiva, sendo fundamental que as recomendações formuladas sejam monitoradas e se tornem realidade em todos os países do mundo.

As Nações Unidas reconhecem que desfrutar do mais elevado estado possível de saúde é um dos direitos fundamentais de todo ser humano. Concordamos com a perspectiva de que se ter pessoas saudáveis, criativas, com velocidade de resposta e aptas aos constantes processos de mudança é um dos reflexos deste novo momento e um fator crítico de sucesso para o desenvolvimento da sociedade. Neste sentido, Onocko Campos e Campos (2006, p. 670 e 671) apontam que:

*o sujeito é sempre co-responsável por sua própria constituição e pela constituição que o cerca. No entanto, a autonomia depende de condições externas ao sujeito, ainda que ele tenha participado da criação destas circunstâncias. Depende da existência de leis mais ou menos democráticas. Depende do funcionamento da economia, da existência de políticas públicas, de valores veiculados por instituições e organizações. Depende da cultura em que está imerso.*

A promoção da saúde baseada neste direito oferece um conceito positivo e inclusivo de saúde como determinante da qualidade de vida, que inclui o bem-estar mental e espiritual.

Hoje, são reconhecidos os fatores críticos que influenciam a condição de saúde da população, incluindo o aumento das desigualdades dentro de cada país e entre países, novos padrões de consumo e comunicação, comercialização, mudanças no meio ambiente global e o processo de urbanização das cidades, em especial, das grandes metrópoles.

É declarado na CB que, para se obter maiores avanços na implementação dessas estratégias, todos os setores e ambientes devem atuar para: advogar em favor da saúde com base nos direitos humanos e na solidariedade; investir em políticas sustentáveis, ações e infraestrutura para que sejam atingidos os determinantes da saúde; construir capacidade para o desenvolvimento de políticas, liderança, prática da promoção da saúde, transferência de conhecimento e pesquisa, e proporcionar informações sobre a saúde; regular e legislar para assegurar um alto nível de proteção para a redução de danos e oportunidades iguais para a saúde e o bem-estar de todas as pessoas; viabilizar parcerias e construir alianças com organizações públicas, privadas, não governamentais e internacionais e a sociedade civil para criar ações sustentáveis. (UIPES/ORLA, 2006)

Os quatro compromissos chaves decorrentes da CB devem tornar a promoção da saúde para: (Ibidem, p. 3)

1- Dar importância central para a agenda global de desenvolvimento: são necessários acordos intergovernamentais fortes que beneficiem a saúde e a segurança coletiva desta.

A promoção da saúde deve tornar-se uma parte integrante da política interna e externa e das relações internacionais, incluídas as situações de guerra e conflito. Isto requer ações para promover o diálogo e a cooperação entre as nações, Estado, a sociedade civil, e o setor privado.

2- Estimular todos os governos: todos os governos, em todos os níveis, devem incluir a saúde deficiente e as desigualdades como uma questão de urgência porque a saúde determina o desenvolvimento sócio-econômico e político.

3- Priorizar a participação das comunidades e da sociedade civil: as comunidades e a sociedade civil freqüentemente propiciam o início, a forma e o empreendimento da promoção da saúde. Elas necessitam ter o direito, os recursos e as oportunidades para que suas contribuições sejam ampliadas e sustentadas. Em comunidades menos desenvolvidas, o apoio para a construção de capacidades é particularmente importante. Projetos comunitários locais, grupos da sociedade civil e organizações de mulheres têm demonstrado efetividade nas ações, e oferecem modelos para a prática de outros que o desejem. As ações dos profissionais de saúde podem ter uma contribuição especial a oferecer.

4- Estabelecer parcerias e efetivar um compromisso social entre os serviços privados, públicos e do Terceiro Setor: o setor empresarial tem um impacto importante na saúde das pessoas e sobre os determinantes da saúde através de sua influência participativa em cenários locais, culturas nacionais, meio ambiente e distribuição da riqueza.

O setor privado pode também contribuir para diminuir impactos globais mais amplos na saúde, tais como aqueles associados com a mudança ambiental global, por meio de aceitação de regulações locais, nacionais e internacionais e acordos para promover e proteger a saúde.

O empenho global para fazer a promoção da saúde acontecer requer parcerias, alianças, redes e colaboração que são estratégias estimulantes e compensadoras de unir pessoas e organizações em torno de metas e ações conjuntas para melhorar a saúde da população.

A CB faz referência às inúmeras resoluções em níveis nacional e global que têm sido assinadas em apoio à promoção da saúde, porém estas não têm sido necessariamente acompanhadas pela ação. Os participantes da Conferência de Bangkok enfaticamente apelam aos Estados Membros da Organização Mundial de Saúde (OMS), para fechar esta brecha na implementação e mover-se na direção de políticas e parcerias para a ação, requerendo que

sejam alocados recursos para a promoção da saúde, iniciem planos de ação e monitoramento de desempenho através de indicadores e metas apropriados, e elaborem relatórios sobre os avanços obtidos, em intervalos regulares. (Ibidem).

Observamos que as discussões acerca da promoção da saúde, no início se concentravam nos países desenvolvidos e mais recentemente tem havido participação dos países Asiáticos e os da América Latina.

A evolução do conceito de promoção da saúde perpassou pela concepção do processo saúde-doença, entendendo que a saúde tem determinações sociais, econômicas, políticas e culturais mais amplas do que a herança genética, a biologia humana e os fatores ambientais mais imediatos.

Entre muitos desafios colocados, há que se reconhecer que em países e regiões em desenvolvimento, como a América Latina e o Brasil, o conceito de promoção de saúde deve ser trabalhado de maneira ampla, o que pode conduzir à elaboração de práticas sociais mais abrangentes para que de fato se promova a saúde.

As conferências ocorreram oportunamente de encontro a um período conturbado em que a globalização surgiu associada ao neoliberalismo concentrando a riqueza e marcando decisivamente a diferença entre ricos e pobres. A intenção de se firmar parcerias com profissionais de outros setores e serviços privados, na tentativa de lidar com a diversidade e buscar aproximação entre todos os atores envolvidos e interessados coletivamente, é um mecanismo utilizado para a redução das iniquidades sociais e econômicas.

A Carta de Ottawa é considerada o documento conceitual mais importante da promoção da saúde. Nesta, apresenta-se um conceito amplo de saúde, onde ficaram definidos compromissos para sua implementação que transcende o setor saúde, apontando para a intersetorialidade e a necessidade de parceria com outros setores de governo: políticos, sociais, econômicos, culturais, ambientais, comportamentais e biológicos.

Por fim, depois de 20 anos da primeira conferência de promoção da saúde a Conferência Global de Promoção da Saúde, envolve o setor privado e incorpora os Centros Colaboradores da Organização Mundial de Saúde, na tentativa de comprometê-los com as recomendações da conferência.

No próximo capítulo “A Promoção da Saúde no Cenário Brasileiro” estaremos discorrendo sobre a política pública de saúde e os marcos precursores da promoção da saúde. Discutiremos a história da política de saúde a partir da década de 70 do século XX. Apontaremos os incentivos para a promoção da saúde dentro do atual modelo de atenção à saúde brasileiro, o SUS e por fim, daremos enfoque aos princípios e diretrizes da ESF e a

implementação da promoção da saúde enquanto uma das práticas desse modelo de reorientação dos serviços de saúde, almejando a aplicabilidade dos princípios e diretrizes do SUS, em especial a integralidade, a equidade e a participação social, enquanto práticas emancipatórias de (trans)formação social.

## **Capítulo 2 - A Promoção da Saúde no Cenário Brasileiro: Uma questão de direito**

A necessidade de se estruturar o sistema de saúde esbarra em muitas tentativas não muito factíveis e viáveis, levando a distorção referente à organização do sistema.

A fragilidade dos sistemas de saúde tem sua face visível na crise do financiamento e distribuição dos recursos de saúde, determinada, por um lado, por um constante crescimento dos custos em atenção médica e, de outro, numa irracionalidade na alocação dos recursos decorrente, em grande parte, da força política e ideológica do modelo médico hegemônico. (MENDES, 1999)

Assim, do ponto de vista processual, e tendo como suposto o contínuo aperfeiçoamento da democracia em nosso país, o caminho é longo e, também, o mais conseqüente, o de dar seguimento ao processo de reconstrução permanente da reforma sanitária brasileira.

Ainda que, reconheçamos ser imprescindível garantir a economicidade dos sistemas de saúde, a crise é estrutural. A limitação a essa variável de ajuste não vai resolver os problemas. Por isso, a reforma sanitária brasileira, no seu caminho busca melhor uso dos recursos escassos, mas, principalmente, deverá procurar mudança radical do modelo de atenção e inserção dessa reforma na perspectiva da construção da cidadania, respeitando as especificidades econômicas, sociais, culturais e sanitárias do país.

A crise do setor saúde, tendo por trás a crise do Estado, expressa a distensão lenta e gradual culminando no processo de transição democrática do regime autoritário para um pacto estruturado na definição de um novo padrão de desenvolvimento, proporcionando novos atores sociais, portadores de interesses e visões de mundo que foram conformando a mudança do paradigma da saúde.

O sentido deste capítulo é validar socialmente a promoção da saúde, enquanto prática dos serviços de saúde para a (trans)formação da sociedade.

## **2.1. O caminho das políticas de saúde até o SUS, a partir de 1970.**

O início da década de 70 do século XX, foi marcado por um modelo de atenção à saúde curativista, hospitalocêntrico, biologicista, excludente, pois apenas quem tinha acesso aos serviços de saúde eram os trabalhadores que contribuía com a previdência social - Instituto Nacional da Previdência Social (INPS) e seus dependentes. “... a assistência à saúde ligada à previdência tinha como principal característica a extensão da cobertura de contribuintes”. (CARVALHO, MARTIN E Jr, 2001, p. 33). Com o aumento do número de pessoas procurando os serviços de saúde (hospitais), conseqüentemente os gastos aumentaram, fato que levou a previdência à contratação de serviços privados sem estabelecer o menor controle, propiciando a instauração de uma crise no setor previdenciário. (BAPTISTA, 2005, p. 22)

Mesmo com o aumento de contribuintes para a previdência, grande parte da população continuava sem acesso aos serviços de saúde e os indicadores epidemiológicos apontavam o caos da situação vivida, como: altas taxas de mortalidade infantil por doenças que poderiam ser prevenidas, baixa expectativa de vida ao nascer e outras causas de morte de cunho econômico e social. Aponta (BAPTISTA, 2005, p. 23) que “a principal razão para o quadro de estagnação social foi o total descaso dos governantes com relação às políticas públicas comprometidas com o desenvolvimento social”.

Em meados da década de 70 do século passado, com o intuito de contornar a crise política, institucional e econômica, foram propostas várias estratégias para garantir a estabilidade do sistema de previdência social, momento que inicia um processo de participação popular gradativa pela busca de políticas de saúde menos excludentes.

Nesse contexto, surge o movimento conhecido como “Reforma Sanitária” cuja característica era a formulação do pensamento crítico na política de saúde. (CARVALHO; MARTIN e Jr, 2001). Esse movimento foi amplamente discutido nos cenários acadêmicos, por meio de produções científicas que divulgavam as condições sociais e de saúde criticamente, reivindicando efetivas mudanças na assistência à saúde brasileira.

Destaco algumas proposições apontadas no Movimento Sanitário que buscava reverter a lógica da assistência à saúde no Brasil, segundo (BAPTISTA, 2005, p. 23):

- ✓ A saúde é um direito de todo cidadão, independentemente de contribuição ou qualquer outro critério de discriminação;
- ✓ As ações de saúde devem ser integradas em um único sistema, garantindo o acesso de toda população a todos os serviços de saúde;

- ✓ A gestão administrativa e financeira das ações de saúde deve ser descentralizada para estados e municípios;
- ✓ O Estado deve promover a participação e o controle social das ações de saúde.

Várias políticas de saúde foram transformadas e implementadas ainda na década de 70 do século XX, como: a criação do Fundo de Apoio ao Desenvolvimento Social (FAS), a promoção do Programa de Interiorização das Ações de Saúde e Saneamento (PIASS), dentre outras. Essas medidas propiciaram o desenvolvimento de políticas mais universalistas e a extensão de serviços básicos de saúde, fortalecendo o movimento de reforma do setor.

A partir desse momento ampliavam-se as discussões acerca do direito à saúde no Brasil, a começar pelo entendimento da concepção de saúde. A concepção de saúde passa a ser entendida num sentido mais amplo, sendo resultante das condições de moradia, alimentação, educação, meio ambiente, trabalho, acesso a serviços de saúde, lazer, liberdade, transporte e outros. (BAPTISTA, 2005)

A proposta para reforma da saúde era também uma proposta de reforma do Estado, pois era preciso repensar os modos de fazer política, não apenas no âmbito do setor saúde, mas sim em todos os demais setores da sociedade possibilitando a participação social de maneira democrática na construção de um novo Estado.

O direito à saúde garantido pelo Estado, significava condições dignas de vida e de acesso universal e igualitário às ações e serviços para promoção, prevenção e recuperação da saúde de todos os cidadãos do território nacional.

A década de 80 do século passado, nos seus primórdios, deixou marcas devido à ocorrência de muitas crises de interesse político e social. Muitas interferências ocorreram advindas dos diversos segmentos de interesse, onde o programa não foi incorporado pelo governo e muito menos estabelecido na prática.

Podemos observar que com todas as intenções de reforma, o setor saúde apresentava um cenário de extrema fragilidade, onde o sistema de saúde apresentava-se ineficiente, desintegrado, propício a fraudes e desvios de recursos financeiros.

Frente aos problemas identificados, criou-se as normas operacionais básicas para a reestruturação do setor. Dentre as propostas apresentadas, destacam-se as Ações Integradas de Saúde (AIS) e o Sistema de Assistência Médico-Hospitalar da Previdência Social (SAMHPS) por expressarem a conformação dos princípios básicos para uma política de saúde unificada, integrada e descentralizada.

No marco da redemocratização do país, em 1986, ocorre a VIII CNS marcada historicamente pela primeira participação de técnicos, gestores e usuários dos serviços na discussão sobre a reforma do sistema de saúde. Consta no relatório dessa conferência a garantia da saúde como direito em seu sentido mais abrangente, sendo a condição de saúde atrelada às condições de acesso a alimentação, habitação, educação, renda, meio ambiente, acesso e posse da terra, liberdade e acesso aos serviços de saúde, dentre outros. Apresentou, também, de forma clara que o direito à saúde significa a garantia por parte do Estado de condições dignas de vida e de acesso universal e igualitário às ações e serviços de promoção, proteção e recuperação da saúde em todos os níveis, a todos os habitantes do território nacional, levando ao desenvolvimento pleno do ser humano. (BRASIL, 1986)

A observação das propostas políticas elaboradas nos diferentes momentos históricos, mostram um movimento de idas e vindas das intenções no cenário político e pouca efetividade na implantação e implementação dessas.

Várias propostas políticas foram elaboradas, cada qual com interesses próprios, gerando muitas controvérsias entre dirigentes e reformistas dos ministérios da Saúde e da Previdência. Entretanto, o relatório da VIII CNS foi tomado como base para a discussão da reforma do setor saúde na Assembléia Nacional Constituinte de 1987/88, onde finalmente o SUS foi aprovado sendo instituído na Constituição Federal de 1988.

## **2.2. A Promoção da Saúde no SUS**

A incorporação do capítulo da saúde na Constituição Federal de 1988, representando o grande avanço na organização da assistência, uma vez que se estabeleceu as diretrizes e os princípios que expressam o retomar da cidadania conquistada por esse processo. Propõe-se uma ruptura com o modelo anterior excludente, afirmando o compromisso com a democracia e as características marcantes da promoção da saúde.

Descreve o artigo 196 da Constituição Federal de 1988 a saúde é um direito de todos e um dever do Estado, assegurado por meio de políticas públicas sociais e econômicas que visem à redução do risco de doença e de outros agravos e a uma política setorial de saúde capaz de garantir o acesso universal e igualitário às ações e serviços para promoção, proteção e recuperação da saúde da população.

Em outras palavras, esta proposta de reforma prevê o compromisso do Estado na integração das ações intersetoriais, com políticas econômicas e sociais que promovam

condições de habitação, alimentação, educação, renda, meio ambiente, trabalho, transporte, dentre outras, configurando, assim, a compreensão do conceito de saúde e o que seria preciso fazer para alcançar melhorias na qualidade de vida.

Para o cumprimento das propostas do SUS, foram enunciados princípios gerais que deveriam nortear a gestão da saúde nas diferentes realidades regionais e locais da Nação, são eles: Universalidade do acesso às ações e serviços de saúde, em todos os níveis de assistência; integralidade da assistência; descentralização, com direção única do sistema e participação popular. (CARVALHO e SANTOS, 2001)

A partir das definições dos princípios do SUS, tornou-se necessário efetivá-los, ou seja, sair de um discurso político e estabelecer meios para sua aplicabilidade.

Podemos analisar hoje que, depois de transcorridas duas décadas de institucionalização do SUS, com a sua implantação e a sua implementação, obtivemos muitos avanços que são percebidos, especialmente no que diz respeito aos processos de descentralização e municipalização das ações e serviços de saúde.

Frente à necessidade de superar a fragmentação das políticas e programas de saúde mediante a organização de uma rede regionalizada e hierarquizada de ações e serviços e da qualidade da gestão, o Ministério da Saúde, o Conselho Nacional de Secretários de Saúde (CONASS) e o Conselho Nacional de Secretários Municipais de Saúde (CONASEMS), pactuaram responsabilidades entre as três esferas de governo do SUS, no campo da gestão do sistema e no campo da atenção à saúde.

A partir dessa prerrogativa, originou-se as novas Diretrizes Operacionais para os Pactos pela Vida, em Defesa do SUS e de Gestão.<sup>3</sup>

As três dimensões desse Pacto – Pacto pela Vida, Pacto de Gestão e Pacto em Defesa do SUS, possibilitam melhor definição das responsabilidades das três esferas de governo, que visam alcançar maior efetividade, eficiência e qualidade de suas respostas, redefinindo responsabilidades coletivas em função das necessidades de saúde da população e na busca da equidade social.

O Pacto pela Vida, apresentado por Brasil (2006, p.156) define que “é o compromisso entre os gestores do SUS em torno de prioridades que apresentam impacto sobre a situação de saúde da população brasileira”. São seis as prioridades pactuadas, dentre elas a Promoção da Saúde e o Fortalecimento da atenção básica. Daremos maior destaque, neste momento, na Promoção da Saúde.

---

<sup>3</sup> Documento pactuado na reunião da Comissão Intergestores Tripartite, do dia 26 de janeiro de 2006, e aprovado na reunião do Conselho Nacional de Saúde, do dia 09 de fevereiro de 2006. (BRASIL, 2006 p. 155)

Ficou estabelecido como objetivos da Promoção da Saúde:

- ✓ Elaborar e implementar uma Política de Promoção da Saúde, de responsabilidade dos três gestores.
- ✓ Enfatizar a mudança de comportamento da população brasileira de forma a internalizar a responsabilidade individual da prática de atividade física regular, alimentação adequada e saudável e combate ao tabagismo.
- ✓ Articular e promover os diversos programas de promoção de atividade física já existentes e apoiar a criação de outros.
- ✓ Promover medidas concretas para o hábito da alimentação saudável.
- ✓ Elaborar e pactuar a Política Nacional de Promoção da Saúde que contemple as especificidades próprias dos estados e municípios devendo iniciar sua implementação em 2006. (BRASIL, 2006, p. 159)

A preocupação em responder mais integralmente às necessidades em saúde levou o MS a ampliar as discussões acerca da promoção da saúde. Assim, esta ganhou institucionalidade com a formalização, em 1999, de um projeto de cooperação com o Programa das Nações Unidas para o Desenvolvimento – PNUD, que estava sob responsabilidade da Secretaria de Políticas de Saúde (SPS) até o final do ano de 2002: o Projeto “Promoção da Saúde, um novo modelo de atenção”. Este deveria operar como um instrumento que desenvolvesse um modelo de atenção sob a ótica promocional, visando a elaboração da Política Nacional de Promoção da Saúde (PNPS) e através dela, a disseminação de outro modo de conceber políticas públicas e o fomento da construção de parcerias fora do setor sanitário, ampliando a discussão dos determinantes em saúde.

No entanto, entre 1999 e 2002 verifica-se uma série de dificuldades em articular as tensões entre os paradigmas biomédico e a promoção da saúde, as diferentes concepções teórico-conceituais do campo promocional, as diversas iniciativas e ações vinculadas à promoção em rede, e a perspectiva da promoção da saúde ao SUS. Tal dificuldade implicou no adiamento da pactuação e a implementação de uma PNPS.

Em junho de 2003, após destituir a SPS, até então responsável pela PNUD, as discussões retomam sua força em agosto deste mesmo ano sob responsabilidade da Secretaria Executiva (SE). Após integração de vários atores no processo de discussão no campo da saúde constituiu-se o Grupo Redator da Política, formado por representantes do MS, da OPS, do CONASEMS e de gestores municipais de experiências bem sucedidas em promoção da saúde.

No final de 2004, com mudanças na gestão do MS a PNPS deslocou-se para a Coordenação Geral de Doenças e Agravos Não Transmissíveis (CGDANT) na Secretaria de

Vigilância em Saúde (SVS). Desde então, realizou-se um esforço concentrado para garantir que o documento da PNPS se somasse a uma Agenda Nacional de Promoção da Saúde para 2005/2007. Nessa direção, foram analisados diversos documentos de políticas do MS e de outros ministérios, bem como o Plano Nacional de Saúde, a fim de consolidar a PNPS como mecanismo de articulação da agenda sanitária sob a égide da integralidade, intersectorialidade, responsabilidade sanitária e participação social, com vistas à redução da vulnerabilidade e à produção da autonomia de sujeitos e coletividades.

O MS segue apostando que a promoção da saúde deve operar transversalmente, produzindo uma rede de co-responsabilidade pela melhoria da qualidade de vida. Dessa maneira, publicou a Portaria nº 1190 GAB/MS, em 14/07/2005, que institui o Comitê Gestor da PNPS.

O Comitê Gestor, formado por diferentes secretarias e órgãos do MS, tem as seguintes atribuições: consolidar proposta da PNPS e de sua Agenda Nacional; coordenar a sua implantação e a articulação com demais setores governamentais e não-governamentais; incentivar Estados e Municípios a elaborar planos de promoção da saúde; articular e integrar ações de promoção da saúde no SUS; monitorar e avaliar as estratégias de implementação da PNPS e seu impacto. A SVS, coordenadora do Comitê Gestor, aguarda, no momento, a indicação dos representantes das diversas áreas para que seja convocada a primeira reunião do Comitê Gestor. Além disso, tem discutido com as instâncias decisórias do SUS e com parceiros das instituições de ensino e pesquisa o texto da PNPS de modo que ele seja consistente na articulação e implementação da promoção da saúde. (CASTRO, 2005)

Vale lembrarmos que a PNPS, vem sendo discutida desde 2002, quando o MS nos apresenta um documento para discussão num processo dialógico de teoria/prática, refletir/agir para a construção de uma política nacional de promoção da saúde que amplie a capacidade de gestão, atenção e parcerias, pautadas por um compromisso ético em defesa da vida.

Uma política de promoção da saúde deve contribuir para a concretização dos ideais da reforma sanitária brasileira, na medida em que o SUS aponta para a transformação das práticas sanitárias com a superação da baixa-cobertura em direção a universalização, busca da equidade, a integralidade do cuidado e respeito à cidadania. Promessas, também, que se comprometem com a democratização da saúde, da sociedade, do Estado e das Instituições. (PAIM, 2002)

Os determinantes ou recursos fundamentais para a saúde estão relacionados à paz, habitação, educação, alimentação, renda, eco-sistema estável, justiça social e equidade.

As condições de vida de uma população estão condicionadas à possibilidade de se levar uma vida economicamente ativa, em que cidadãos tenham acesso a bens e serviços.

A Comissão Nacional sobre determinantes sociais da saúde tem como objetivos: identificar com maior precisão as causas, natureza social, econômica e cultural da situação de saúde da nossa população; identificar a política pública de saúde e extra-setoriais, assim como iniciativas da sociedade que ajudem a enfrentá-las, buscando garantir maior equidade e justiça social. (BUSS, 2006)

Reduzir desigualdades requer ações que fortaleçam a capacidade de decisão dos indivíduos, construção de redes entre as comunidades vulneráveis, políticas públicas intersetoriais de melhoria das condições de vida e mudanças macroeconômicas e culturais para um desenvolvimento com distribuição de riquezas. (Radis, nº 47 julho 06)

Entendemos que a resolução dos complexos problemas do país exigem a aglutinação de esforços das estruturas de Estado: governo, sociedade e instituição. Neste sentido, a sociedade civil – sindicatos de trabalhadores, entidades empresariais, igrejas, Organizações Não-Governamentais (ONGs), movimentos sociais – têm um papel tão importante quanto o do Governo para mudar de fato a realidade social em que estamos vivendo e, isso se dá por meio de diferentes formas de atuação e participação.

A sociedade brasileira deve perceber a capacidade que possui para se mobilizar em torno de causas emergentes, pois precisa somar força e energia para ajudar o país a superar problemas sociais que se acumularam ao longo dos séculos e, em muitos casos, se agravaram nos últimos anos.

Há que se resgatar, no entanto, que o Brasil é um país com grandes desigualdades sociais decorrentes do modelo econômico excludente, sendo que no último século, poucas medidas efetivas foram implementadas para diminuir as iniquidades sociais.

O campo da promoção da saúde é recente, ainda em expansão, porém com enorme potencial, dadas às demandas emergentes da década de 90 do século passado, onde a definição de saúde foi reformulada no bojo do movimento da reforma sanitária, que culminou com a proposição do SUS.

Apesar de termos acesso a muitos textos relacionados à promoção da saúde, ainda se encontra pouco consolidada em experiências concretas. Os inquéritos epidemiológicos tradicionais são importantes, mas somente os estudos quantitativos sobre mortalidade e morbidade para o reconhecimento dos perfis saúde/doença de uma dada população, são insuficientes. Faz-se necessário, então, o desenvolvimento de indicadores para mensurar os aspectos relacionados à qualidade de vida almejada no coletivo em questão.

Mais do que alvo somente do setor saúde, a qualidade de vida sofrerá modificações a partir da ação de diferentes instituições executoras de políticas públicas, sendo necessária sempre, a leitura das necessidades de saúde numa população concreta.

Não basta estabelecer políticas compensatórias e assistenciais, que confrontam com a perspectiva da promoção da saúde. A dignidade do ser humano está nas relações de cidadania a que se compromete com a sociedade, com garantia de trabalho, renda, transporte, lazer, educação, saúde, moradia, alimentação, crença e outros.

È necessário o dispêndio adequado no estímulo às práticas de promoção da saúde, principalmente sobre aquelas que apresentam impacto de alcance coletivo e que refletem mudanças estruturais e não apenas paliativas.

No cenário atual acompanhamos as doenças infecto-contagiosas reemergentes, tidas sob controle, como a dengue, a febre amarela, o cólera e outras que permanecem e apresentam progressão como a tuberculose, a hanseníase, a malária, somando-se a emergência da Síndrome da Imunodeficiência Humana Adquirida (SIDA). Ao lado dessas, fruto das condições precárias de vida e trabalho, progridem as doenças cardio-vasculares, as neoplasias, os transtornos metabólicos, doenças decorrentes da alimentação inadequada, as infecções respiratórias nas crianças, diarreias e a desenfreada violência decorrente da exclusão social, da especulação financeira, do tráfico de drogas e outros.

### **2.3. Estratégia Saúde da Família no Brasil: em busca da Promoção da Saúde**

O ano de 1991 foi um marco para a implantação da Estratégia de Saúde da Família, quando o MS lança o PACS em algumas regiões do país, destacando os estados do Paraná, Mato Grosso do Sul e Ceará. Os resultados foram altamente satisfatórios, principalmente no que diz respeito às mudanças positivas nos indicadores epidemiológicos dessas regiões. Naquele momento, o país apresentava elevadas taxas de mortalidade infantil, notadamente nos estados da região nordeste. A implantação do PACS alcançou resultados significativos em estados, como o Ceará, que impactaram na redução dos coeficientes de mortalidade infantil.

Aponta Chaves (2000, p.13), que:

*em 1993, o Ministério da Saúde reúne alguns coordenadores do departamento dedicado à atenção primária à saúde, mais voltados para as dimensões “comunidade” e “família”, para discutir um projeto nacional de reorientação dos serviços básicos de saúde, sendo naquela oportunidade,*

*lançado o Programa Saúde da Família, pelo então Ministro da Saúde Dr. Henrique Santillo.*

Foram criadas as condições para organizar a atenção à saúde numa concepção mais ampla do processo saúde-doença, de acordo com áreas programáticas mais resolutivas; abrindo espaço inclusive para a participação de outras categorias profissionais para o trabalho em saúde, surgindo aí, o PSF.

Em 1994, iniciou-se a formação das primeiras equipes do PSF com o PACS incorporado ao processo de trabalho da equipe. As equipes de saúde da família, segundo recomendação do MS em Brasil (2000), são compostas minimamente, por 01 enfermeiro, 01 médico, 01 técnico em enfermagem e 05 a 06 agentes comunitários de saúde.

A denominação **Programa Saúde da Família**, ganhou reconhecimento pelos seus resultados, porém essa identificação é reducionista ao se pensar na interpretação globalizante do modelo de atenção à saúde da família enquanto uma **estratégia. (Grifo nosso)** Mendes (1999, p. 271) decodifica estratégia “como uma maneira determinada de apropriar, recombina, reorganizar e reordenar todos os recursos do sistema de saúde para satisfazer às necessidades e aspirações de toda a sociedade”.

Essa interpretação justifica a utilização do termo ESF, devido à amplitude de responsabilidades atribuídas às equipes de saúde da família.

Eis algumas atribuições básicas da equipe de saúde da família:

- ✓ Conhecer a realidade das famílias cadastradas na unidade, com ênfase nas características sócio-econômicas, psico-culturais, demográficas e epidemiológicas;
- ✓ Elaborar, com a comunidade, um plano local para o enfrentamento dos fatores que colocam em risco a saúde;
- ✓ Executar, de acordo com as competências dos componentes da equipe, os procedimentos de vigilância à saúde e de vigilância epidemiológica, nos diversos ciclos da vida;
- ✓ Promover ações intersetoriais e parcerias com organizações formais e informais existentes na comunidade para o enfrentamento conjunto dos problemas;
- ✓ Promover, através da educação continuada, a qualidade de vida e contribuir para que o meio ambiente torne-se mais saudável;
- ✓ Discutir de forma permanente, junto à equipe e à comunidade, o conceito de cidadania, enfatizando os direitos de saúde e as bases legais que os legitimam;
- ✓ Incentivar a formação e/ou participação ativa nos Conselhos Locais de Saúde e no Conselho Municipal de Saúde. (BRASIL, 2000)

O MS define, ainda, atribuições específicas para cada componente da equipe, onde aponta a necessidade do trabalho em equipe, interdisciplinar, a participação da comunidade e principalmente ações que visem à promoção da saúde, impactando na melhoria da qualidade de vida dos cidadãos.

O modelo de atenção à saúde proposto na ESF, nos leva a pensar que pela especificidade de se trabalhar na lógica da territorialização, do estabelecimento de vínculos, responsabilização e um olhar da integralidade sobre o ambiente em suas diversas dimensões sociais e culturais, pode propiciar maior compreensão do modo de viver a vida daquelas respectivas famílias e indivíduos com suas potencialidades e fragilidades. Em princípio, surge a oportunidade de romper com a lógica hegemônica do cuidado individual e desvinculada dos seus diversos aspectos, tornando-se um cenário concreto e factível para a construção de políticas, estabelecimento de parcerias e desenvolvimento de estratégias de promoção da saúde.

Essa iniciativa vem acumulando uma rica experiência, onde busca aproximar a consolidação dos princípios e diretrizes do SUS. Entendemos que, para alcançar tais direitos de forma ampla, como consta na Constituição Federal de 1988, não basta investimentos apenas na atenção básica é preciso que tenha alta resolubilidade e que esta, esteja integrada a rede de serviços de média e alta complexidade, criando mecanismos para que a referência e contra-referência sejam efetivas.

Assim, o MS criou o Departamento de Atenção Básica em 2000, que teve a função de normatizar a organização e gestão desse nível de atenção à saúde, visando à execução das atividades de gerenciamento de todas as ações voltadas para o redirecionamento do modelo assistencial do SUS, destacando a expansão das equipes de saúde da família, qualificação dos atores envolvidos e avaliação e monitoramento desse modelo. (SOUSA, 2002)

Entretanto, no início da implantação de uma equipe de saúde da família podemos vir a observar uma demanda significativa por cuidados assistenciais, mas com o tempo se essa demanda continuar sendo uma realidade, deve-se avaliar e repensar as práticas no cotidiano do trabalho, pois a tendência de um trabalho efetivo é que essa demanda diminua e o processo de trabalho possa ser orientado na ótica da promoção da saúde.

Não se pode pensar a ESF, seguindo uma proposta única de direção. Os municípios e, em especial as equipes de saúde da família, têm que somar esforços para organizar suas ações pautadas na realidade local em que se manifestam as necessidades e peculiaridades de determinado conjunto populacional. Essa menção é imprescindível, pois se considerarmos as dimensões do Brasil, suas singularidades e sua complexidade social e epidemiológica,

podemos estar ofertando um trabalho incompatível de se alcançar o princípio da integralidade do sujeito e da coletividade. Isso pode se tornar realidade se as práticas diárias estiverem calcadas nas atividades de promoção da saúde, no seu mais amplo contexto.

A nosso ver, deve ficar claro que a promoção da saúde não é mais um “programa”, nem “projeto” a ser desenvolvido pelas equipes de saúde da família. Ela é composta por estratégias transversais e multisetoriais que se movem em todas as instâncias políticas, programas e ações do setor saúde, numa perspectiva de trazer um olhar crítico-reflexivo, desses atores envolvidos dentro do princípio da integralidade. A natureza sócio-política e epistemológica dessa tarefa está carregada de desafios, que modelam/identificam/limitam/delimitam as (re)organizações que decorrem as diversas instâncias do SUS.

A promoção da saúde pode ser entendida como um processo em construção, mas encontra sua potencialidade, ou seja, é no lugar onde existe um obstáculo, uma ruptura que a Educação Permanente<sup>4</sup> em saúde tenta articular as demandas e problemas da ação vivenciada no cotidiano junto às equipes.

A lógica que orienta esse trabalho está centrada na mudança através da participação de todos os membros da equipe num trabalho de natureza formativa, que busca melhorar a competência técnica da equipe como um todo.

O atual sistema de saúde brasileiro tem dado ênfase à importância de se conceber a saúde dentro de um cenário social, pois percebemos que o processo de adoecimento está relacionado, não somente aos fatores biológicos predisponentes nos indivíduos, mas também aos fatores psicológicos, sociais, políticos, econômicos, culturais, ambientais, dentre outros.

A percepção da fragmentação das políticas sociais pode ser observada na atual sociedade onde as mazelas e iniquidades sociais se fazem presentes, impossibilitando que os cidadãos tenham acesso a uma vida digna em consonância às condições em que a economia está organizada, ou seja, as políticas públicas e os serviços de saúde não estão correspondendo plenamente às necessidades emergidas da população. Vale lembrar, como destaca Mendes (1999, p.64)

*a crise do Estado brasileiro que começou a manifestar-se nos anos 70, agudizou-se na segunda metade dos anos 80 e materializou-se na crise fiscal, no esgotamento da estratégia econômica de substituição de importações e na deterioração do aparelho do Estado. É, por isso, que se impõe uma reforma do Estado brasileiro.*

---

<sup>4</sup> A Educação Permanente (EP) é definida como “aprendizagem no trabalho, onde o aprender e o ensinar se incorporam ao cotidiano das organizações e ao trabalho”. (Portaria Nº 198/GM/MS. BRASIL, 2004.)

Sendo assim, há que se reconhecer que há muito a fazer para que a população tenha acesso aos serviços de saúde de maneira facilitada e que estes sejam resolutivos, oportunos, integrais e humanizados.

### **Capítulo 3 - Estratégia Saúde da Família no município de Teresópolis: uma perspectiva para a Promoção da Saúde**

O município de Teresópolis está localizado na Região Serrana do Estado do Rio de Janeiro, a uma distância de 74 Km da capital, com extensão de 849m<sup>2</sup>.

A estimativa da população do município é de 138.081 habitantes (IBGE, 2000), com 83% da população residindo na zona urbana e 17% da população na zona rural.

Em relação ao dimensionamento territorial dos serviços de saúde não há divisão em distritos sanitários no município. O conceito de território área de abrangência envolve a noção de co-responsabilidade da população e da unidade de saúde sobre as atividades de promoção da saúde dentro desse território. Assim, a participação das lideranças locais no processo de definição da área de abrangência e, no levantamento dos principais problemas de saúde na área definida, torna-se imprescindível para o sucesso das ações de Vigilância à Saúde.

O saúde da família em Teresópolis foi implantado obedecendo às bases do planejamento para a implementação, dentro de critérios definidos pelo projeto inicial de implantação, através de mapeamento, territorialização, escolha de áreas prioritárias e do perfil epidemiológico do município.

A implantação da ESF no município visa contribuir para a reorientação do modelo assistencial voltado à família e a comunidade a partir das Unidades Básicas de Saúde (UBS) em conformidade com os princípios do SUS, visando a reorganização da porta de entrada do sistema e buscando a integralidade da assistência. (PROESF, 2003)

Em 1998, inicia-se um amplo diagnóstico das condições da rede de serviços de saúde no município, onde foram levantados os dados relativos a recursos humanos, recursos materiais e a capacidade de serviços já instalada. Neste momento, o município opta por estruturar o sistema de saúde a partir da atenção básica, tendo como eixo a ESF. Realizou-se uma projeção adequada e gradativa, com o número e localização das equipes de saúde da

família necessárias para atingir a cobertura total do município, sendo a primeira equipe implantada a da Beira Linha.

As unidades de saúde da família que trabalham com território área de abrangência são, atualmente, no município 13 equipes de saúde da família, localizadas em 11 unidades, sendo 09 delas na área urbana e 02 na área rural, atingindo uma cobertura populacional de 33%. (SIAB, 2006)

A proposta, então, passa ser a de organizar o sistema de saúde a partir da atenção básica, por meio, principalmente, da rede de UBS.

A UBS não pode ser pensada apenas como lugar para atendimento de problemas de saúde de menor complexidade. A UBS deve atender a uma demanda universal, de forma equânime e integral, devendo ter uma resolutividade maior do que 80% das intercorrências, encaminhando para serviços especializados e internações apenas os casos de maior complexidade, o que deve ser feito, idealmente sempre através de mecanismos de referência e contra-referência formalizados entre as instituições, para garantir um atendimento integral, ou seja, um atendimento completo, proporcionando todos os cuidados que o usuário necessita para ter solucionado a sua necessidade ou problema de saúde. (BRASIL, 2000)

A atenção básica à saúde no município sempre teve destaque nas Conferências Municipais de Saúde desde 1991, por meio de moções aprovadas, refletindo a preocupação de delegados e representantes dos diversos segmentos da sociedade teresopolitana com o modelo de saúde predominantemente hospitalocêntrico, de baixa resolubilidade e primando pela ausência de integralidade e de atividades de promoção da saúde.

Neste momento, surge a decisão de se implementar a equipe de supervisão a partir da realidade local e aponta, em contrapartida, para a necessidade e compreensão por parte do gestor municipal, à época, para a oportunidade de integração ensino/serviço/comunidade, enquanto processo de mudança das práticas de saúde.

O Ministério da Saúde em 1999 inicia um processo de seleção para a conformação de Pólos de Capacitação, Formação e Educação Permanente para o Pessoal de Saúde da Família do Estado do Rio de Janeiro. A Fundação Educacional Serra dos Órgãos (FESO), juntamente com a Universidade Federal Fluminense (UFF) e a Universidade Estadual do Rio de Janeiro (UERJ) é escolhida para ser a Instituição de Ensino Superior responsável pela capacitação, formação e educação permanente das equipes de saúde da família, de referência para a Região Serrana, o que culminou na assinatura do Convênio nº 005/1999 entre a FESO e a Prefeitura Municipal de Teresópolis, que permitiu a integração ensino/serviço na Rede do SUS pela realização de estágio supervisionado. (PROESF, 2003)

Através desse convênio, a FESO passa a ter o direito de alocar os seus estudantes nos serviços da rede pública de serviços de saúde, inicialmente dos cursos de graduação em medicina e enfermagem, hoje, também, odontologia e fisioterapia.

A ESF no município de Teresópolis se destaca, hoje, ao analisar os esforços empreendidos, pela composição de suas equipes, respeitando as exigências definidas pelo Ministério da Saúde e o vínculo de trabalho celetista para todos os seus componentes, além da discussão freqüente acerca da formação dos trabalhadores da saúde integrado ao Pólo de Educação Permanente que se dá no campo do trabalho e da educação permanente para os diversos atores. Os desafios a serem superados estão no campo da referência e contra-referência com os outros níveis de assistência da rede de serviços, as questões ligadas à política de medicamentos e insumos, a baixa cobertura de equipes para a população não impactando efetivamente na mudança do modelo de atenção à saúde do município.

De forma empírica, o trabalho de parte dos profissionais parece-nos estar arraigado no modelo de formação tradicional, que ainda apresentam respostas fragmentadas e parciais em sua *performance* profissional. Sabemos que, em qualquer área, formar profissionais com perfil adequado às necessidades sociais implica em estimular a educação permanente para o desenvolvimento de inúmeras competências, que não combinam com a formação tradicional e com a pedagogia da transmissão que predomina em muitas escolas, sejam elas de nível médio, técnico profissionalizante ou superior.

Vale ressaltar que existe no município junto a três unidades de saúde da família o conselho gestor. A participação dos usuários com direito de voz e voto no Conselho Gestor deve ser paritária, ou seja, há uma proporção equitativa de membros escolhidos entre os representantes da comunidade, dos profissionais de saúde e da coordenação ou da Secretaria Municipal de Saúde.

As reuniões acontecem mensalmente e seguem o rigor de critérios estabelecidos no estatuto interno das unidades com aprovação e apreciação do Conselho Municipal de Saúde.

Pela minha participação desde a formação do primeiro conselho, observamos como um entrave o envolvimento e adesão da população (usuários) nas reuniões periódicas, até mesmo das representações quando em época de eleição do presidente e conselheiros. É notável, também, a pouca representatividade e valorização das equipes para um trabalho em parceria com essa organização.

Dessa forma, a adoção deste contexto social para as reflexões empreendidas em torno da promoção da saúde orientou a escolha para a análise de conteúdo a partir das mensagens dos depoentes.

A seguir descreveremos o caminho metodológico para a construção dessa pesquisa, principalmente em relação ao trabalho de campo realizado.

## **Capítulo 4 - Metodologia**

Conceber a reorientação do sistema de saúde requer mudanças significativas na organização dos serviços para o desenvolvimento de novas práticas assistenciais. Logo, o que se busca é um questionamento exaustivo e um olhar mais centrado sobre como os profissionais que atuam na ESF entendem e articulam nas suas práticas a promoção da saúde.

O presente estudo foi desenvolvido por meio de uma abordagem metodológica de natureza qualitativa, sendo utilizado para a coleta dos dados um roteiro de entrevista semi-estruturado (ANEXO 1), onde foi solicitado informações aos sujeitos da pesquisa sobre aspectos, tais como: sexo, idade e o tempo de trabalho na ESF, a fim de conhecer o perfil dos componentes das equipes participantes.

Foram selecionadas para este estudo duas equipes de saúde da família que atuam na ESF, em Teresópolis.

Priorizou-se como critério de seleção dessas equipes, a primeira e a última implantada e localizada em área urbana do município de Teresópolis, Região Serrana do Estado do Rio de Janeiro, podendo nessas equipes haver algumas disparidades relacionadas ao tempo de vivência, oportunidades de aprendizagens e práticas relativas à promoção da saúde. Os sujeitos da pesquisa foram 16 profissionais distribuídos nas seguintes categorias: Agentes Comunitários de Saúde (ACS), Enfermeiros (E), Médicos (M) e Técnicos de Enfermagem (TE) atuantes nas respectivas equipes da ESF.

Foi realizado, um total de 16 entrevistas, agendadas com antecedência de acordo com a disponibilidade dos sujeitos participantes. Essas entrevistas foram realizadas no período entre julho e agosto de 2006 no próprio ambiente de trabalho das equipes.

Optamos por utilizar o gravador a fim de registrar os depoimentos dos entrevistados permitindo captar com maior fidedignidade as respostas em relação ao modo de entender e atuar nas práticas de promoção da saúde.

Atendendo aos aspectos éticos da pesquisa com seres humanos - Resolução 196/96 do Conselho Nacional de Saúde, o estudo foi submetido e aprovado (ANEXO 2) pelo Comitê de Ética em Pesquisa (CEP) da FESO. Assim como, foram autorizadas, também, a realização das entrevistas pela Secretaria Municipal de Saúde de Teresópolis (ANEXO 3), onde estão vinculadas as equipes de saúde da família. Escolhemos o CEP da FESO devido à Secretaria Municipal de Saúde do município não possuir, no momento, um CEP e ao fato da pesquisa ser realizada neste município.

Utilizamos o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (ANEXO 4) para legitimar a participação voluntária dos sujeitos. Garantimos o anonimato dos entrevistados, mediante a utilização de siglas em ordem alfabética, referentes às iniciais das categorias profissionais dos componentes da equipe, acompanhadas por um numeral, que indica a equipe a qual aquele depoente está vinculado. Desta forma, corresponde à primeira equipe o ACS do número 1 ao número 5, o E1, o M1, o TE1 e o TE2; à segunda equipe o ACS do número 6 ao número 9, o E2, o M2 e o TE3.

A partir da transcrição dos depoimentos, utilizamos a técnica de análise de conteúdo que visa o conhecimento de variáveis por meio das mensagens (as palavras e as significações) procurando conhecer aquilo que está por trás das palavras que segundo Bardin, (1977, p. 42) é:

*um conjunto de técnicas de análise das comunicações visando obter, por procedimentos sistemáticos e objetivos de descrição do conteúdo das mensagens, indicadores que permitam a inferência de conhecimentos relativos às condições de produção/recepção destas mensagens obtidas.*

Os depoimentos permitiram descobrir os “núcleos de sentidos” (Bardin, 1977), ou seja, a frequência maior de aparição nas mensagens e mais significativa em relação ao entendimento e a atuação desses profissionais no cotidiano de suas práticas voltadas à promoção da saúde.

Bardin (1977 p. 38) descreve que a “intenção da análise de conteúdo é a inferência de conhecimentos relativos às condições de produção (ou, eventualmente, de recepção), inferência esta que recorre a indicadores (quantitativos ou não)”.

Portanto, é a partir dos depoimentos e das suas significações que sugerem a categorização dos elementos implicados na investigação do que cada um deles têm em comum com outros e que permitiram apreender os conhecimentos e atitudes que os profissionais das equipes têm com relação ao saber-fazer promoção da saúde no seu exercício profissional.

Assim, num processo dinâmico de leitura dos depoimentos, foi possível agrupar os temas que para Badin (apud Minayo, 2000, p. 208) “são unidades de significação que se libertam naturalmente de um texto analisado segundo critérios relativos à teoria que serve de guia à leitura”.

Propusemo-nos a não nos restringirmos apenas à descrição dos conteúdos, mas sim no que eles poderão nos revelar após serem tratados, ou seja, a palavra como materialização objetiva do ato da linguagem, aquilo que representa. O roteiro semi-estruturado, segundo Minayo (1993) aponta que o roteiro é um instrumento utilizado para nortear uma conversa com finalidade, que é a entrevista, ele deve ser um elemento que facilite a abertura, de ampliação e aprofundamento da comunicação.

As categorias identificadas apontam aspectos relacionados ao **conhecimento, atitudes e práticas** desses profissionais sobre a promoção da saúde, que deram origem a três categorias:

**I – A Promoção da Saúde na concepção das duas equipes da ESF: o dilema entre educar e informar.**

**II – A Promoção da Saúde nas duas equipes de saúde da família: o reducionismo do cotidiano.**

**III – A Promoção da Saúde e o trabalho em equipe: entre o real e o possível.**

## **Capítulo 5 – Análise e interpretação dos dados**

Essa pesquisa traz a idéia de tecer algumas reflexões no contexto da ESF tendo por desafio a promoção da saúde realizada através das atividades do cotidiano dessas equipes de saúde.

As equipes de saúde da família que participaram do estudo foram distinguidas da seguinte maneira: **Equipe 1** (mais antiga) - ACS do número **1 ao número 5, E1, M1, TE1 e TE2**; **Equipe 2** (mais recente) - ACS do número **6 ao número 9, E2, M2 e o TE3**.

Isso deve ao fato da busca da evidência dos aspectos de significação sobre promoção da saúde que foram analisados, tendo em vista as competências e habilidades próprias dentro da pertinência ético-legal desenvolvidas por esses membros da equipe da ESF, pois a especificidade de cada categoria profissional poderá estar relacionada às suas concepções e práticas cotidianas referentes ao objeto de estudo.

Nesse sentido, buscou-se construir um perfil dos depoentes do estudo a partir de algumas variáveis inferidas, relacionando os resultados à realidade vivenciada e à própria política da ESF.

### **5.1- Apresentação do perfil dos entrevistados.**

A apresentação do perfil dos 16 sujeitos por meio de dois quadros teve por finalidade facilitar a visualização dos resultados.

A construção do Quadro 1 possibilitou a visualização dos sujeitos dessa pesquisa referentes aos seguintes aspectos: sexo, idade e tempo de atuação na ESF. O Quadro 2 resultou na elaboração de categorias ou rubricas no contexto da análise de conteúdo, a partir da análise da participação dos depoentes em cursos para a ESF.

O quadro 2 foi organizado mediante a descrição dos eventos declarados e da frequência ocorrida nas respostas junto aos núcleos de sentido: Programas preconizados pelo Ministério da Saúde, Atualização e Capacitação na ESF, no município de Teresópolis.

Dessa forma, segue a seguinte apresentação:

**Quadro 1: Perfil dos sujeitos da pesquisa, das duas equipes da ESF, no município de Teresópolis, 2006.**

<b>Sexo</b>	<b>Média de Idade</b>	<b>Média do Tempo de Atuação na ESF (meses)</b>
Feminino - 15	36 anos	41 meses
Masculino - 01		

**Fonte:** Instrumento da Coleta de Dados da Pesquisa, 2006

Em vista do quadro apresentado, ordena-se a análise do perfil a partir das relações inferidas estabelecidas na ESF.

Dos 16 sujeitos contratados destas duas equipes da ESF, 09 (56%) são ACS, 02 (12,5%) são Enfermeiros, 02 (12,5%) são Médicos e 03 (19%) são Técnicos de Enfermagem. Desses participantes, 15 (94%) declararam ser do sexo feminino e 01 (6%) declarou ser do sexo masculino. A idade relatada por esses sujeitos variou entre 23 a 59 anos e teve por média de 36 anos. Os sujeitos responderam, com relação ao tempo de atuação na ESF, dentro da seguinte variação: 04 (25%) estão a menos de 12 meses; 04 (25%) encontram-se há 12 meses; 01 (6%) está há 36 meses; 01 (6%) está há 60 meses; 02 (13%) estão há 72 meses e 04 (25%) estão há 84 meses.

Observamos o rigor da composição das equipes neste município, seguindo as orientações do MS no que se refere à composição da equipe básica da ESF. Apontamos que, a equipe 1 possui 02 técnicos de enfermagem por necessidade apontada pela própria demanda do serviço e decisão da gestão local.

Nesse sentido no que tange ao sexo, a maioria (94%) dos depoentes declarou ser do sexo feminino. Pode-se justificar mediante aos estudos desenvolvidos pelo MS e a feminilização da ESF, ou seja, são mais as mulheres integradas à proposta do que homens. A ESF é composta preliminarmente por profissionais do sexo feminino. (BRASIL, 2000)

No município de Teresópolis essa apresentação da conformação das equipes não se distancia desses dados levantados. Pode ser devido ao contrato de serviço de 40 horas semanais, culminando a uma dedicação praticamente exclusiva a esse trabalho. Essas possibilidades levantadas acerca da feminilização da ESF podem estar apontando para o fato da baixa remuneração salarial, a maioria ser ACS e como determinação do MS deve morar na comunidade, sendo, possivelmente, mais oportuno para as mulheres conciliarem as tarefas

laborais e o monitoramento dos seus domicílios, por trabalharem próximo às suas residências. As necessidades econômicas podem ser vistas, também, como um disparador da inserção da mulher no trabalho devido à complementação da renda familiar, além de se poder reconhecer em termos gerais que a mulher é uma cuidadora por excelência e por possuir maior facilidade de estabelecer relações de vínculo e aproximação entre os diversos pares no cotidiano do trabalho em saúde; uma das expectativas da ESF.

Com relação à questão idade declarada pelos depoentes que variou entre 23 a 59 anos e teve por média de 36 anos, observa-se que a média alcança a fase adulta, ou seja, o indivíduo que já apresenta uma formação formal e/ou informal tendo em vista a capacitação para atuar na ESF. Nesse sentido, há que se considerar que a produção de serviço na ESF funda-se no produto “saúde” que está determinado pelo componente das relações estabelecidas pela equipe/comunidade. Na variação da idade há que se considerar que o extremo alcançado nesse grupo pesquisado alcança o adulto jovem - até 25 anos e o adulto na máxima idade - 60 anos considerado idoso (IBGE, 2000) que pode possibilitar uma troca de vivências, experiências e maior criatividade no cotidiano do trabalho das equipes. Essa oportunidade vai depender do objetivo, metas, planejamento, integração e relações interpessoais estabelecidas pelos componentes das equipes na dinâmica do cotidiano da ESF.

Referente ao tempo de atuação na ESF, pode-se observar que dos 16 depoentes que participaram do estudo compõem as duas equipes desse estudo, sendo que uma delas é formada por 09 membros e a outra equipe é composta por 07 membros. Dessa forma, observamos que 50% dos depoentes abarcam o tempo de atuação até 01 ano, e os outros 50% possuem uma média de 05 anos de atuação na ESF.

Pode-se atribuir essa igualdade na percentagem em parte, a questão política desse município ocorrida em 2004, em que o PACS foi reformulado com relação à modalidade de contratação e feitas na época demissões dos ACS e realizadas novas contratações regidas pela Consolidação das Leis Trabalhistas (CLT). Explica-se a proporção de 50% desses membros com tempo de trabalho na ESF até 01 ano, referente ao tempo de implantação da última equipe, porém há que se considerar que nem todos dessa última equipe são os que têm menos tempo, pois com relação aos demais profissionais sabe-se que existe a transferência de alguns componentes entre as unidades do município e a integração de outros à equipe mais recente que compôs o estudo.

As respostas dos depoentes sobre a participação em cursos na ESF foram definidas em 08 grandes áreas temáticas e os dados referentes às unidades de registro foram agrupados

e extraídos das respostas do roteiro semi-estruturado e apresentados em valores absolutos dos eventos declarados pelos 16 sujeitos, com relação à frequência de ocorrência nessas respostas.

**Quadro 2: Perfil dos sujeitos da pesquisa, das duas equipes da ESF, com relação à participação em programas/atualização/capacitação/pós-graduação para a ESF, no município de Teresópolis, 2006.**

Para identificarmos as oportunidades obtidas pelos profissionais, referentes à sua formação para a ESF, vimos a necessidade de abordá-los para conhecermos em quais parâmetros e conteúdos essas práticas e conformavam.

<b>PROGRAMAS/ATUALIZAÇÃO/ CAPACITAÇÃO NA ESF</b>	<b>DESCRIÇÃO DOS TEMAS</b>	<b>NÚMERO DE ITENS PRESENTES</b>
Programa de Atenção Integral à Saúde da Mulher, da Criança e do Adolescente PAISMCA	Aleitamento materno	06
	Benfam/Planejamento familiar	03
	Criança	01
	Diarréia	01
	Doenças prevalentes na infância	01
	Gestante	01
	Infecções respiratórias agudas	01
	Puericultura	01
	Vacinação/imunização	04
Doenças Infecto-Parasitárias - DIP	Dengue	01
	DST	02
	Hanseníase	09
	Tuberculose	07
Programa de Saúde do Adulto/Idoso	Diabetes	01
	Hipertensão arterial	02
Sistema de Informação em Saúde	Sistema de Informação da Atenção Básica SIAB	01
Atualização para ACS	Técnico de ACS – 1º módulo	06
	Capacitações para ACS	03
Atualização em técnicas de enfermagem	Aferição de PA	01
Capacitação na ESF	Introdução ao PSF	01
Pós-Graduação em Saúde da Família ( <i>lato sensu</i> )	Pós-graduação em Saúde da Família	03

Fonte: Instrumento da Coleta de Dados da Pesquisa, 2006

O quadro acima apresenta o perfil dos componentes das equipes em relação à participação dos mesmos em processos de capacitação. Ressaltamos que os eventos mencionados não eram limitados no momento das entrevistas, os depoentes relatavam conforme se lembravam dos cursos já realizados, surgindo ampla diversidade de cursos.

Observa-se que a maior participação dos sujeitos da pesquisa se deu em relação a cursos relacionados à área materno-infantil e às doenças infecto-parasitárias. Isto é mais

coerente frente ao exposto a uma preocupação na prevenção de doenças, além de se constituir nos temas tradicionais da prevenção que se tornam questões instrumentais da prática.

Em 01 (6%) depoimento aponta para a oportunidade de curso para o SIAB, o qual poderia ser uma ferramenta para alavancar as práticas voltadas à perspectiva da promoção da saúde, utilizando o planejamento local, com definição dos indicadores e prioridades a serem trabalhadas pelas equipes junto às comunidades adscritas.

Vale ressaltar que com relação à participação em cursos de pós-graduação, 03 (19%) mencionaram ter tido a oportunidade de realizá-lo. Esse fato pode sinalizar que quantitativamente é pequeno, porém pode se expressar qualitativamente nas práticas, ao se pensar na aquisição de uma “bagagem” mais politizada para a prática profissional.

A lacuna existente no processo de formação dos trabalhadores da saúde para atuar na lógica da promoção da saúde, ainda é marcante nos dias atuais, tendo em vista que os cursos da área da saúde, ainda, são oferecidos e atendem às áreas programáticas do MS. Tal tendência gera um risco perceptível de se ter uma prática fragmentada, ao invés de uma compreensão crítica e atuante dentro de uma conjuntura mais ampla do processo saúde-doença, podendo as práticas de saúde continuar centradas num modelo de assistência tradicional e não focada nos princípios da integralidade e equidade.

Pode-se pensar que a política de valorização do trabalhador em saúde, reflete não somente na sua qualificação profissional, mas também na sua formação e educação permanente. Reconhece-se, então, que esse desafio abrange não somente a Secretaria de Gestão do Trabalho e a de Gestão da Educação na Saúde, mas também o Ministério do Trabalho, o Ministério da Educação e os gestores das esferas estaduais e municipais.

É importante ressaltar que a ESF trata-se de uma nova prática em saúde, portanto no início da implantação da ESF nos municípios era oferecido um “Treinamento Introdutório” aos membros das equipes. Esses treinamentos deveriam ocorrer antes da atuação, porém sabemos que essa prática muitas vezes fica a desejar, ou seja, os profissionais iniciam suas atividades para posteriormente terem um suporte de discussão voltado à sua prática, o qual poderia ser mais efetivo se ocorresse mais próximo da realidade dos serviços e comunidade.

A partir de então, buscamos levantar informações produzidas por nossos depoentes e por nós interpretadas, que respondessem às questões da pesquisa. Comentamos a seguir os resultados obtidos e as observações da autora orientadas a partir de três categorias, mesclando-as às falas dos depoentes, apresentadas entre “aspas”.

## **5.2. A Promoção da Saúde na concepção das duas equipes da ESF: o dilema entre educar e informar**

Em verdade, as definições de promoção da saúde apresentadas por diversos autores possuem significados bastante amplos na concepção do processo saúde-doença e seus determinantes.

Buss apud Czeresnia (2004, p. 15) nos aponta frente ao discurso vigente no campo da promoção da saúde que esta "propõe a articulação de saberes técnicos e populares e a mobilização de recursos institucionais e comunitários, públicos e privados para seu enfrentamento e resolução”.

Esta categoria teve o intuito de provocar uma aproximação acerca do conhecimento dos depoentes e de aproximá-los ao tema proposto pelo estudo, de modo a apreender a concepção de promoção da saúde no conjunto dos sujeitos da ESF.

As falas apresentadas a seguir, nos permitem ressaltar que para 10 (69%) dos 16 depoentes a promoção da saúde é entendida como um processo de ensinar-aprender. A análise do conjunto dessas falas sugere que a maioria dos trabalhadores das duas equipes de saúde da família entende que promoção da saúde está atrelada aos recursos da “**educação**”, numa perspectiva de ensinar-aprender a minimizar o adoecimento.

*“Tudo que a gente passa para a comunidade [...] estar sempre orientando...” ACS<sub>3</sub>*

*“São todas as ações educativas voltadas para o bem-estar coletivo ou individual...”*  
ACS<sub>4</sub>

*“Tentar orientar as pessoas sobre doenças...” ACS<sub>5</sub>*

*“...ajudar a educar o povo, para eles não adoecerem tanto [...] a gente pede que eles façam as coisas e eles não fazem...” ACS<sub>8</sub>*

*“Levar conhecimento a minha família e às famílias [...] ensinar, [...] fazer uma educação na saúde...” ACS<sub>9</sub>*

*“... estar orientando todas as pessoas leigas...” E<sub>1</sub>*

*“É uma educação preventiva sobre o perfil epidemiológico, quais necessidades que a população tem, que terá impacto na qualidade de vida [...]. Atividades educativas, de orientações futuras, autocuidados, prevenções.” E<sub>2</sub>*

*“Meios e atitudes que a gente pode melhorar a qualidade de vida, ensinando as pessoas para que elas não adoçam...” M<sub>2</sub>*

*“...é conscientizar a população do que ela tem que fazer[...] para realmente não ter doença.” TE<sub>1</sub>*

*“...promover saúde é ensinar, educar a se tratar, a se cuidar...” TE<sub>3</sub>*

Observamos nas declarações acima a repetição de todas as concepções apregoadas à perspectiva da história natural da doença, onde evitar as doenças ou seu agravamento, corresponde a adoção de medidas educativas, que visam melhorar a resistência e o bem-estar geral dos indivíduos.

Lefevre (2004 p.61) descreve que

*[...] o profissional de saúde acredita possuir, sob a forma de monopólio, o único conhecimento verdadeiro e legítimo sobre os temas que envolvem a saúde e a doença; também porque o profissional acredita estar socialmente investido de autoridade sanitária, para, em nome dos interesses maiores da coletividade, impor este tipo de comportamento aos indivíduos; e, finalmente, porque ele se considera técnico especialista.*

No modelo proposto por Leavell & Clark em 1976, a promoção da saúde é uma ação de prevenção primária, confundindo-se com a prevenção por estar apresentada no mesmo nível da medida de proteção específica, tendo como exemplo mais comum as vacinas e o uso de preservativo nas relações sexuais. (WESTPHAL, apud CAMPOS et all, 2006)

Chamou-nos a atenção o modo como utilizam o discurso da educação, ou seja, enfatizam o “ensinar”, o “educar” e outros termos afins sustentando-nos a entender a metodologia da transmissão como escolha, não utilizando o saber popular e a categoria da autonomia na prática pedagógica, a fim de idealizarmos uma prática educativo-crítica. Freire (1996 p.22) nos faz refletir que:

*[...] desde o princípio mesmo de sua experiência formadora, assumindo-se como sujeito também da produção do saber, se convença definitivamente de*

*que ensinar não é transferir conhecimento, mas criar as possibilidades para a sua produção ou a sua construção[...].*

É importante discutir as concepções de educação trazidas pelos depoentes, pois idéias e posicionamentos em relação à prática de educação e informação em saúde são discutidos por alguns atores de maneira antagônica. Para Freire (2002, p. 27) “a educação é possível para o homem, porque este é inacabado e sabe-se inacabado [...] O homem deve ser o sujeito de sua própria educação. Não pode ser o objeto dela. Por isso, ninguém educa ninguém. [...] A educação tem caráter permanente”.

Em contrapartida, Lefevre (2004), discute que ao se pensar em atividades de promoção da saúde, essas devem ter a dimensão da socialização da informação, ou seja, será preciso um deslocamento da educação para a informação que deve, sobretudo pela via da modalidade discursiva do diálogo, ser amplamente disponibilizada para uso e usufruto da cidadania. Discute, ainda, que:

*a proposta educativa de tipo “conducente”, na promoção da saúde, deve ser abandonada em favor da proposta informativa porque as pessoas não devem (e muitas não querem, com toda razão) ser “educadas”, isto é, conduzidas, mas ao contrário, com a ajuda e dialogando com a informação técnica devidamente decodificada, conduzir sua vida. (IBIDEM, p. 60)*

Torna-se importante refletirmos o saber-fazer promoção da saúde pelas equipes, uma vez que essas teorias se confrontam. Nesse sentido, precisamos manter um eixo de discussão para que as práticas de promoção da saúde estejam ancoradas em municiar as populações de conhecimentos significativos por meio da troca de saberes, sendo que para elas essas práticas possam ser vistas, sentidas e utilizadas como recursos para a tomada autônoma de decisões.

O significado da promoção da saúde no contexto atual é orientado a partir de uma concepção positiva de saúde, focando as potencialidades dos indivíduos de forma integral, multideterminada, processual, dinâmica e ligada aos direitos básicos do cidadão. Para Czeresnia (2004, p. 47)

*a idéia de promoção envolve a de fortalecimento da capacidade individual e coletiva para lidar com a multiplicidade dos condicionantes da saúde. Promoção nesse sentido, vai além de uma aplicação técnica e normativa, aceitando-se que não basta conhecer o funcionamento das doenças e encontrar mecanismos para seu controle. Essa concepção diz respeito ao fortalecimento da saúde por meio da construção e capacidade de escolha, bem como à utilização do conhecimento com o discernimento de atentar para as diferenças e singularidades dos acontecimentos.*

Podemos discutir que a “condução das práticas” que se fazem presentes no cotidiano do trabalho das equipes da ESF, está organizada pela adoção de intervenções que visam o processo de evitar doenças e o tratamento de outros agravos à saúde.

A promoção da saúde direciona suas ações numa compreensão ampla do processo saúde-doença, afirmando a saúde na sua positividade e reconhecendo a necessidade do envolvimento dos outros setores (ações intersetoriais). Essa compreensão perpassa pelo fortalecimento da capacidade individual e coletiva para lidar com a multiplicidade dos determinantes sociais da saúde. (CZERESNIA, 2003)

É concebida, também, como um conceito permeado de ações e atitudes que visam à construção coletiva (usuários e profissionais) de estratégias e a transformação de determinada condição de vida da comunidade, por meio de um processo que pode implicar conflito de interesses e valores, porém entendendo que os recursos da própria comunidade sejam valorizados e percebidos, garantindo a construção da co-responsabilidade e autonomia, por meio de um processo de capacitação destes sujeitos. A promoção da saúde prioriza ações externas ao aparato assistencial. (CARVALHO, 2005).

Ao mesmo tempo em que entendem a promoção da saúde como práticas educativas, em 07 (44%) dos depoimentos deixam a sensibilidade humana sobrepôr e exprimem seu afeto e pensamento como profissionais que se doam, cuidam, ajudam e assumem a responsabilidade de promover saúde para a população.

*“... promoção de saúde é tomar cuidado do paciente para ver se a saúde dele está andando direitinho”.* ACS<sub>1</sub>

*“... é o meu trabalho na comunidade, ajudando as pessoas a melhorarem a saúde...”*  
ACS<sub>2</sub>

*“... é a melhora da saúde da população [...] ajudando as pessoas mais carentes, indo até os lares, até a população...”* ACS<sub>6</sub>

*“... é a gente chegar nas pessoas que mais precisam [...] apresentar uma coisa que seja interessante para eles com o posto”.* ACS<sub>7</sub>

*“... fazer com que a pessoa queira se dar melhor condição de saúde física e mental [...] que eles saibam o que eles têm que fazer no dia-a-dia deles para melhorar o nível de vida...” M<sub>1</sub>*

*“...você ter condições de trabalho [...] você ter condições de atender com aquilo que tem [...] para você oferecer para aquele paciente [...] TE<sub>1</sub>*

*“... seria em primeiro lugar promover mais melhoria da saúde...” TE<sub>2</sub>*

Ao observarmos e analisarmos os depoimentos, esses depoentes entendem a promoção da saúde como uma atividade a ser oferecida, “passada” à população de maneira assistencial e unidirecional (profissional/usuário). Algo que vem do profissional para o usuário.

Torna-se interessante observar que ao mesmo tempo em que os depoentes entendem que a promoção da saúde é cuidar, ajudar, eles deixam uma conotação de interdependência, manifestando certo “poder” e “controle” sobre os usuários daquelas unidades.

Caponi (2000, p. 11) descreve que:

*[...] estas estratégias de ‘biopoder’ interferem em nossa existência, na medida em que cuidam de nossa saúde, vigiam nossos movimentos, discutem nossa sexualidade, administram nossa força de trabalho e assistem nossas necessidades mais elementares, olhando para os aspectos mais ínfimos e as tramas mais íntimas de nossa vida[...].*

Ao nos reportarmos ao papel da promoção da saúde, definido na Carta de Ottawa, que identifica como uma das estratégias fundamentais a capacitação individual e social para a saúde (*empowerment*). Freire (1987 p. 67) nos faz refletir que:

*[...] nos parece indiscutível é que, se pretendemos a libertação dos homens não podemos começar por aliená-los ou mantê-los alienados. A libertação autêntica, que é a humanização em processo, não é uma coisa que se deposita nos homens. Não é uma palavra a mais, oca, mitificante. É práxis, que implica a ação e a reflexão dos homens sobre o mundo para transformá-lo.*

No entanto, será que o entrave de se estabelecer uma comunicação efetiva e (trans)formadora é decorrente das diferenças culturais existentes entre os diversos atores? Essa proposição justificaria a adoção de métodos mais diretivos e controladores, ao invés de

buscar práticas no cotidiano do trabalho mais dialogada e interativa, onde os sujeitos se reconhecem enquanto atores ativos no processo?

A desvalorização do saber popular pode permear as relações entre profissionais de saúde e usuários, onde se torna mais cômodo uma relação entre dominantes e dominados e, o envolvimento do profissional fica mais velado. Daí a necessidade de estreitar os canais de comunicação e participação entre profissionais e usuários.

Pensamos, também, que, os profissionais de saúde não demonstraram ênfase referente a uma postura de concepção política, crítica, mobilizadora e articuladora de interesses coletivos que visem à qualidade de vida, pois pareceu-nos que os diferentes profissionais analisam a promoção da saúde com base nos referenciais de sua própria categoria profissional.

Para Gutierrez (1997, p.117) in Czeresnia (2003, p.19)

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

Para finalizar a análise dessa categoria, ressaltamos que nenhum dos depoimentos trouxe a concepção de promoção da saúde pautada no processo de capacitação da comunidade em função do exercício da cidadania, a participação social, a mobilização da comunidade, a intersetorialidade, a troca de saberes, o *empowerment* e a *governance*, para que juntos (profissionais, indivíduos, famílias e comunidade) pudessem buscar o planejamento e a elaboração de políticas públicas saudáveis, voltadas à realidade local.

### **5.3. A promoção da saúde nas duas equipes de saúde da família: o reducionismo do cotidiano.**

Nesta categoria procuramos identificar de forma específica, as atividades de promoção da saúde concebidas e desenvolvidas pelos membros das equipes da ESF, no cotidiano do trabalho.

Observamos que nos depoimentos as atividades de promoção da saúde referem-se predominantemente, às atividades educativas, porém àquelas que atendem às áreas programáticas direcionadas pelo Ministério da Saúde e do próprio SIAB.

As **ações de educação em saúde**, segundo Silva e Bordin (1996, p. 61), podem ser classificadas em duas abordagens básicas:

✓ **As ações de prevenção e controle de doenças** – estas se caracterizam por uma série de atividades que apresentam como ponto de partida o perfil epidemiológico da população e sua configuração em demandas ao serviço de saúde. Seus objetivos principais são a compreensão da origem e desenvolvimento dos agravos à saúde e autocuidado. Tais atividades primam por socializar o saber sobre saúde cientificamente construído e por oferecer elementos que permitam aos indivíduos uma ação direta sobre as situações de doença que os atingem ou possam vir a atingir.

✓ **A educação em saúde como forma de intervenção sobre os determinantes sociais do processo saúde-doença** – constitui-se a partir das atividades que visem conscientizar a população para ações de cidadania. Estas atividades consistem na mobilização popular da população para ações transformadoras da realidade em que estão inseridas e da sociedade como um todo.

A socialização da informação é uma das dimensões da promoção da saúde, porém a promoção da saúde é muito mais que do apenas a difusão de informação.

Assim, observa-se em 15 (94%) depoimentos, que houve uma associação entre as ações de prevenção e controle de doenças e as atividades de promoção da saúde por eles desempenhadas. Estas atividades foram declaradas como co-relacionadas a palestras, campanhas, ações e busca ativa de usuários (focado na detecção e diagnóstico precoce de doenças).

*“... é feito na unidade os grupos de hipertensos, diabéticos, grupos de puericultura, grupos de adolescentes, grupos de gestante”.* ACS<sub>1</sub>

*“ Resgatando as pessoas com problema de saúde...”* ACS<sub>2</sub>

*“...os grupos fixos aqui na unidade são diabetes e hipertenso [...] promoção mesmo são as palestras [...] a gente faz uma ação na comunidade, chama todo mundo panfleta...”*  
ACS<sub>3</sub>

*“... toda a ação que a gente tem aqui na unidade, nós temos voltada para o fumo que a gente pede para não fumar [...] os grupos de hipertensão, diabetes [...] os grupos de gestantes a gente orientando qual a melhor maneira da gestante estar se posicionando [...] os seios melhor maneira de desenvolver os mamilos...” ACS<sub>4</sub>*

*“... é um trabalho de educação com as crianças e com os adultos também [...] a gente faz grupo de diabetes, hipertensão [...] planejamento familiar, puericultura, também porque ensina muito as mães como elas devem correr com uma febre [...] então eu acho que é educação de saúde para as mães também”. ACS<sub>5</sub>*

*“... palestras que tem no posto... você até começa a descobrir que você pode ser um diabético...”. ACS<sub>6</sub>*

*“... a gente faz muitas ações, palestras. E todo dia eu tento passar para eles um pouco disso. É um trabalho de formiguinha...” ACS<sub>7</sub>*

*“... procura orientar o paciente na medida do possível e trazer o paciente também na unidade, para se cuidar, fazer os exames de rotina, virem ao médico [...] no grupo de hipertenso e diabético muitos têm vindo [...] para poder orientar melhor, a gente procura fazer palestra para poder orientar melhor [...] a gente fala muito sobre derrame, infarto, sobre a diabete...” ACS<sub>8</sub>*

*“... a gente faz ações geralmente com a equipe, levando para eles conhecimento nas escolas, nas creches [...] o que a gente faz é isso, faz palestra na escola que foi de higiene...” ACS<sub>9</sub>*

*“... trabalho na parte de prevenção de doenças [...] eu oriento todas as mulheres em relação ao cuidado com elas, com o corpo delas ...” E<sub>1</sub>*

*“São as ações educativas na população, grupos específicos de educação e saúde [...] na atividade de prevenção até na consulta individual, dando sempre orientações para prevenção de doenças...” E<sub>2</sub>*

*“Aqui na unidade, costumamos trabalhar mais nos grupos, de um determinado tipo de pessoas, que têm determinados tipos de problemas, por exemplo: grupos de hipertensão, grupos de diabetes, grupos de mães com as crianças, grupos de gestantes, de idosos...” M<sub>1</sub>*

*“... temos aqui os grupos de hipertensão, diabéticos, o pessoal assiste algumas palestras...” M<sub>2</sub>*

*“... orientações tanto para hipertenso, ,como para diabético, o que eles devem comer, o que devem fazer...” TE<sub>1</sub>*

*“... atividade do grupo que eu participo, grupo de diabético que eu faço a glicemia [...] converso com eles todos reunidos, explicamos o mal da diabetes, como se tratar, como se cuidar [...] em modos gerais, são as atividades todas do grupo de hipertenso...” TE<sub>3</sub>*

Silva e Bordin (1996) destacam que as atividades de educação em saúde podem ser vistas como um mecanismo de interação entre o saber científico e o popular, com o objetivo de socialização do saber científico e de reconhecimento social do saber popular.

As atividades declaradas pelos profissionais que visam a promoção da saúde, nos parece limitadas à via discursiva do diálogo, legalmente instituído para uso e usufruto da cidadania, deixando de lado a criatividade e a essência da promoção da saúde, que permite a construção coletiva, o diálogo, a troca de idéias, a análise da realidade, o contexto em que se encontra inserido profissionais e usuários, além da perspectiva da transformação social em que cidadãos e profissionais adotem uma postura política e crítica frente aos condicionantes macro e micropolíticos da saúde.

Para estabelecer esta relação de forma efetiva, Freire (1987 p. 79) nos aponta que:

*[...] o diálogo é uma exigência existencial. E, se ele é o encontro em que se solidarizam o refletir e o agir de seus sujeitos endereçados ao mundo a ser transformado e humanizado, não pode reduzir-se a um ato de depositar idéias de um sujeito no outro, nem tampouco tornar-se simples troca de idéias a serem consumidas[...]*

Foi declarada por 08 (50%) depoentes que são atividades de promoção da saúde a prática da Visita Domiciliar (VD), principalmente quando estas possuem algum problema de saúde ou quando se deseja identificar casos novos de determinados transtornos da saúde, para que se possa manter o controle e ou a vigilância da saúde da população.

*“Nas minhas visitas diárias que faço na casa dos pacientes. Eu observo se eles estão seguindo os meus conselhos [...] se estão fazendo a dieta direitinho...”*. ACS<sub>1</sub>

*“Nós procuramos sempre nas visitas [...] colocar o que é primordial para saúde estar bem equilibrada [...] evitar os estresses maiores, saber resolver os problemas com equilíbrio, com harmonia...”*. ACS<sub>4</sub>

*“A gente como agente comunitário de saúde, indo até os lares, nas pessoas conversando...”*. ACS<sub>6</sub>

*“... nas visitas domiciliares que eu faço, eu apresento as coisas que a gente pode oferecer para eles de maior interesse, como funciona e tudo o que o posto oferece...”*. ACS<sub>7</sub>

*“A gente vai às casas, explica como eles têm que fazer para estar indo ao posto, que não é só no caso de doença que eles têm que procurar, tem que fazer um exame rotineiro para que a prevenção aconteça...”*. ACS<sub>9</sub>

*“... as visitas...”* M<sub>1</sub>

*“... os agentes comunitários que vão visitá-los, que vão levar informações que chegam da secretaria, avisam sobre as campanhas, quando chegam os medicamentos...”* M<sub>2</sub>

*“A visita, atender qual o paciente que não pode vir na unidade...”*. TE<sub>2</sub>

A VD é um recurso importante para o cuidado na ESF e pode ter vários objetivos que culminam na internação domiciliar, na busca ativa de casos novos de doenças e faltosos, no acompanhamento aos usuários portadores de doenças crônicas e acamados e, no acompanhamento do indivíduo e família no domicílio.

Brasil (2000) menciona que a VD é elemento central da ESF. É realizada cotidianamente pelo ACS que garante o vínculo e o acesso ao contexto familiar e social, tendo por finalidade monitorar a situação de saúde das famílias, principalmente daquelas que enfrentam qualquer situação de risco bem como atender às pessoas doentes, que estão acamadas ou têm qualquer ordem de dificuldade para se locomover até a unidade de saúde.

Observamos que o cenário das VDs, pode ser propício para a promoção da saúde.

Precisa ser reconhecido e dialogado junto às famílias as necessidades e as possibilidades presentes em cada indivíduo e no entorno da organização familiar e, posteriormente sendo necessário a busca de participação dos outros setores da sociedade, identificando em conjunto os fatores positivos e disponíveis como recurso para um melhor andar a vida e, conseqüentemente a melhoria da qualidade de vida.

A organização cotidiana do trabalho dos profissionais da ESF nos pareceu estar tão relacionada às práticas preventivas que é declarada por 03 (19%) depoentes as atividades de vacinação, como sendo de promoção da saúde – o exemplo mais clássico conhecido como atividade de prevenção de doenças.

*“... a vacina sempre estar avaliando o calendário vacinal, o cartão de vacina estar retirando dúvida...”*. E<sub>2</sub>

*“... vacina...”*. TE<sub>1</sub>

*“Atividade que eu faço administrativa, vacinação...”*. TE<sub>3</sub>

A promoção da saúde introduzida por Leavell & Clark, tem no nível da atenção primária à saúde o objetivo de evitar que as pessoas adoeçam; para tanto, lança mão de medidas voltadas para as condições do meio ambiente e social, não só para promoção geral da saúde, como para dar proteção específica a algumas doenças, como é o caso das vacinas.

Nos depoimentos podemos atribuir um grau de influência das competências e responsabilidades mais próximas dos respectivos depoentes, pois é notável no discurso a presença das práticas cotidianas da equipe de enfermagem.

Em relação às atividades que mais se aproximam à nova concepção de promoção da saúde baseada no que a literatura apresenta, foi apontada no discurso de 04 (25%) depoentes, os quais deram destaque para a intersetorialidade, estabelecimento de parcerias para a possibilidade de uma transformação social mais participativa. Dentre esse apontamento, vale ressaltar que foram feitos na maioria por ACS.

*“... ação na comunidade [...] ou na igreja temos parcerias...”* ACS<sub>3</sub>

*“... tem pouco tempo, mas está engatinhando que é o conselho gestor, é um elo muito forte da comunidade conosco e voltado para a comunidade [...] vem promovendo ações junto com a gente, em parceria para o melhor da comunidade [...] tem também os grupos que a gente envolve a escola [...] é uma parceria que a gente tem com a escola [...] a associação dos moradores que está sempre presente com a gente no conselho gestor...”. ACS<sub>4</sub>*

*“... levando para eles conhecimento nas escolas, creches [...] palestras na escola...”*  
ACS<sub>9</sub>

*“... essas atividades todas do grupo de hipertenso, inclusive eles ficam muito felizes, a gente os leva para passear e outra coisa também, são essas coisas que a gente tem feito no colégio, as palestras...”* TE<sub>3</sub>

É possível perceber nas falas anteriores que, existe a possibilidade de se estreitar os contatos com a coletividade do entorno da equipe da ESF, porém na verdade, essas práticas, ainda estão reduzidas ao modelo de prevenção. Foi percebido durante as entrevistas, que existe sim a parceria, mas o foco desses contatos parte de uma demanda de necessidades que se discutam as questões de higiene corporal e oral, doenças sexualmente transmissíveis, gravidez na adolescência, uso de drogas e outras.

Entretanto, o profissional de saúde, formado com o pensamento que ele é um “educador”, reduz nas suas práticas cotidianas discussões voltadas aos aspectos biológicos e preventivos.

Para a promoção da saúde é importante trazer a discussão desses temas, até mesmo porque é uma necessidade da sociedade visto as condições de moradia, renda, educação, estilo de vida, mas é preciso contextualizar essas questões dentro de uma concepção mais ampla do que ministrar, para indivíduos, coletividades, grupos de usuários, população em geral, comportamentos padrões e pré-determinados e, geralmente enunciados no imperativo.

O profissional precisa acreditar e buscar articulação, participação e fortalecimento da comunidade na elaboração do planejamento de atividades da equipe, com vistas à possibilidade de alavancar campos estratégicos de promoção da saúde.

A Lei Orgânica da Saúde n° 8.142/90 garante a participação da população na gestão do SUS. Brasil (2006) apresenta na íntegra a Lei referida e detalha a legitimidade da representação dos usuários nos Conselhos e Conferências de Saúde de forma paritária em relação ao conjunto dos outros segmentos.

Como podemos pensar a promoção da saúde, sem nos despojarmos de uma visão curativista, detentora do saber e do outro, diretiva e focada nas queixas (negativas) principais dos usuários? Precisamos nos desvencilhar desse aparato retórico e formar uma consciência mais política, mobilizadora, conhecedora e mediadora das políticas públicas saudáveis de modo a serem efetivas e nos tornarmos defensores da defesa de causa da saúde, capacitando a população para busca de ambientes favoráveis à vida.

A promoção da saúde busca a mudança cultural e técnica, principalmente dos profissionais que atuam cotidianamente nos serviços de saúde.

Freire (1996, p. 113) completa que:

*[...] o sonho que nos anima é democrático e solidário, não é falando aos outros, de cima para baixo, sobretudo, como se fôssemos os portadores da verdade a ser transmitida aos demais, que aprendemos a escutar, mas é escutando que aprendemos a falar com eles. Somente quem escuta paciente e criticamente o outro, fala com ele[....]*

Mais uma vez nossas reflexões iniciais voltam à tona: as atividades de promoção da saúde desenvolvidas pelos componentes das equipes da ESF despersonaliza a promoção da saúde, distorcendo em grande parte, para as atividades de prevenção de doenças.

As estratégias de promoção da saúde são, sem sombra de dúvidas, também um produto da cultura da sociedade. O despertar e a iniciativa dos profissionais junto aos cidadãos da comunidade para a discussão efetiva das práticas de promoção da saúde e busca da qualidade de vida, nos aponta a importância de articulação com os diferentes setores da sociedade (prática da intersetorialidade) para a responsabilização do poder público e o fortalecimento da população para a formulação e implementação integrada de políticas e intervenções (nova “*governance*”), a fim de se possibilitar e facilitar a escolha por opções saudáveis às pessoas. Não adianta discutirmos de forma ideológica a adoção de hábitos saudáveis para a população, se os recursos para essa prática dentro da nossa sociedade estão além das possibilidades de aquisição pelos custos elevados e dificuldade de acesso.

A efetiva prática de promoção da saúde é adotar estratégias de empoderamento e sustentabilidade individual e coletiva, galgando as condições essenciais de alimentação, moradia, educação, lazer, transporte, saneamento, condições sócio-econômica e dentre outros.

#### **5.4. A promoção da saúde e o trabalho em equipe: entre o real e o possível.**

Nesta categoria recortamos os fatores que facilitam e dificultam, tornando-se os fatores intervenientes para o desenvolvimento de atividades de promoção da saúde das duas equipes da ESF. Neste ponto, observamos que nos depoimentos os fatores que facilitam e dificultam assumem posições contrárias, ou seja, ao mesmo tempo em que para alguns dos depoentes determinados fatores facilitam para outros, esses mesmos dificultam o desenvolvimento das atividades de promoção da saúde. Inicialmente, apresentaremos a análise e discussão de maneira simultânea, fazendo o contraponto entre esses discursos.

Merece destaque nessa categoria, que ao ser analisada não foi referido por nenhum dos entrevistados como fatores intervenientes ao desenvolvimento de estratégias de promoção da saúde, aqueles referentes às condições políticas, ao fato de pleitear políticas públicas, trabalhar de maneira intersetorial, pactuar parcerias, estimular o fortalecimento e mobilização da comunidade.

Como fator que facilita, aparece em 07 (44%) depoimentos que o trabalho em equipe é primordial para facilitar o desenvolvimento das estratégias de promoção da saúde.

*“O trabalho em equipe [pausa] . É quando a gente está resgatando as pessoas para ir para cá, e todo mundo se interessa em ajudar as pessoas ...”*. ACS<sub>2</sub>

*“Realmente a equipe, porque temos que trabalhar junto é o que facilita e na mesma hora é o que dificulta, porque é muito difícil”*. ACS<sub>5</sub>

*“Hoje, assim, eu considero a equipe mais unida...”* ACS<sub>8</sub>

*“Facilita é que a equipe é empolgada, em tudo que surge para fazer todos se propõem a fazer...”*. E<sub>2</sub>

*“... o fator que facilita é uma equipe bem regulada [...] quando há um vínculo na equipe...”*. M<sub>1</sub>

*“A equipe unida, assim facilita que um passa informação para o outro...”*. TE<sub>1</sub>

“ *Em primeiro é a equipe, como conjunto nós poderíamos chegar a um consenso maior da saúde, porque um só não resolve*”. TE<sub>2</sub>

Em algumas falas que citam o trabalho em equipe como facilitador, nos permite pensar de forma empírica que ele é facilitador, mas não está sempre presente nas práticas cotidianas, como aparece no depoimento do ACS<sub>5</sub>, M<sub>1</sub> e TE<sub>1</sub>.

O trabalho em equipe é valorizar e comprometer a participação de todos, tendo claro o objetivo daquele conjunto de pessoas e a compreensão do porquê de se envolver na realização de determinadas questões.

Brasil (2000) descreve que um dos pressupostos mais importantes da ESF é promover o trabalho em equipe, o que requer o estabelecimento de respeito profissional entre todos os membros.

O desenvolvimento de atividades efetivas de promoção da saúde é complexo, visto que essas práticas podem transcender o cotidiano sistemático e convencional do trabalho nos serviços de saúde. O trabalho em equipe é fundamental, para garantir a sustentação dessa prática.

É preciso incorporar o trabalho primeiramente na própria equipe, dialogar nas reuniões semanais o planejamento local do trabalho e a priorização de atividades a serem desenvolvidas, para que a partir daí possam ser estabelecidos os objetivos, os responsáveis envolvidos, as metas e as avaliações periódicas. Todo esse planejamento do trabalho deve ser dialogado e, se possível, construído junto com as lideranças comunitárias e usuários, além de estar flexível e receptivo às sugestões e críticas.

Entende-se por trabalho em equipe:

*o conjunto ou grupo de pessoas com habilidades complementares, comprometidas umas com as outras pela missão comum, objetivos comuns (obtidos pela negociação entre os atores sociais envolvidos) e um plano de trabalho bem definido. (ORGANIZAÇÃO PAN-AMERICANA DA SAÚDE. REPRESENTAÇÃO DO BRASIL, 2000 p. 46).*

Observamos que diante das proposições citadas acima, a ausência de um trabalho em equipe é entendida por 04 (25%) participantes, como fator que gera obstáculos para o desenvolvimento de estratégias de promoção da saúde.

*“ ... Cada um ficou com um pouco de interesse de cada um, com sua comunidade, mas também aqui como equipe cada um se distanciou até mais...” ACS<sub>7</sub>*

*“... falta incentivo de toda a equipe [...] não basta só um querer, tem que todos, todos têm que estar sempre forte...” ACS<sub>9</sub>*

*“A falta de respeito, de interesse”. TE<sub>1</sub>*

*“Dificulta [...] é a questão do trabalho mesmo em equipe.” TE<sub>2</sub>*

Pensamos ser de fundamental importância o trabalho em equipe, para a efetiva prática da promoção da saúde.

São naturais os conflitos e questionamentos internos do ser humano, pensamos que a promoção da saúde nos faz sempre querer avançar e, em tempos recuar. O processo de mediação muitas vezes é árduo, pois nos deparamos com diversas intenções e interesses entre os atores envolvidos. A capacidade do profissional, algumas vezes, em negociar, torna-se difícil, pois faculta na necessidade de se estabelecer, algumas vezes, acordos comuns entre pessoas com objetivos distintos.

Na nossa vivência junto às equipes da ESF escutamos termos “a gente passa mais tempo aqui na unidade do que em casa, por isso aqui, também, é nossa família”. No entanto, situações de conflito se fazem presentes nessa arena, onde o jogo do trabalho precisa ter direção, metas e objetivos comuns que visem sempre à satisfação do trabalhador e, em especial, as necessidades dos usuários.

A atuação e o compromisso nas práticas de promoção da saúde só são possíveis de serem suportados, se todos estiverem “juntos”, como nos faz lembrar o texto de reflexão “O Vôo da Águia” (Autor desconhecido), quando o pássaro que está liderando e norteando a direção do bando se cansa, ele toma outra posição no grupo e um dos outros assume tal liderança.

Observamos que 05 (31%) declarações referiram que estabelecer boa relação interpessoal com os indivíduos, famílias e comunidade é fator que facilita os usuários receberem o profissional da equipe de saúde da família, tornando-se importante para estreitar a relação entre os pares e permitindo uma interação mais afetiva. Essa prática pode culminar na possibilidade de se estabelecer maior vínculo, confiança e empatia entre os atores envolvidos.

*“A boa vontade do paciente [...] abrindo a porta da casa dele para me atender, fica mais fácil”.* ACS<sub>1</sub>

*“... quando eles vêm que a gente se preocupa com eles [...] a gente se interessa, acompanha, dá toda a assistência, carinho, amor é isso que consegue facilitar a vinda deles para cá. O que facilita é a relação.”* ACS<sub>2</sub>

*“... indo até a casa, chamando, conversando. Tendo aquele carinho, aquele amor [...] Você dá carinho a elas pronto, já conquistou elas, então eu acho que o carinho, o amor, a paciência, a união naquela família desenvolve muito a poder ajudar eles e fazer a promoção de saúde neles”.* ACS<sub>6</sub>

*“Primeiro a aceitação, eles (os clientes) aceitam muito bem o que nós levamos, eles gostam quando a gente vai e faz...”* ACS<sub>9</sub>

*“A facilidade é que elas entendem tudo o que a gente fala. A gente usa a linguagem deles, transcreve, a gente traduz todo termo técnico, aí eles gostam...”* E<sub>1</sub>

Chama atenção a percepção e valorização do ACS, em especial, no que diz respeito à relação interpessoal, o vínculo, o cuidado e o acolhimento como elementos que facilitam as atividades de promoção da saúde.

As ações da atenção básica em saúde, têm como eixo norteador as necessidades sociais em saúde e, nesse sentido, preocupam-se com a saúde da população, sejam indivíduos, grupos étnicos, gerações, classes sociais e populações, instigando uma maior e mais efetiva participação da sociedade nas questões da vida, da saúde, do sofrimento e da morte, na dimensão do coletivo e do social. (CARVALHO e CECCIM, 2006)

A nossa sociedade vem sofrendo banalização dos princípios éticos, dos valores familiares e morais que regem as diferentes organizações sociais. Esses valores são essenciais à vida humana e à sobrevivência, porém estão sendo perdidos gradativamente, colocando-nos vulneráveis aos mais temidos gestos de violência.

Muito nos chamou a atenção para a dialética referente à presença dos estudantes nas unidades de saúde.

A experiência da inserção de estudantes nos serviços de saúde nos é apresentado quando Oliveira (2004, p.316) destaca que:

*a articulação entre instituições formadora e gestora dos serviços e sociedade define uma nova concepção para a política de recursos humanos para o SUS. Orienta-se a partir do desenvolvimento do ensino centrado no processo de trabalho, na inserção do aluno na realidade sócio-sanitária e do acompanhamento dos processos de saúde-doença, nas suas mais variadas formas e manifestações.*

Aparece em 01 (6%) depoimento como um elemento facilitador. Este aponta para a colaboração e para a disposição que os estudantes possuem em participar das propostas e atividades oferecidas no cotidiano do trabalho das equipes.

*“... os alunos facilitam muito, [...] eles ajudam demais a gente, estão sempre junto quando a gente precisa. Até esses que estão começando agora, também sempre que a gente precisa eles vêm...” ACS<sub>3</sub>*

Em contrapartida, aparece em 04 (25%) depoimentos que os estudantes são percebidos pela equipe como sujeitos que deliberam uma atribuição a mais para os profissionais, além do número elevado destes no cotidiano do trabalho.

*“... os alunos são ótimos, maravilhoso trabalhar com eles, só que nós ficamos muito atarefados por ficar com eles...” ACS<sub>3</sub>*

*“... dificuldade que eu acho que desenvolve no PSF, infelizmente, não é que eu não goste, mas não dá para brigar contra isso, é a questão dos alunos, porque eu gosto muito de trabalhar com os alunos, por mim eu ficava só com eles, mas acontece que a gente acaba não fazendo o que a gente deveria fazer [...] os alunos sugam mesmo, eles querem saber tudo e, estão certo, eles têm que saber tudo mesmo, mas cansa muito...” ACS<sub>5</sub>*

*“... eu acho que é até isso, esse excesso [...] que atrapalha a parte de promoção, excesso de aluno...” M<sub>1</sub>*

*“Coisa muito ruim dentro da unidade, aqui nós temos muitos alunos [...] e a unidade não tem condições de tantas pessoas aqui dentro [...] são muitos alunos [...] a*

*unidade é grande, mas no momento está pequena para tanta gente e está dificultando muito o trabalho”*. TE<sub>3</sub>

O convívio com os estudantes pode revigorar o trabalho das equipes de saúde da família, pois quando integrados ao processo de trabalho e compreendendo a articulação entre ensino/serviço/comunidade, podem ser mais criativos e buscar maiores recursos na comunidade, onde não há limites precisos ou rígidos entre as diferentes escutas ou diferentes modos de olhar, pensar e produzir saúde. Com isso, deve ser buscada alternativa para o propósito de formar profissionais capazes de atender às demandas e necessidades da sociedade.

Carvalho e Ceccim (2006, p. 173) descreve que:

*a organização da educação é uma das dimensões da formação em saúde e não pode ser dissociada das demais. A organização dos serviços, o trabalho tal como o encontramos na rede (no mínimo como campo de estágio) e as demonstrações de pensamento dos segmentos corporativos das profissões e dos governos também são processos formativos.*

Vários projetos de aprendizagem em saúde vêm emergindo desde a década de 80, para exprimir uma posição crítica às práticas profissionais e à realidade social. Em 2005 surge o Programa Nacional de Reorientação da Formação Profissional em Saúde (Pró-Saúde), que busca oportunizar uma formação articulada aos serviços em que os estudantes saibam mobilizar em saberes e práticas esses conhecimentos científicos, transformando-os em atividade social e política libertadora.

Não cabe mais a formação dissociada entre os diversos saberes (profissões) onde cada um oferece uma parcela no diagnóstico e tratamento das doenças, mas sim detectar e ofertar ações de promoção da saúde, prevenção de doenças e produção da saúde e da vida.

O projeto político-pedagógico dos cursos da área da saúde visa a aproximação, o mais precocemente possível, dos estudantes nos cenários de práticas (Saúde Coletiva) onde eles poderão vivenciar a realidade de intervenção com práticas de participação e solidariedade que estejam focadas em compromisso de democracia, cidadania e direitos sociais, instituídas, também, nas Diretrizes Curriculares Nacionais dos Cursos da área da saúde.

Ao analisarmos os depoimentos com relação à inserção dos estudantes, faz-nos perceber que eles estão vivendo uma dúbia situação, apreciam e colaboram com a inserção desses estudantes, porém estão se sentindo “sufocados” com o quantitativo deles por unidade e o aumento das suas atribuições, principalmente dos ACS que nos pareceu ter um

compromisso mais próximo de acompanhamento dos mesmos. Essa análise vai de encontro com a fala de uma das médicas, quando em reunião de equipes da ESF na FESO em que participávamos, ela “desabafou” dizendo que “o problema não eram os alunos, mas sim a quantidade deles que transitavam periodicamente a unidade exigindo atenção de toda equipe...”.

O excesso de estudantes apontado por 02 (12,5%) depoentes associa-se às falas quando remetem o espaço físico das unidades insuficiente pelo número de pessoas.

*“O que dificulta aqui no nosso caso, às vezes, é o espaço físico, porque às vezes têm grupos que se batem uns com os outros...” E<sub>2</sub>*

*“A quantidade de gente, o espaço físico, estar acolhendo todas essas pessoas, os alunos que vêm para cá, a gente poder distribuir isso aí para poder fazer as reuniões com o grupo, poder sair da consulta...” M<sub>2</sub>*

Podemos inferir das respostas que o envolvimento das equipes de saúde da família do município de Teresópolis com o processo de formação dos profissionais de saúde pela FESO, perpassa por situação que remete a um significado limitante na prática da promoção da saúde. Entretanto, as barreiras sólidas de ordem organizacional das práticas cotidianas, não permitem a estes mesmos profissionais das equipes identificar nos estudantes um elemento para somar e dinamizar as atividades de promoção da saúde, incorporando a produção do conhecimento a partir da realidade.

Analisaremos, a partir de então, depoimentos que não apareceram fazendo contraposição entre facilidades e ou dificuldades, mas que foram significativos nos aspectos que facilitam e dificultam, respectivamente, o desenvolvimento de atividades de promoção da saúde.

Ao considerarmos a promoção da saúde como o processo de capacitação da comunidade, entendemos que para isso precisamos estreitar os contatos com atores estratégicos, lideranças e cenários propícios para possibilitar uma efetiva participação social e o desenvolvimento de um trabalho intersetorial. Foi apontado por 02 ACS (12,5%) essas atividades como facilitadoras.

*“... a participação do conselho gestor, também, que é formado por quatro pessoas da comunidade e duas pessoas aqui da equipe. É um poder muito grande que o conselho*

*gestor tem. É bom que eles trazem as reclamações, as sugestões da comunidade [...] já está conseguindo trabalhar isso (diálogo, participação) na comunidade, junto com associação de moradores.” ACS<sub>3</sub>*

*“... tem pouco tempo, mas está engatinhando que é o conselho gestor, é um elo muito forte da comunidade conosco e voltado para a comunidade, isso quer dizer que, o conselho gestor vem promovendo ações junto com a gente, em parceria para o melhor da comunidade. A gente tem também, os grupos que a gente envolve a escola [...] isso é uma parceria que a gente tem com a escola [...] temos também a associação dos moradores que está sempre presente com a gente no conselho gestor...” ACS<sub>4</sub>*

Observamos que tais atividades passaram despercebidas pelos outros componentes da equipe, no que diz respeito às práticas de promoção da saúde.

Quase a totalidade das ações humanas impõe algum conhecimento e esses conhecimentos são múltiplos e diversificados. São oriundos do conhecimento prévio, do senso comum, da herança cultural, compartilhados dentro de um círculo de especialidade e especificidades técnicas ou científicas.

É preciso, nesse processo, aprender, a comandar a sua ação. Agir para o seu grupo e dentro dele. Na prática, faz-se necessário que essa experiência seja compartilhada com a comunidade, para que não fique distante destoando uma comunicação e uma adequação na organização das necessidades e expectativas das comunidades e de seus usuários.

No que tange às dificuldades, existem falas que citam como justificativa a não aceitação dos usuários em receber a oferta do trabalho da equipe, a falta de material e insumos no ambiente de trabalho e a demanda excessiva de atendimento. Aparece no discurso de 09 (56%) depoentes.

*“É aquilo que eu te falei, são os pacientes que não aceitam [...] não querem ser cadastrados[...] não querem a visita do agente comunitário...” ACS<sub>1</sub>*

*“Eles não gostam de esperar, tem que ser tudo na hora...” ACS<sub>2</sub>*

*“Às vezes a comunidade não recebe bem as nossas ações, por mais que a gente tenta atingir o alvo, às vezes a gente não atinge [...] o entendimento da comunidade não é o mesmo que o nosso...”. ACS<sub>4</sub>*

*“... falta material de coleta de preventivo...” ACS<sub>8</sub>*

*“... a gente agenda muito e não consegue nunca realizar da forma que a gente sempre espera [...] às vezes, quando precisa de algum material, também é complicado de conseguir...” ACS<sub>9</sub>*

*“... a comunidade daqui é muito difícil, eles são às vezes um pouco arredios a aceitar o que você fala [...] é muita demanda, eles querem estar consultando aqui e você não consegue ir às casas...” E<sub>1</sub>*

*“... quando a gente precisa de um material educativo que muitas vezes a gente não consegue...” E<sub>2</sub>*

*“... são aquelas demandas espontâneas, que vão chegando, aquelas coisas que você já vai se estressando...” M<sub>1</sub>*

*“... quando atrasa os medicamentos...” M<sub>2</sub>*

Essa recusa por parte dos usuários pode ser entendida como desconhecimento acerca da proposta de trabalho da ESF e do SUS.

Faz-nos refletir que, no imaginário de alguns indivíduos/famílias que possuem condição sócio-econômica mais favorecida, por talvez possuírem plano de saúde privado e não precisarem do serviço público de saúde, negam qualquer aproximação. No entanto, sabemos que alguns dos serviços de saúde, desde os de promoção da saúde até os assistenciais, são oferecidos apenas pelo SUS, plano de saúde privado não “cobre”. Campos (2005, p.106) aponta que “... há possibilidades de fuga da ordenação, aparentemente absoluta, do instituído; fuga relativa, convém insistir, sempre. Não há Sujeito fora do social e, portanto, livre de instituições”.

As políticas neoliberais vêm alcançando em numerosos países, importante enfraquecimento do Estado. Para tanto, o serviço público de saúde precisa conquistar sua credibilidade em todos os níveis de assistência. É importante lembrar que esse sistema, por meio das políticas públicas, é custeado pelos cidadãos e cidadãs brasileiras, a partir de todas as contribuições de impostos às quais devem ser pagas e cumpridas.

Podemos nos reportar que, a criação da ESF era entendida por alguns teóricos que seria um serviço de saúde “de pobre para pobre”, ou seja, atenderia apenas à população “pobre”, com profissionais “pobres” no quesito competência.

Com o tempo, observamos que não é esse o objetivo da macropolítica da ESF e, sim atender integralmente todo e qualquer cidadão.

Merhy (2004 p. 30) nos apresenta:

*torna-se um desafio a possibilidade de se pensar modelos organizacionais que permitam operar sobre a privatização dos processos decisórios em saúde, no sentido de publicizá-los, sem necessariamente trocar uma privatização por outra, mas também sem aprisioná-lo exclusivamente sob o comando de ações coletivas sobre as individuais, e sem perder o sentido final do trabalho em saúde que é o defender a vida dos usuários, individuais e/ou coletivos, através da produção do cuidado.*

Com relação às declarações referentes à falta de medicação, enquanto uma dificuldade para atividades de promoção da saúde, cabe-nos aqui discutir que a política de medicamentos no pacto de gestão das novas diretrizes operacionais aponta que “a assistência farmacêutica será financiada pelos três gestores do SUS devendo agregar a aquisição de medicamentos e insumos e a organização das ações de assistência farmacêutica necessárias, de acordo com a organização de serviços de saúde”. (BRASIL, 2006, p. 169)

A organização e hierarquização dos serviços tornam-se importantes já que a doença é um componente presente na nossa realidade. O acesso equânime e integral aos níveis de atenção à saúde, insumos de tratamento e diagnóstico, devem ser garantidos pelos órgãos públicos e esferas de governo; quando isso não ocorre, é relevante provocar a discussão para o foco das políticas públicas, com a participação dos diversos atores (trabalhadores da saúde e usuários) nos cenários deliberativos defendendo a sua causa, fiscalizando e garantindo a sua cidadania.

É possível que, quando o profissional adota uma postura em que ele passa a oferecer algo, nem sempre será aceito como esperado, pois os usuários podem não estar envolvidos, ou seja, o que se oferece pode não fazer parte das necessidades e expectativas do outro. Daí não se terá uma ação transformadora. Devemos reconhecer que pessoas não são “caixas vazias”. A diversidade e heterogeneidade de saberes estão presentes no cotidiano das unidades de saúde da família, estreitando o saber popular e o saber científico, rompendo com a tradição autoritária e normatizadora da relação entre o serviço de saúde e a população.

O diálogo (profissional e usuário) na sua dimensão mais profunda deve incluir a emoção, a razão e as percepções simbólicas, enquanto ferramenta para nortear o trabalho em saúde, tornando-se fundamental para o êxito das relações. Freire (2002, p.78) refere que o diálogo “trata-se de uma atitude dialogal à qual os coordenadores devem converter-se para que façam realmente educação e não domesticação”. No entanto, torna-se necessário refletir se as equipes estão em sintonia com a comunidade, conhecendo profundamente seus anseios, sua cultura e suas necessidades de cuidado em saúde.

Podemos pensar que a implantação da ESF em municípios com mais de cem mil habitantes, torna-se um desafio. No caso do município de Teresópolis, constata-se a baixa cobertura de equipes para atender a população, apenas 28% da população total tem acesso às equipes da ESF (SIAB, 2006), os outros 5% são cobertos pelas unidades básicas tradicionais.

É o momento de repensarmos o contexto da promoção da saúde, pois se não utilizarmos metodologias táticas para promovermos impactos efetivos junto à população, permaneceremos como meros assistencialistas de uma prática curativista, fragmentada, hospitalocêntrica e individualizada. É a hora de adotar uma reflexão no próprio cenário de atuação, para que se possa acordar a intencionalidade dos sujeitos e a práxis, ressaltando o poder criativo das pessoas e das sociedades, mediante suas percepções simbólicas e imaginárias.

Percebemos na análise dessa categoria que os fatores intervenientes declarados estão mais direcionados à ordem do próprio processo de trabalho das equipes da ESF, do que realmente no desenvolvimento de práticas de promoção da saúde.

Há de se considerar que, as declarações tornam-se coerentes à medida que nos reportamos à concepção de promoção da saúde que a maioria dos profissionais nos trouxe em seus discursos na primeira categoria.

Freire (1978 p. 17) destaca que:

*[...] a primeira condição para que um ser pudesse exercer um ato comprometido era a sua capacidade de atuar e refletir. É exatamente esta capacidade de atuar, operar, de transformar a realidade de acordo com finalidades propostas pelo homem, à qual está associada sua capacidade de refletir, que o faz um ser da práxis... Assim, como não há homem sem mundo, nem mundo sem homem, não pode haver reflexão e ação fora da relação homem-realidade[...]*

Em síntese, as atividades de promoção da saúde desenvolvidas nas duas equipes da ESF do município de Teresópolis, não possibilitam a mobilização, a intersetorialidade e a

emancipação como elementos chave, essencial e integrador de práticas cotidianas para promover a saúde da população, capaz de gerar *empoderamento* junto aos indivíduos e grupos da sociedade, a fim de encontrar melhores meios de se conduzir a vida e estabelecê-la com qualidade.

## **Considerações Finais**

Esse estudo veio ao encontro dos nossos anseios e nos trouxe a conclusão de que ainda há um longo caminho a ser percorrido, para que se possa efetivamente desenvolver atividades que propiciem o envolvimento, comprometimento, autonomia e conseqüentemente leve à (trans)ormação social e ao exercício da cidadania.

Não tivemos a intenção de esgotar a discussão e ao final deste trabalho, vimos o quão distante estamos dele, por isso ao invés de conclusões, optamos por tecer considerações finais. Desejamos com esse estudo provocar uma grande reflexão aos profissionais que atuam na ESF e tecer sugestões ao longo das considerações finais para a busca de implementação das práticas de promoção da saúde no cotidiano dos serviços.

O pouco conhecimento dos depoentes das duas equipes em relação à nova concepção de promoção da saúde, foi destaque na primeira fase do nosso trabalho, configurando-se como um entrave para as práticas na ESF. Associam a promoção da saúde, segundo seus discursos, aos conceitos apresentados por Leavell & Clark, onde ela aparece como um subconjunto da prevenção de doenças, envolvendo condutas individuais e comportamentais (praticar atividade física, não fumar, usar preservativo, tome banho, escove os dentes...).

Em ambas as equipes, a promoção da saúde é reduzida a atividades educativas, numa relação de ensinar-aprender. A postura implícita nos pareceu que o ato de “educar” ocorre de maneira inilateral, em nenhum momento aparece como uma proposta de informar e dialogar com vistas à tomada de decisão por aqueles (usuários) que realmente deveriam ser os tomadores de decisão para os seus modos de andar a vida.

Essa tendência dos profissionais pode estar ancorada em políticas governamentais reducionistas que focam suas ações preferencialmente, na prevenção e controle de doenças e agravos.

Na análise do próprio SIAB, observamos que nele não constam mecanismos para que sejam informadas ou até mesmo executadas atividades de promoção da saúde. Os indicadores presentes e “cobrados” estão mais direcionados ao cumprimento de atividades assistenciais e preventivas que subsidiam a uma avaliação dentro dos grandes indicadores de morbi/mortalidade. Mas, no paradigma atual de promoção da saúde pensamos além, devemos identificar junto à população os determinantes sociais e os fatores causais e não, apenas, os intervencionistas para o controle dos transtornos do processo saúde-doença.

A lacuna pode estar, também, na formação dos profissionais da área da saúde, desde o ensino médio técnico profissionalizante, até os cursos de pós-graduação (*lato sensu e stricto sensu*). Os profissionais aprendem a “prescrever” comportamentos supostamente saudáveis.

As atividades ditas de promoção da saúde desenvolvidas pelos profissionais neste estudo, podem ser vistas mais próximas às atividades de prevenção de doenças, como é o caso das “vacinas”, “ações de coleta de exame colpocitológico”, “ações de detecção de portadores de diabetes e hipertensão”, dentre outras. Ainda, mantêm o foco de assistência no modelo biologicista, curativista, centrado na doença.

Os grupos apontados nos fazem refletir a condução da interação dialógica adotada, pois nos depoimentos aparece com relevância a utilização de palestras com abordagens diretivas entre o “certo e errado”, “o que pode e o que não pode fazer, comer”, enfim o foco é apresentado na compreensão das doenças e suas complicações. Parece-nos que não possuem aproximação com a atual concepção de promoção da saúde, nem tampouco com as atividades que desempenham na busca dessa lógica. O fazer parece se reduzir ao cumprimento das prerrogativas do sistema de informação, calcados na produção de procedimentos, principalmente de ordem quantitativa e assistencial. A promoção da saúde deve estar voltada para a saúde da população e não para grupos de risco.

A efetiva prática da promoção da saúde é adotar estratégias de *empoderamento* e sustentabilidade individual e coletiva, galgando as condições essenciais de alimentação, moradia, educação, lazer, transporte, saneamento, condições sócio-econômica, e outros.

No entanto, refletimos se esses momentos de encontro, seja nas visitas domiciliares, nos grupos, nas consultas, nas salas de espera são valorizados pelos atores envolvidos como oportuno para se discutir e pensar as questões referentes ao fortalecimento da defesa de causa da saúde (*advocacy*) e o desenvolvimento de habilidades individual e coletiva, frente aos interesses e necessidades expressas no seu território de atuação, com o foco direcionado ao olhar dos usuários.

Deve ser refletido que a saúde dos indivíduos e da população não é responsabilidade exclusiva do setor saúde e nem conseguiremos obtê-la se preocuparmos apenas com o atendimento às doenças, mas sim para sua obtenção os recursos necessários são paz, habitação, educação, alimentação, renda, ecossistema estável, recursos sustentáveis, justiça social, equidade, e que para a mobilização destes recursos seria necessária a participação de outros setores e atores, talvez impulsionados pelos profissionais mais sensíveis em defesa dessas causas.

A ESF alcançou múltiplos olhares e interesses, pois apresenta o modelo de atenção à saúde mais próximo para a efetiva edificação dos princípios e diretrizes do SUS, almejados na reforma sanitária.

Isso implica participar no processo de formação permanente do próprio profissional que se encontra inserido nessa prática, estimulando a crítica e autocrítica dentro do contexto das demandas do mundo de hoje.

Entendemos que fazer promoção da saúde é complexo, exige a articulação dos diversos interesses, dimensões e expectativas dos atores sociais, responsáveis pela produção social da saúde. Este é o caminho para uma sociedade mais justa e com condições dignas nos modos de viver a vida, utilizando-se recursos próprios e acreditando na possibilidade de fortalecer vínculos de família, laços de solidariedade humana e de tolerância recíproca.

A avaliação das práticas de promoção da saúde precisa ser buscada. Ela não é uma simples questão técnica e científica, mas envolve uma postura política e ética sobre a saúde, para que os cidadãos e representantes políticos possam obter direções para o compromisso com a responsabilidade social e os princípios que orientam a promoção da saúde.

A saúde e a doença são aspectos dinâmicos do processo sobre as sensações manifestadas das pessoas comuns que a vivenciam e a ela atribui significado, no espaço e no tempo da sua cotidianidade. Precisamos entender muitas vezes sua subjetividade, a fim de compartilhar outras questões da vida que estejam em jogo.

Os fatos cotidianos e os indicadores de saúde nos mostram que a saúde está mais diretamente relacionada com o modo de viver das pessoas do que à idéia hegemônica da sua determinação genética e biológica.

A avaliação da efetividade das estratégias de promoção da saúde pode orientar a implementação da intervenção, reconhecendo as fortalezas, frustrações, grau de satisfação dos usuários, reações dos interessados e oposições, entre outros; a valorizar o impacto e quanto ao

cumprimento de seus objetivos e gerar novo conhecimento mediante as hipóteses propostas. (DE SALAZAR, 2004)

A avaliação da efetividade das estratégias de Promoção da Saúde é uma conduta que precisamos adotar no cotidiano do trabalho, pois observamos que muito as equipes fazem e poucos avaliam, sequer socializam por meio de publicações. O Centro para Desenvolvimento e Avaliação de Políticas e Tecnologia em Saúde Pública (CEDETES) da Universidade do Valle, Colômbia com apoio técnico da OPS e outros centros responsáveis, têm buscado elaborar guias que subsidiem a avaliação sistemática e objetiva de um projeto, programa ou política que se está em desenvolvimento ou implementado, a fim de incorporar os resultados para tomada de decisões.

O profissional de saúde, na maioria das vezes, é o que menos participa nos cenários de decisão, como o Conselho Municipal de Saúde. Faz-nos pensar: Se ele não participar, como mobilizará a população a exercer sua cidadania?

Pode-se pensar na possibilidade de criação de rodas de discussão sobre a promoção da saúde, tornando-se essencial para propiciar reflexão e a troca de experiências desses profissionais para o trabalho na ESF.

Acreditamos que seja necessário avançar, partindo do que fazer na direção do como está sendo feito.

Observamos que na ESF podemos ter a governabilidade de estabelecer estratégias que visam à promoção da saúde, uma delas é a proposta que nos vem sendo apresentada de aconselhamento e acolhimento. Não seria propósito, determinarmos como os usuários devem fazer e, conseqüentemente nos fadaríamos ao fracasso. Precisamos intervir juntos em um processo de autonomia que as pessoas possam fazer suas escolhas e que essas sejam as mais saudáveis.

Podemos considerar que, a concepção de promoção da saúde e as práticas desenvolvidas pelos profissionais das duas equipes da ESF do município de Teresópolis junto à população adscrita, aproxima-se mais da concepção de prevenção de doenças, do que práticas de participação social, emancipatórias, intersetoriais, possibilitando maior autonomia e responsabilidade junto aos cidadãos pelo modo de andar a vida individual e coletiva, ou seja, práticas que buscassem cada vez mais a promoção da saúde de maneira efetiva, proporcionando impacto nos indicadores de saúde, sociais e culturais daquela população.

## Referências

BARDIN, Lawrence. *Análise de conteúdo*. Portugal: Edições 70, 1977.

BRASIL, Ministério da Saúde. *Manual do Sistema de Informação da Atenção Básica*. Brasília-DF:1998.

\_\_\_\_\_. Secretaria de Políticas de Saúde. Departamento de Atenção Básica. Cadernos de Atenção Básica – Programa Saúde da Família. Caderno 1. *A Implantação da Unidade de Saúde da Família*. Brasília: 2000.

\_\_\_\_\_. Secretaria de Políticas Públicas. Projeto Promoção da Saúde. *As Cartas da Promoção da Saúde*. 1 ed., 1ª impressão. Brasília. Ministério da Saúde, 2002.

\_\_\_\_\_. Secretaria de Políticas Públicas. *Política Nacional de Promoção da Saúde (Documento para discussão)*. Brasília. Ministério da Saúde, 2002.

\_\_\_\_\_. Secretaria de Políticas de Saúde. Conselho Nacional de Saúde. *O Desenvolvimento do Sistema Único de Saúde: avanços, desafios e reafirmação dos seus princípios e diretrizes*. 2. ed. at. Série B. Textos Básicos de Saúde. Brasília-DF: Editora MS, 2003.

\_\_\_\_\_. Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde. Departamento de Gestão da Educação na Saúde. Curso de formação de facilitadores de educação permanente em saúde: unidade de aprendizagem – análise do contexto da gestão e das práticas de saúde. / Brasil. Ministério da Saúde. Rio de Janeiro: Brasil. Ministério da Saúde/Fiocruz. 2005.

\_\_\_\_\_. Conselho Nacional de Saúde. *Coletânea de Normas para o Controle Social no Sistema Único de Saúde*. – 2. ed. – Brasília: Editora do Ministério da Saúde, 2006.

\_\_\_\_\_. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. *Política Nacional de Atenção Básica – Série Pactos pela Saúde 2006*, v. 4. – Brasília: Ministério da Saúde, 2006.

BUSS, Paulo Marchiori. *Introdução ao Conceito de Promoção da Saúde*. In: CZERESNIA, Dina (org). *Promoção da Saúde: conceitos, reflexões, tendência*. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2003.

\_\_\_\_\_. CONGRESSO REDE UNIDA, 7., 2006, Curitiba. **Conferência apresentada...** Paraná, 2006.

CAMPOS, Gastão Wagner . de Sousa.. *Um método para análise e co-gestão de coletivos: a constituição do sujeito, a produção de valor de uso e a democracia em instituições: o método da roda*. São Paulo: Hucitec, 2000.

CAPONI, Sandra. *Da compaixão à solidariedade: uma genealogia da assistência médica*. Rio de Janeiro: Editora FIOCRUZ, 2000.

CARVALHO, Sérgio Resende. *Saúde coletiva e promoção da saúde: sujeito e mudança*. São Paulo: Hucitec, 2005.

CARVALHO, Yara Maria de; CECCIM, Ricardo Burg. *Formação e Educação em Saúde: Aprendizados com a Saúde Coletiva*. In.: CAMPOS, Gastão Wagner de Sousa et al. *Tratado de Saúde Coletiva*. Hucitec: São Paulo; Ed. Fiocruz, Rio de Janeiro: 2006.

CHAVES, Adriana Nunes. *PSF: Assistência e Educação na Dimensão do Simbólico: Imaginário dos seus Profissionais*. Dissertação. (Mestrado em Educação) – Universidade Católica de Petrópolis. Petrópolis, 2000.

DE SALAZAR, L.; *Evaluación de Efectividad em Promoción de la Salud. Guia de Evaluación Rápida*. Santiago de Cali, Colômbia: CEDETES/CDC/OPAS, 2004.

DEMO, Pedro. *Educação pelo Averso. Assistência como direito e como problema*. Editora Cortez. São Paulo – SP: 2000.

FERREIRA, Aurélio Buarque de Holanda. *Miniaurélio: o minidicionário da língua portuguesa*. 6. ed. Ver. Atualiz. Curitiba: Positivo, 2004.

FEUERWERKER, L.C.M.; ALMEIDA, M. J. O programa de Saúde da Família e o direito a saúde. *Olho Mágico*, Londrina, ano 6, n.22, p. 22-26, agosto. 2000.

FREIRE, Paulo. *Pedagogia do Oprimido*. 6ª ed.: Paz e Terra. Rio de Janeiro-RJ: 1979.

\_\_\_\_\_. *Educação e Mudança*. Tradução de Moacir Gadotti e Lílian Lopes Martin. - Rio de Janeiro: Paz e Terra, 1979. Coleção educação e Comunicação vol. 1.

\_\_\_\_\_. *Pedagogia do Oprimido*, 17ª ed. Rio de Janeiro, Paz e Terra, 1987.

\_\_\_\_\_. *Pedagogia da autonomia: saberes necessários à prática educativa*. São Paulo: Paz e Terra, 1996.

\_\_\_\_\_. *Educação como prática da liberdade*, 26ª ed. Rio de Janeiro, Paz e Terra, 2002.

GIROUX, Henry A.. *Os professores como intelectuais: rumo a uma pedagogia da aprendizagem*. Porto Alegre: artes Médicas, 1997.

LALONDE, Marc. *O Conceito de Campo da Saúde: Uma perspectiva Canadense*, (Tradução Wilson Aguiar Filho), in *Promoción de La Salud: una antologia*. OPAS.

LEFEVRE, Fernando; LEFREVE, Ana Maria Cavalcanti. *Promoção de Saúde: a negação da negação*. Vieira & Lent. Rio de Janeiro – RJ: 2004

LOPES, Rosane Carvalho. *O Programa de Controle da Tuberculose no Município de Duque de Caxias/RJ e a Educação em Saúde: Uma perspectiva de promoção da saúde ou prevenção*

de doença? 2000. Dissertação (Mestrado em Saúde Pública) – Escola Nacional de Saúde Pública, FIOCRUZ, Rio de Janeiro, 2000.

MACHADO, Maria Helena (coord.). *Perfil dos médicos e enfermeiros do Programa Saúde da Família no Brasil: relatório final.* / Coordenado por Maria Helena Machado. Brasília: Ministério da Saúde, 2000.

MENDES, Eugenio Villaça. *Distrito Sanitário – O Processo Social de Mudanças das Práticas Sanitárias do SUS.* Editora HUCITEC/ABRASCO. 4ª edição. Rio de Janeiro-RJ: 1996.

\_\_\_\_\_. *Uma Agenda para a Saúde.* Editora HUCITEC/ABRASCO. Rio de Janeiro-RJ: 1999.

MENDES, Maria Tereza Reis; CRUZ, Anamaria da Costa; Curty, Marlene Gonçalves. *Citações: onde, quando e como usar:* (NBR 10520/2002) 1. ed., 1. reimp. Intertexto, Niterói: 2005.

MERHY, Emerson Elias.; ONOCKO, R. *Agir em saúde: um desafio para o público.* 2.ed. São Paulo: Hucitec, 2002.

MERHY, Emerson Elias; JÚNIOR, Helvécio Miranda Magalhães et al. *O trabalho em saúde: olhando e experienciando o SUS no cotidiano.* Segunda edição: São Paulo: Hucitec, 2004. S

MINAYO, Maria Cecília de Souza. *O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde.* 7 ed. – São Paulo: Hucitec. ABRASCO. Rio de Janeiro – RJ: 2000.

NASCIMENTO, Luiz Guilherme Peixoto do. *O Agente Comunitário de Saúde do Programa Saúde da Família: Um novo tipo de educador popular?* 2003. Dissertação (Mestrado em Educação) – Faculdade de Educação, Universidade Católica de Petrópolis, Petrópolis. 2003.

OLIVEIRA, G. S.; KOIFMAN, I.; MARINS, J. J. N.. *A Busca da Integralidade nas Práticas de Saúde e a Diversificação dos Cenários de Aprendizagem.. O direcionamento do Curso de Medicina da UFF.* In.: PINHEIRO, R.; MATTOS, R. A. de. *Cuidado: as fronteiras da integralidade.* Rio de Janeiro: Hucitec: ABRASCO, 2004.

PAIM, J. *Saúde, Política e Reforma Sanitária.* COOPTEC ISC. Salvador – BA: 2002

PESSINI, Leo; BARCHIFONTAINE, Christian de Paul de. *Problemas atuais de Bioética.* Edições Loyola. 6ª edição. São Paulo-SP: 2002.

SANTOS, Leda Jung dos. *Supervisão em Educação Médica: um estudo de caso.* Publit soluções editoriais. Rio de Janeiro – RJ: 2006

SILVA, Jacqueline Oliveira; BORDIN, Ronaldo. *Educação em Saúde.* In.: DUNCAN, Bruce B.; SCHMIDT, Maria Inês; GIUGLIANI, Elsa R. J. et al. *Medicina ambulatorial: condutas clínicas em atenção primária.* 2 ed. Artes Médicas Sul. Porto Alegre: 1996.

SILVA, Joana Azevedo da; DALMASO, Ana Sílvia Whitaker. *Agente Comunitário de Saúde – o ser, o saber, o fazer.* Editora Fiocruz. Rio de Janeiro-RJ: 2002.

SOUSA, Maria Fátima de . *Os sinais vermelhos do PSF*. São Paulo: Hucitec, 2002.

SOUZA, Luciana Maria Borges da Matta. “*Promoção, Proteção e Apoio*”. *Apoio? Representações sociais em aleitamento materno*. 1996. Dissertação (Mestrado em Saúde da Criança e da Mulher do Instituto Fernandes Figueira) – FIOCRUZ, Rio de Janeiro, 1996.

TERESÓPOLIS. Prefeitura Municipal de Teresópolis. Secretaria Municipal de Saúde. *Plano Municipal de Saúde 2005-2009*. Teresópolis-RJ: 2005.

\_\_\_\_\_. Projeto de Expansão e Consolidação do Saúde da Família – PROESF. Teresópolis-RJ: 2003.

TOBAR, Federico; YALOUR, Margot Romano. *Como fazer teses em saúde pública – conselhos e idéias para formular projetos e redigir teses e informes de pesquisas*. Editora Fiocruz. Rio de Janeiro-RJ: 2002.

VALLA, Victor Vicent (org.) et al. *Saúde e Educação*. Editora DP&A. Rio de Janeiro –RJ: 2000.

VASCONCELOS, Eymard Mourão. *Educação Popular e a Atenção à Saúde da Família*. Editora Hucitec. São Paulo – SP: 1999.

\_\_\_\_\_. *A espiritualidade no trabalho em saúde*. São Paulo: Hucitec, 2006.

UIPES/ORLA. União Internacional de Promoção da Saúde. Sub-Região Brasil. *A Carta de Bangkok para a Promoção da Saúde no Mundo Globalizado*. 6ª Conferência Global de Promoção da Saúde, Bangkok, Tailândia, 2005. Disponível em: <http://www.nusp.ufpe.br>. Acesso em: 25 nov. 2006.

WESTPHAL, Márcia Faria. *Promoção da Saúde e Prevenção de Doenças*. In.: CAMPOS, Gastão Wagner de Sousa et al. *Tratado de Saúde Coletiva*. Hucitec: São Paulo; Ed. Fiocruz, Rio de Janeiro: 2006.

# APÊNDICES

# **APÊNDICE 1**

## **Instrumento da Pesquisa**

### **Perfil do Entrevistado**

Categoria profissional:

Tempo de trabalho:

Sexo:

Idade:

Cursos específicos ao trabalho da ESF realizados:

### **Entrevista**

1. Na sua opinião, o que entendes por promoção da saúde?
2. Que atividades você desenvolve que considera de promoção da saúde? E as atividades que a equipe desenvolve que você considera promoção da saúde?
3. Quais os fatores que facilitam o desenvolvimento dessas estratégias?
4. Quais os fatores que dificultam o desenvolvimento dessas estratégias?

## APÊNDICE 2

Carta de solicitação, para realização da pesquisa

Teresópolis-RJ, \_\_\_\_/\_\_\_\_\_/\_\_\_\_

A  
Secretaria Municipal de Saúde de Teresópolis  
Nesta

Prezado Senhor:

Venho solicitar a V.Sas., a devida autorização para que a mestranda em enfermagem Viviane da Costa Freitas Silva, matriculado regularmente no Curso de Pós-Graduação – Mestrado em Enfermagem da Universidade Federal do Estado do Rio de Janeiro - UNIRIO, desenvolva o estudo de campo relacionado ao seu Projeto de Dissertação: “Estratégias de Promoção da Saúde realizadas pela Equipe de Saúde da Família”, junto a 02 Equipes de Saúde da Família.

Aproveito a oportunidade para informar que esse Projeto de Dissertação foi aprovado e que o mesmo estará sendo desenvolvido de acordo com a Resolução 196/96. Segue protocolo em anexo.

No aguardo da devida autorização, renovo protestos de estima e consideração.

Atenciosamente,

---

**Prof. Dr. Liliana A. Vargas**

Docente da Universidade Federal do Estado do Rio de Janeiro – UNIRIO

## APÊNDICE 3

### TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E INFORMADO

Teresópolis,

Prezado (a) Senhor (a),

Informo-lhe que, a sua decisão de concordar ou não em participar deste estudo como entrevistado, não irá influenciar de forma alguma no seu processo de trabalho. Ressalto que não haverá riscos, desconfortos e nem gastos de qualquer natureza.

Estamos desenvolvendo uma pesquisa que busca conhecer as estratégias utilizadas pelos componentes da equipe de saúde da família que visam à promoção da saúde.

Previamente garanto o seu anonimato, solicitando que escolha um pseudônimo de um nome próprio.

Você poderá solicitar esclarecimento referente à pergunta quando sentir necessidade e interromper sua participação a qualquer momento. Esclareço que para maior aproveitamento do diálogo esta entrevista seja gravada, a fim de não perder nenhuma das informações que você fornecer e poder fazer a transcrição, de modo a ser mais fiel possível.

Para afirmar a sua compreensão com relação a esse convite e contando com a sua participação é que preciso de sua assinatura, no Consentimento Livre e Informado.

Agradeço desde já a atenção dispensada.

---

Viviane da Costa Freitas Silva

Mestranda do Curso de Pós-Graduação da Universidade Federal do Estado do Rio de Janeiro  
– UNIRIO

Eu, \_\_\_\_\_, concordo em participar, na qualidade de entrevistado (a) do projeto de dissertação intitulado “Estratégias de Promoção da Saúde realizadas pela Equipe de Saúde da Família”. Autorizo os seus responsáveis a divulgarem o conteúdo da respectiva transcrição da gravação da entrevista, desde que seja respeitado o anonimato, em documentos que tenha por perspectiva a Ética Profissional inserida no ambiente profissional, além de eventos acadêmicos, profissionais e artigos científicos.

Data: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

Assinatura do Entrevistado (a): \_\_\_\_\_

RG n°.: \_\_\_\_\_

## APÊNDICE 4

### Transcrição das Entrevistas com os profissionais das duas equipes da Estratégia Saúde da Família (ESF) do Município de Teresópolis.

#### Equipe 01

##### **Agente Comunitário de Saúde – ACS1:**

Sexo: *Feminino*

Idade: *28 anos*

Tempo de Trabalho na ESF: *06 anos*

Cursos realizados para atuar na ESF: *“Técnico de Agente Comunitário de Saúde, tuberculose, hanseníase, Bemfam, gestante, criança, capacitação para Agente Comunitário”.*

**1- Entrevistadora:** O que você entende por promoção da saúde?

**Depoente:** *“Para mim significa promover a saúde, hoje no meu trabalho eu promovo a saúde, tendo mais atenção com o diabético, hipertenso, vejo se eles estão tomando medicamento direito, se está indo no médico. As crianças vejo os cartões de vacina, gestante vejo se tomou as vacinas, se está indo para as consultas todo mês. Promoção de saúde é tomar cuidado do paciente para ver se a saúde dele está andando direitinho”.*

**2- Entrevistadora:** Quais as atividades que você e a equipe desenvolvem que considera de promoção da saúde?

**Depoente:** *“Nas minhas visitas diárias que faço na casa dos pacientes. Eu observo se eles estão seguindo os meus conselhos, porque eu aconselho se estão fazendo dieta, se estão tomando medicamento direito e vejo se eles estão seguindo isso direitinho, aí que vejo que meu trabalho está sendo válido... Ah! Tem a caminhada que a gente faz, tem os grupos que é feito na unidade, os grupos de hipertensos, diabéticos, grupos de puericultura, grupos de adolescentes, grupos de gestante”.*

**3- Entrevistadora:** Quais os fatores que facilitam o desenvolvimento de atividades de promoção de saúde?

**Depoente:** *“A boa vontade do paciente. Se o paciente não se cuidar fica difícil... ele querendo se cuidar, abrindo a porta da casa dele para me atender, fica mais fácil”.*

**4- Entrevistadora:** Quais os fatores que dificultam o desenvolvimento das atividades de promoção da saúde?

**Depoente:** *“É aquilo que eu falei, são os pacientes que não aceitam. Têm aqueles que não querem ser cadastrados, tem uns que não querem a visita do Agente Comunitário, e fica difícil por que fica uma família descoberta na microárea, aí até a gente conscientizar aquele paciente que ele tem que se cadastrar, já é um grande avanço”.*

**Agente Comunitário de Saúde – ACS2:**

Sexo: *Feminino*

Idade: *31 anos*

Tempo de Trabalho na ESF: *06 meses*

Cursos realizados para atuar na ESF: *“Só o curso sobre hanseníase, junto à equipe”*.

**1- Entrevistadora:** O que você entende por promoção da saúde?

**Depoente:** *“Eu entendo que é o meu trabalho na comunidade, ajudando as pessoas a melhorarem a saúde. Está acontecendo muita coisa na comunidade, muita gente que nem procura o PSF para tratar do serviço do Agente de Saúde, as pessoas ficam mais favorecidas de chegar para a gente e falar que estão precisando das coisas”*.

**2- Entrevistadora:** Quais as atividades que você e a equipe desenvolvem que considera de promoção da saúde?

**Depoente:** *“Resgatando as pessoas com problema de saúde, principalmente aquelas que têm diabetes, hipertensão, crianças com mais peso, gestantes acompanhá-las. Muitas são menores de idade e não querem procurar um posto de saúde, a gente tem que ficar sempre em cima”*.

**3- Entrevistadora:** Quais os fatores que facilitam o desenvolvimento de atividades de promoção de saúde?

**Depoente:** *“O trabalho em equipe [pausa]. É quando a gente está resgatando as pessoas para vir para cá, e todo mundo se interessa em ajudar as pessoas, com pressão alta, a equipe todo fica ali em cima dessas pessoas, as gestantes menores, todo mundo se preocupa em ajudar todo mundo, dá uma opinião para fazer alguma coisa. Facilita assim, trazendo eles aqui. Eles se interessam muito, quando eles vêm, que a gente se preocupa com eles aí é uma outra coisa. Se a gente jogar eles para o canto, aí vão falar que não vão procurar o posto de saúde, deixam pra lá. A gente, se interessa acompanha, dá toda a assistência carinho, amor é isso que consegue facilitar a vinda deles para cá. O que facilita é a relação, o Agente de Saúde com eles”*.

**4- Entrevistadora:** Quais os fatores que dificultam o desenvolvimento das atividades de promoção da saúde?

**Depoente:** *“Eles não gostam de esperar tem que ser tudo na hora. Temos que estar ali conversando com eles: não é assim para ter um bom tratamento, tem que esperar para conversar com o médico! Isso é o mais difícil, tem que ter uma boa relação com eles”*.

**Agente Comunitário de Saúde – ACS3:**

Sexo: *Feminino*

Idade: *36 anos*

Tempo de Trabalho na ESF: *07 anos*

Cursos realizados para atuar na ESF: *“Foram muitos: aleitamento materno, hanseníase, diabetes, hipertensão, tuberculose, IRA, diarreia”*.

**1- Entrevistadora:** O que você entende por promoção da saúde?

**Depoente:** *“Tudo o que a gente passa para a comunidade. É também é muito importante nas escolas as palestras dos dentistas, a gente estar sempre orientando na creche, na escola fazendo grupos com os adolescentes, fazendo sempre palestra com eles dos métodos hoje em dia os meninos adolescentes estão sempre conversando e falando. Acho que é isso promover*

*saúde não é só o paciente vir consultar. A gente na casa com os enfermeiros com o médicos, às vezes, uma dúvida que a pessoa tem a gente consegue tirar, esclarecer”.*

**2- Entrevistadora:** Quais as atividades que você e a equipe desenvolvem que considera de promoção da saúde?

**Depoente:** *“Por exemplo, os grupos fixos aqui na unidade são diabetes e hipertenso agora tem adolescente. A gente está sempre orientando eles, com uma novidade para o diabético, uma recita mais fácil. Orientação pela parte da enfermagem quanto a planejamento familiar [pausa] tudo desde a recepção, tem toda uma orientação. O que a equipe faz de grandioso que eu acho que é promoção mesmo são as palestras na medida do possível, sempre que pode a gente faz uma ação na comunidade, chama todo mundo, panfleta, ou na igreja temos parcerias, ou sempre que dá”.*

**3- Entrevistadora:** Quais os fatores que facilitam o desenvolvimento de atividades de promoção de saúde?

**Depoente:** *“Os alunos facilitam muito, os internos da medicina todos eles [pausa] os internos da enfermagem, os alunos da enfermagem eles ajudam demais a gente, estão sempre junto quando a gente precisa. Até esses que estão começando agora, também sempre que a gente precisa eles vêem. Uma época eles fizeram uma pesquisa sobre a comunidade. A participação do conselho gestor, também, que é formado por quatro pessoas da comunidade e duas pessoas aqui da equipe. É um poder muito grande que o conselho gestor tem. É bom que eles trazem as reclamações, as sugestões da comunidade, satisfação da comunidade e cada vez mais tem vindo mais gente da comunidade e estão participando desse conselho. Acredito que vem só para somar e para ajudar a unidade crescer junto a comunidade, então o conselho já está conseguindo trabalhar isso na comunidade, junto com associação dos moradores”.*

**4- Entrevistadora:** Quais os fatores que dificultam o desenvolvimento das atividades de promoção da saúde?

**Depoente:** *“Por exemplo: os alunos são ótimos, maravilhoso trabalhar com eles, só que nós ficamos muito atarefados por ficar com eles ai de repente pensamos numa solução, de a gente só levar os alunos a uma visita e depois que falássemos da vida das famílias, eles tomarem seqüência, mas tem alunos como esses do PBL que estão muito no início são alunos do 1º período [pausa] tudo é visita domiciliar. Aqui costuma fazer também campanha rápida de hipertensão, pesquisa com eles na rua para detectar problema respiratório, desde visita até uma palestra rápida, tipo sala de espera”.*

#### **Agente Comunitário de Saúde – ACS4:**

Sexo: *Feminino*

Idade: *59 anos*

Tempo de Trabalho na ESF: *06 anos*

Cursos realizados para atuar na ESF: *“Capacitação de Agente Comunitária de Saúde, imunização, tuberculose, hanseníase, 1º etapa do curso técnico de Agente Comunitário de Saúde”.*

**1-Entrevistadora:** O que você entende por promoção da saúde?

**Depoente:** *“São todas as ações educativas voltadas para o bem-estar coletivo ou individual, de certas pessoas que vivem em determinadas comunidades, a saúde promovendo ações que visam o bem-estar dessa coletividade”.*

**2- Entrevistadora:** Quais as atividades que você e a equipe desenvolvem que considera de promoção da saúde?

**Depoente:** *“Nos procuramos sempre nas visitas, nos grupos colocar o que é primordial para saúde estar bem equilibrada, caminhar, procurar evitar os estresses maiores, saber resolver os problemas com equilíbrio, com harmonia tentando e procurando evitar todo e qualquer sofrimento maior para aquilo não ficar um peso em cima da pessoa. Procurar alguém, confiar os seus problemas, isso minimiza bastante. Então toda a ação que a gente tem aqui na unidade, nós temos voltada para o fumo que a gente pede para não fumar, fazemos alguns eventos para as pessoas pararem de fumar, que isso causa um mal-estar a saúde, a caminhada que a gente promove. A gente procura resgatar os grupos de hipertensão, de diabetes promovendo melhor condições de vida dessas pessoas, os grupos de gestantes a gente orientando qual a melhor maneira da gestante estar se posicionando, cadeira para ela sentar, conforto para barriga, os seios melhor maneira de desenvolver os mamilos, todas essas coisas que a gente orienta as gestantes, a gente vem promovendo essas ações. [Pausa] Tem pouco tempo, mas está engatinhando que é o conselho gestor, é um elo muito forte da comunidade conosco e voltado para comunidade, então isso quer dizer que, o conselho gestor vem promovendo ações junto com a gente em parceria para o melhor da comunidade. A gente tem também os grupos que a gente envolve a escola para sempre estar olhando as crianças e mandando para quando descobrem alguma coisa na saúde que não esteja coerente com a normalidade da criança, isso é uma parceria que a gente tem com a escola, verbal, mas é uma parceria. Temos, também, a associação dos moradores que está sempre presente com a gente no conselho gestor e em outras reuniões que também facilitam a gente a desenvolver algumas ações voltadas para saúde da comunidade”.*

**3- Entrevistadora:** Quais os fatores que facilitam o desenvolvimento de atividades de promoção de saúde?

**Depoente:** *“A meu ver é o apoio da direção da coordenação daqui da unidade, com todos os coordenadores, supervisores, também a secretaria de saúde e a FESO que nos mantém, todos esses que eu citei, nos facilita a desenvolver todas essas ações”.*

**4- Entrevistadora:** Quais os fatores que dificultam o desenvolvimento das atividades de promoção da saúde?

**Depoente:** *“As vezes a comunidade não recebe bem as nossas ações, por mais que a gente tenta atingir o alvo, às vezes a gente não atinge. [Pausa] Eu acho que isso é um fator que dificulta, a comunidade não entender o que a gente está promovendo, que a gente está tentando fazer, o entendimento da comunidade não é o mesmo que o nosso, a gente esbarra nesse imensa dificuldade”.*

#### **Agente Comunitário de Saúde – ACS5:**

Sexo: *Feminino*

Idade: *29 anos*

Tempo de Trabalho na ESF: *03 anos*

Cursos realizados para atuar na ESF: *“Já fiz o curso de Agente 1º modulo, hanseníase, tuberculose, SIAB, aleitamento materno, CIPA, doenças prevalências da infância”.*

**1-Entrevistadora:** O que você entende por promoção da saúde?

**Depoente:** *“Promoção da saúde eu entendo que seja promover a saúde. Então, no meu trabalho o que eu faço é promover a saúde, é tentar orientar as pessoas sobre doenças, Por*

*exemplo: Fazer uma campanha sobre DST/AIDS, como se pega, como cuida, diabetes, hipertensão, fazer campanhas em relação a isso, tentar fazer a captação”.*

**2- Entrevistadora:** Quais as atividades que você e a equipe desenvolvem que considera de promoção da saúde?

**Depoente:** *“Agora, no momento, a gente está trabalhando muito com o pessoal da odonto, então eles fazem um trabalho muito importante com a gente. Nós levamos para comunidade junta um grupo de crianças e faz uma educação e ensina as crianças como escovar os dentes, quais os cuidados que elas têm que ter, como tem que estar a escova é um trabalho de educação com as crianças e com os adultos também. Têm outras coisas também, que a gente faz o grupo de diabetes, hipertensão que todo mundo faz junto, o planejamento familiar, puericultura também porque ensina muito as mães como elas devem correr com uma febre, quando não deve, então eu acho que é educação de saúde para mães também”.*

**3- Entrevistadora:** Quais os fatores que facilitam o desenvolvimento de atividades de promoção de saúde?

**Depoente:** *“Realmente a equipe, porque temos que trabalhar junto é o que facilita e na mesma hora é o que dificulta, porque é muito difícil”.*

**4- Entrevistadora:** Quais os fatores que dificultam o desenvolvimento das atividades de promoção da saúde?

**Depoente:** *“E o que eu te falei, o que facilita é trabalhar realmente em equipe, porque um ajuda o outro, porque vai muito de encontro ao outro. Então trabalhar em equipe facilita muito, abre muito as portas, a gente consegue fazer muitas coisas. Outra dificuldade que eu acho que desenvolve no PSF, infelizmente, não é que eu não goste, mas não dá para brigar contra isso, é a questão dos alunos, porque eu gosto muito de trabalhar com os alunos, por mim eu ficava só com eles, mas acontece que a gente acaba não fazendo o que a gente deveria fazer, meu trabalho é fazer visita domiciliar todos os dias em todas as 200 famílias que eu tenho, mas eu não consigo, porque não dou conta por ter muito aluno. Os alunos sugam mesmo, eles querem saber tudo e, estão certo, eles tem que saber tudo mesmo, mas cansa muito. E isso muitas vezes as pessoas não entendem, acham que a gente é máquina, acha que vai dar conta do aluno, liberou o aluno acha que uma hora dá para fazer visita, só que não dá, a gente não consegue mais. Então isso dificulta, de uns anos para cá tentar adaptar isso tudo e nem deixar a comunidade largada, nem deixar os alunos largados, a gente adaptou e tem vivido assim. A gente da prioridade para quem é diabético, hipertenso, gestante e criança, esses que a gente tem que dar prioridade, por que o resto da comunidade, infelizmente, só se precisar de alguma coisa, mas não é aquela visita que devia ser feita, entendeu. A gente só consegue fazer em diabético e hipertenso e rebolando, não reclamando disso, mas dificulta, mas falam porque vocês não usam o aluno, a gente usa, em muitas coisas a gente consegue adaptar, consegue colocar o aluno para fazer alguma coisa pra gente, mas em outros casos a gente não consegue”.*

## **Enfermeiro – E1**

Sexo: *Feminino*

Idade: *34 anos*

Tempo de Trabalho na ESF: *01 ano*

Cursos realizados para atuar na ESF: *“Planejamento familiar, DST, algumas palestra de saúde da mulher, puericultura e vacinas”.*

**1-Entrevistadora:** O que você entende por promoção da saúde?

**Depoente:** *“Para mim é você estar orientando todas as pessoas leigas, e o que elas podem fazer para melhorar a qualidade de vidas delas, tanto a nível de saúde como de vida, não é? Informação de política social, higiene, saúde num todo, no corpo inteiro, corpo, cabeça, tronco e membros, por dentro e por fora e todas as suas orientações, porque essas pessoas não têm conhecimento disso e a nossa função é passar isso para eles, deixa de ser aquela consulta para ser uma aula, promoção da saúde para mim é isso”.*

**2- Entrevistadora:** Quais as atividades que você e a equipe desenvolvem que considera de promoção da saúde?

**Depoente:** *“Aqui eu trabalho na parte de prevenção de doenças sexualmente transmissíveis. Eu oriento todas as mulheres em relação ao cuidado com elas, com o corpo delas quando elas têm parceiro, todas os adolescentes, também, a gente informa sobre todas as doenças, como elas se cuidarem, se prevenirem, a gente usa todos os métodos que têm para evitar doenças e filhos. Na parte de puericultura, a gente orienta todas as mães como cuidar dos bebês para eles não ficarem doentes, desde a parte de amamentação, até o cuidado de higiene, alimentação e banho explicando quais são as fases que o bebê vai passar, o que ela tem que observar. Na parte do pré-natal, a gente também orienta as mães tudo o que elas podem fazer, ou o que elas não podem, o que elas podem comer, o que elas podem tomar de remédio, tudo prevenção tudo é orientação; todas as dúvidas que elas têm que não conseguem tirar na consulta médica e de enfermagem, que fica uma parte muito técnica. E a gente trabalha no dia-a-dia mesmo, como se fosse um amigo, tirando dúvida. A gente faz isso com os pacientes e em todos: no diabético o que ele pode comer, o que não pode é tudo orientado. Na parte de promoção a gente não trabalha: você vai ficar sem fazer isso, para você ficar curado não, ele vai aprender a fazer isso para ele ter o controle da saúde dele. É o que a gente mais faz aqui é saber conhecer o seu corpo, saber o que está fazendo de errado o que você pode fazer certo para melhorar a qualidade de vida, o que vai melhorar a sua saúde, no que você vai ficar prevenindo. A gente trabalha com isso, é o tempo todo só orientação, e eles vem às vezes tirar uma dúvida, não vêm só para consultar e falar: estou sentindo isso, queria que você passasse isso para mim, eles vêm muitas vezes tirar as dúvidas. Isso é muito gratificante, você vê o resultado, a equipe trabalha assim, até agora eu estou querendo fazer uma capacitação com os agentes para eles se alguém perguntar: Eu preciso tomar esse remédio, para que serve? Então a gente já está programando uma capacitação com eles, o que eles podem informar para os familiares, para famílias que eles têm e o que não podem, o que eles devem saber os sintomas mais básicos de hiperglicemia ou hipoglicemia, um sintoma de contração quando uma mulher está com contração, eles estão interessados nessa capacitação e eles já fazem esse serviço, falando vocês tem que ir lá no posto fazer isso, tem que ver a pressão eles sabem verificar pressão. A parte de odonto eles fazem muita higiene bucal, fazem sala de espera vão nas escolas, eles estão fazendo bastante coisa. A doutora, também, com as interna elas orientam, nas consultas médica e de enfermagem a gente faz muita orientação, não fica só atrelada a consulta não, fazem orientação quando está atrasado o preventivo encaminha para cá. Tudo isso a gente faz aqui, é um trabalho árduo, mas é muito gratificante, porque você tudo tem que perguntar, tem que anotar. Tudo que eu faço eu escrevo, tudo que eu fiz com aquele paciente não se perde a documentação dele, isso é muito importante”.*

**3- Entrevistadora:** Quais os fatores que facilitam o desenvolvimento de atividades de promoção de saúde?

**Depoente:** *“A facilidade é que elas entendem tudo o que a gente fala. A gente usa a linguagem deles, transcreve, a gente traduz todo termo técnico, aí eles gostam e perguntam: Você não vai mais falar sobre isso não, eles sentem a falta, mas não pode falar toda hora, porque é muito marcante de novo palestra. Estamos sempre fazendo estratégias diferentes, todo mundo se prontifica a ajudar os pacientes, estão sempre dispostos a colaborar”.*

**4- Entrevistadora:** Quais os fatores que dificultam o desenvolvimento das atividades de promoção da saúde?

**Depoente:** *“O ponto negativo é só isso, acho a comunidade daqui é muito difícil eles são às vezes um pouco arredios a aceitar o que você fala, mas aí com o tempo você vai conquistando. A dificuldade aqui que é muita demanda, eles querem estar consultando aqui e você não consegue ir às casas, com essa nova equipe vindo para cá, a gente já combinou, vai ficar uma aqui e a outra vai para a rua, depois reveza aí vai ter sempre gente na rua que a capacitação é muito melhor, com essa dificuldade da demanda você fica sem tempo de ir ao campo, PSF é muito lá, não é? Ainda tem aqueles vestígios de posto de saúde com todas aquelas especialidades, tudo eles querem ficar aqui no posto, aí tudo eles vêm aqui, todos querem uma coisa, uns querem ver pressão, aí você acaba ficando preso aqui no posto. Se a gente fizer mais eventos, mais ações, eles deixariam de vir um pouco aqui, eles procuram isso aqui para tudo”.*

### **Médico – M1**

Sexo: *Feminino*

Idade: *39 anos*

Tempo de Trabalho na ESF: *07 anos*

Cursos realizados para atuar na ESF: *“Especialização em PSF, hanseníase, tuberculose, aleitamento”.*

**1-Entrevistadora:** O que você entende por promoção da saúde?

**Depoente:** *“Para mim é fazer com que a pessoa queira se dar melhor condição de saúde física e mental, que não a gente sempre esteja ali com eles, mas que eles saibam o que eles têm que fazer no dia-a-dia deles para melhorar o nível de vida deles, isso é promoção da saúde”.*

**2- Entrevistadora:** Quais as atividades que você e a equipe desenvolvem que considera de promoção da saúde?

**Depoente:** *“Aqui na unidade costumamos trabalhar mais nos grupos, de um determinado tipo de pessoas que têm determinados tipos de problemas, por exemplo: grupos de hipertensão, grupos de diabetes, grupos de mães com as crianças, grupos de gestantes, de adolescentes, de idosos, para fazer uma caminhada, uma atividade física, então nesse grupo a gente faz um processo de reeducação, tudo isso faz parte da promoção, reeducação de orientação. Tirar as dúvidas, de falar sobre os medicamentos também, que eles não são aquelas pessoas sem orientação, sem noção de nada, eles sabem direitinho tudo que têm que fazer, que têm que tomar os medicamentos direitinho, mas têm algumas dúvidas que são comuns, então isso é um meio de estarmos chegando na promoção da saúde deles, através dessa coisas é a melhor maneira. Nos atendimentos, também, um atendimento que não é individualizado, a gente conhece a família. Essas atividades em grupo, a caminhada, a própria consulta, as visitas, as campanhas, as ações até mesmo com os alunos, o alunos muitas vezes se interessam, até mesmo no PBL que estão começando a fazer alguma atividade de orientação, de capacitação de um determinado grupo. É a gente faz promoção da saúde nessas atividades todas, a gente tem que sempre voltar para esse lado”.*

**3- Entrevistadora:** Quais os fatores que facilitam o desenvolvimento de atividades de promoção de saúde?

**Depoente:** *“As facilidades [pausa] não tem muita não. Eu acho que o fator que facilita é uma equipe bem regulada, eu acho que quando está médico, enfermeiro, agente de saúde e recepcionista, quando há um vínculo na equipe, isso facilita. Cada um fazendo seu papel e junto, se consegue fazer uma estratégia boa, se não houver esse vínculo, fica mais difícil. A gente tem que ter mais criatividade, eu acho que, por exemplo: quando a gente quer fazer uma ação que a gente necessita de algum recurso, de algum material isso nunca foi negado para gente, sempre tem tudo que a gente precisa para fazer uma ação”.*

**4- Entrevistadora:** Quais os fatores que dificultam o desenvolvimento das atividades de promoção da saúde?

**Depoente:** *“Dificuldade pelo menos para mim como médica, é que o médico é um escravo da consulta, eu tenho um pouco de dificuldade de estar no grupo, porque eles vão sempre me olhar como aquela que vai consultá-los, aquela que vão me mostrar um exame e aí vão chegando os vilão do PSF que são aquelas demanda espontânea, que vão chegando aquelas coisas que você já vai se estressando, que tem que terminar aquilo para ir correndo lá para atender, então pelo meu cargo aqui, eu tenho essa dificuldade. Acredito que até para a enfermeira, para agente de saúde seja até mais fácil, porque estaria bem voltada para aquela parte de educação. Eu acho que é até isso esse excesso no atendimento que atrapalha a parte da promoção, excesso de aluno, a gente sabe que existe esse excesso que a gente sabe que atrapalha aqui, mas eu acho se a gente souber lidar com eles, estimular a vontade deles estarem ensinando, porque se eles estiverem ensinando eles vão estar apreendendo. Então, se a gente souber estimular isso, eles vão estar ajudando a gente, mas no que acontece nas 500 consultas que estão esperando para gente resolver, atrapalha um pouco para mim, os profissionais também têm que ter criatividade, tem que ter resolutividade. Eu acho que o perfil do profissional do PSF é esse e tem que ser bom tecnicamente também, para poder conseguir resolver tudo isso, todos eles, não estou falando só da minha parte não, se a recepção tiver uma boa resolutividade ela já não vai sobrecarregar lá no grupo e por aí vai. Um dia que a gente puder se dedicar mais a isso, aí a gente atinge o objetivo do PSF”.*

### **Técnico de Enfermagem – TE1**

Sexo: *Feminino*

Idade: *50 anos*

Tempo de Trabalho na ESF: *08 anos*

Cursos realizados para atuar na ESF: *“Introdução ao PSF, imunização, DST, aleitamento materno”.*

**1-Entrevistadora:** O que você entende por promoção da saúde?

**Depoente:** *“Você vê o que você tem que fazer para não ficar doente, conscientizar a população do que ela tem que fazer, como: higiene, esgoto, saneamento total básico, dentro de casa limpeza, alimentação, para realmente não ter doença”.*

**2- Entrevistadora:** Quais as atividades que você e a equipe desenvolvem que considera de promoção da saúde?

**Depoente:** *“Vacina, orientações tanto para hipertenso, como para diabético, o que eles devem comer, o que devem fazer temos que estar batendo num ponto que eles são bem difíceis, temos que estar falando sempre a mesma coisa: Não pode fazer isso, vamos*

*caminhar, vamos fazer atividade. A busca que a gente faz para encontrar alguém com alguma doença que não vem ao posto, é o trabalho que a equipe desenvolve, sai em busca”.*

**3- Entrevistadora:** Quais os fatores que facilitam o desenvolvimento de atividades de promoção de saúde?

**Depoente:** *“A equipe unida, assim facilita que um passa informação para o outro, eu acho isso muito bom, acho que ajuda muito informação”.*

**4- Entrevistadora:** Quais os fatores que dificultam o desenvolvimento das atividades de promoção da saúde?

**Depoente:** *“A falta de respeito, de interesse”.*

## **Técnico de Enfermagem – TE2**

Sexo: *Feminino*

Idade: *55 anos*

Tempo de Trabalho na ESF: *08 anos*

Cursos realizados para atuar na ESF: *Não lembrou no momento da entrevista.*

**1-Entrevistadora:** O que você entende por promoção da saúde?

**Depoente:** *“É muito difícil a gente julgar, que seria uma coisa muito boa para gente que é promover em primeiro a saúde, mas no decorrer do tempo eu acho que nem todos os profissionais visam promover a saúde, mas visam mais o dinheiro, seria em primeiro lugar promover mais, melhoria da saúde”.*

**2- Entrevistadora:** Quais as atividades que você e a equipe desenvolvem que considera de promoção da saúde?

**Depoente:** *“A visita, atender qual o paciente que não pode vir na unidade, principalmente tem paciente que não vem até aqui porque eles têm vergonha. Exemplo: paciente que tem CA não que vir se expor no posto, aí eu faço isso com maior prazer, eu gosto muito, além de só fazer a visita, não porque ele não pode chegar até aqui, mas pessoalmente ele se sente muito bem, eu levanto muito esse astral dele. Eu acho que devemos conhecer melhor os pacientes, principalmente, porque às vezes o paciente está tomando o medicamento, mas não sabe para que, eu acho que tem que combater, não adianta tomar medicação sem saber o que está consumindo, coisas contaminada, a água, esgoto, educação, não sanitária, mas como um todo”.*

**3- Entrevistadora:** Quais os fatores que facilitam o desenvolvimento de atividades de promoção de saúde?

**Depoente:** *“Em primeiro é a equipe, como conjunto nós poderíamos chegar a um consenso maior da saúde, porque um só não resolve”.*

**4- Entrevistadora:** Quais os fatores que dificultam o desenvolvimento das atividades de promoção da saúde?

**Depoente:** *“Dificulta, às vezes a minha opinião com a colega de trabalho é o que dificulta. Às vezes o que eu penso não é o mesmo que você pensa, por que eu penso diferente, não é só dividir as tarefas, porque a promoção da saúde é para melhorar entendeu, tem que ser em conjunto, junto, é a questão do trabalho mesmo em equipe”.*

## Equipe 02

### Agente Comunitário de Saúde – ACS6:

Sexo: *Feminino*

Idade: *23 anos*

Tempo de Trabalho na ESF: *06 meses*

Cursos realizados para atuar na ESF: *“Capacitações de hanseníase”*.

1- **Entrevistadora:** O que você entende por promoção da saúde?

**Depoente:** *“Acho que é melhora da saúde da população, o posto de saúde ajudando as pessoas mais carentes indo até os lares, até a população. O pessoal está vindo mais ao posto para se tratar, qualquer machucadinho está vindo. A gente acha melhor assim do que estarem em casa e acontecer uma coisa muito mais grave, exemplo: Um machucado cria uma infecção e pode amputar a perna, então agora eles estão vindo até por uma picada de mosquito mais eles estão vindo, eles estão mais junto ao posto do que ficando em casa, eu acho para mim que é isso”*.

2- **Entrevistadora:** Quais as atividades que você e a equipe desenvolvem que considera de promoção da saúde?

**Depoente:** *“A gente como Agente Comunitário de Saúde, indo até os lares, nas pessoas conversando e algumas palestras que tem no posto, até como colocar uma camisinha que muitas pessoas não sabem, sobre o remédio, sobre a diabetes. Têm muitas pessoas que vêm no posto e querem assistir uma palestra, quando vai naquela palestra ela se identifica e dali você até começa a descobrir que você pode ser um diabético, eu gosto dessa palestra. Nós ajudamos muito indo nas casas buscando, a gente vai lá conversa com jeitinho e consegue trazer aquele pessoal para aqui e depois que você consegue trazer uma vez, aí ele passa a vir aqui toda semana, aí você se acha assim: Poxa consegui trazer aquela pessoa que estava lá que nunca fez um preventivo, nunca levou uma criança para tomar vacina, a gente está trazendo ele aqui para o posto, então eu acho legal isso também”*.

3- **Entrevistadora:** Quais os fatores que facilitam o desenvolvimento de atividades de promoção de saúde?

**Depoente:** *“Foi aquilo que eu falei, indo até a casa, chamando, conversando. Ter aquele carinho, aquele amor com as pessoas que são muito humildes. Você se dá carinho a elas pronto, já conquistou elas, então eu acho que o carinho, o amor, a paciência, a união naquela família desenvolve muito a poder ajudar eles e fazer a promoção de saúde neles”*.

4- **Entrevistadora:** Quais os fatores que dificultam o desenvolvimento das atividades de promoção da saúde?

**Depoente:** *“O que dificulta na minha área é porque eu pego uma área que não é rica, mas que tem condições boas. A gente vai lá e: Não, não, quero atender porque eu tenho plano de saúde e isso é aquilo! Aí dali a um mês você volta e fala: Ah! Eu sou agente comunitário e tal, vim aqui para te ajudar com uma vacina e coisa assim”*.

### Agente Comunitário de Saúde – ACS7:

Sexo: *Feminino*

Idade: *30 anos*

Tempo de Trabalho na ESF: *01 ano*

Cursos realizados para atuar na ESF: *“Aleitamento materno, técnico em Agente Comunitário de Saúde, curso de tuberculose e hanseníase. A Equipe ensina a gente a aferir PA”*.

**1- Entrevistadora:** O que você entende por promoção da saúde?

**Depoente:** *“Olha promoção da saúde é uma coisa muito difícil para qualquer um conseguir fazer isso. Promoção da saúde é a gente chegar até as pessoas que mais precisam que é a comunidade, para apresentar uma coisa que seja interessante para eles com o posto”*.

**2- Entrevistadora:** Quais as atividades que você e a equipe desenvolvem que considera de promoção da saúde?

**Depoente:** *“Principalmente eu promovo nas visitas domiciliares que eu faço, eu apresento as coisa que a gente pode oferecer para eles de maior interesse, como funciona e tudo o que o posto oferece. A gente faz muitas ações, palestras. E todo dia eu tento passar para ele um pouco disso. É um trabalho de formiguinha, a gente vai e não consegue fazer de uma vez só, estamos sempre tendo que estar ali, batendo na tecla, falando para eles”*.

**3- Entrevistadora:** Quais os fatores que facilitam o desenvolvimento de atividades de promoção de saúde?

**Depoente:** *“Na minha comunidade hoje em dia até que está mais fácil de trabalhar, porque a gente vê muito resultado e a gente vê que eles se interessam muito pelo o que a gente faz. Uma visita mesmo normal minha de Agente Comunitário é tão importante para eles como se fosse até ação ou palestras. É a gente levar a palestra ou ação para eles, ficam muito mais felizes”*.

**4- Entrevistadora:** Quais os fatores que dificultam o desenvolvimento das atividades de promoção da saúde?

**Depoente:** *“Eu diria que está um pouco difícil. Cada um ficou com um pouco de interesse de cada um, com sua comunidade, mas também aqui como equipe cada um se distanciou até mais, mas não tenta perder esse lado até mesmo com a comunidade que a gente tem que apresentar o melhor”*.

#### **Agente Comunitário de Saúde – ACS8:**

Sexo: *Feminino*

Idade: *28 anos*

Tempo de Trabalho na ESF: *01 ano*

Cursos realizados para atuar na ESF: *“Capacitações de Agente Comunitário de Saúde”*.

**1-Entrevistadora:** O que você entende por promoção da saúde?

**Depoente:** *“Acho que promover é ajudar a educar o povo, para eles não adoecerem tanto, o povo procura muito o posto por coisa que nem precisa, poderia até resolver em casa se se cuidasse melhor, se fizesse dieta, tomasse os remédios, se não fizesse tanto esforço, se não fizesse o que não deveria e a gente procura promover isso, procura orientar os pacientes, têm muitos rebeldes, porque a gente pede que eles façam as coisas e eles não fazem. Aí já aconteceu caso de a gente voltar na casa da pessoa ela ter sido internada.*

**2- Entrevistadora:** Quais as atividades que você e a equipe desenvolvem que considera de promoção da saúde?

**Depoente:** *“É basicamente isso, a gente procura orientar o paciente na medida do possível e trazer o paciente também na unidade, para se cuidar, fazer os exames de rotinas, virem ao*

médico. A gente procura fazer isso, mas não consegue, são os rebeldes eles não fazem, a gente marca consulta eles não vêm. [Pausa] No grupo de hipertenso e diabético muitos têm vindo toda quarta em 1º 2º 3ª semana para ter menos paciente e para poder orientar melhor, a gente procura fazer palestra para poder orientar melhor [pausa] essas coisas a gente costuma fazer. A gente fala muito sobre derrame, infarto, sobre a diabete, eles gostam de ouvir essas coisas”.

**3- Entrevistadora:** Quais os fatores que facilitam o desenvolvimento de atividades de promoção de saúde?

**Depoente:** “Hoje, assim, eu considero a equipe mais unida. A gente procura se unir mais e procura fazer as coisas melhores para população, o atendimento melhor, facilitar a chegada deles no posto, a gente procura melhorar o atendimento deles. A gente está aqui para ajudar, está aqui para fazer a população vir ao posto, então a gente procura dividir bastante, vê qual o programa de um, de outro sempre. Procura ver o que está faltando o que precisa”.

**4- Entrevistadora:** Quais os fatores que dificultam o desenvolvimento das atividades de promoção da saúde?

**Depoente:** “Bom, eu acho que é a falta de remédio. Eles precisam muito de remédio, às vezes falta material de coleta de preventivo, mas fora isso...”.

#### **Agente Comunitário de Saúde – ACS9:**

Sexo: *Feminino*

Idade: *24 anos*

Tempo de Trabalho na ESF: *01 ano*

Cursos realizados para atuar na ESF: “*Técnico em Agente Comunitário - primeira etapa, capacitações de hanseníase, dengue, tuberculose.*”.

**1- Entrevistadora:** O que você entende por promoção da saúde?

**Depoente:** “*Promover a saúde para mim é levar conhecimento a minha família e às famílias, a gente tenta fazer isso, no explicar como que é o PSF, para que serve, como que eles devem utilizar, ensinando a eles como se viver numa forma mais saudável, então eu acredito que promoção é isso, ensinar e fazer uma educação na saúde.*”.

**2- Entrevistadora:** Quais as atividades que você e a equipe desenvolvem que considera de promoção da saúde?

**Depoente:** “*A gente vai às casas, explica como eles têm que fazer para estar indo ao posto, que não é só no caso de doença que eles têm que procurar, tem que fazer um exame rotineiro para que a prevenção aconteça. A gente faz ações geralmente com a equipe, levando para eles conhecimento nas escolas, nas creches. A gente desenvolveu foi uma ação numa escola, que foi para ver a vista da criança, para ver se ela estava focando legal, vê se ela estava precisando de óculos. O que a gente faz é isso, faz palestras na escola que foi de higiene, como a criança tem que se tratar, para não ir sujo para escola, a gente fez um teatrinho, fizemos um passa-repassa para as crianças estarem mais envolvidas.*”.

**3- Entrevistadora:** Quais os fatores que facilitam o desenvolvimento de atividades de promoção de saúde?

**Depoente:** “*Primeiro a aceitação, ele (os clientes) aceitam muito bem o que nós levamos, eles gostam quando a gente vai e faz, até a diretora da escola onde a gente trabalha trata a*

*gente muito bem, ela procura a gente para que a gente esteja sempre lá desenvolvendo esse trabalho junto com a escola”.*

**4- Entrevistadora:** Quais os fatores que dificultam o desenvolvimento das atividades de promoção da saúde?

**Deponente:** *“Às vezes a gente agenda muito e não consegue nunca realizar da forma que a gente sempre espera, falta alguém estar sempre em cima, falta incentivo de toda a equipe, que eu acho que não basta só um querer tem que todos, todos têm que estar sempre forte, dizendo eu quero vou conseguir fazer isso. Também, às vezes, quando precisa de algum material também é complicado de conseguir e aí a gente tem que pedir doação para o pessoal da comunidade mesmo”.*

## **Enfermeiro – E2**

Sexo: *Feminino*

Idade: *23 anos*

Tempo de Trabalho na ESF: *06 meses*

Cursos realizados para atuar na ESF: *“Pós-graduação em Saúde da Família, congressos em Saúde da Família e minha graduação está enfocada para Saúde da Família”.*

**1-Entrevistadora:** O que você entende por promoção da saúde?

**Deponente:** *“É uma educação preventiva sobre o perfil epidemiológico, quais as necessidades que a população tem, que terá impacto na qualidade de vida futura da pessoa. Atividades educativas, de orientações futuras, autocuidados, prevenções”.*

**2- Entrevistadora:** Quais as atividades que você e a equipe desenvolvem que considera de promoção da saúde?

**Deponente:** *“São ações educativas na população, grupos específicos de educação e saúde, alguma avaliação de impacto sobre o grupo, o envolvimento da equipe inteira porque na atividade de prevenção até na consulta individual, dando sempre orientações para prevenção de doenças. Desde a recepção a gente tenta manter uma linha de raciocínio igual em toda a equipe, a vacina sempre estar avaliando o calendário vacinal, o cartão de vacina estar retirando dúvida, orientando como prevenir mesmo alguns agravos que tem muitas ocorrências, como a pessoa deve agir, quando procurar o profissional de saúde e todos os nossos grupos, as nossas ações são desde o agente comunitário e a equipe inteira está envolvida”.*

**3- Entrevistadora:** Quais os fatores que facilitam o desenvolvimento de atividades de promoção de saúde?

**Deponente:** *“Facilita é que a equipe é empolgada, em tudo que surge para fazer todos se propõem a fazer, o trabalho na comunidade ela gosta, recebe bem as ações, não pensa que é só uma palestra, que uma forma de retirar dúvidas, eu acho que isso é um fator que facilita a recepção da própria população e a equipe também é fundamental”.*

**4- Entrevistadora:** Quais os fatores que dificultam o desenvolvimento das atividades de promoção da saúde?

**Deponente:** *“O que dificulta aqui no nosso caso, às vezes é o espaço físico, porque às vezes têm grupos que se batem uns com outros. Acho que quando a gente precisa de um material educativo, que muitas vezes a gente não consegue, acho que são poucas coisas que dificultam”.*

## **Médico – M2**

Sexo: *Masculino*

Idade: *41 anos*

Tempo de Trabalho na ESF: *11 meses*

Cursos realizados para atuar na ESF: *“Pós-graduação em Saúde da Família”*.

**1-Entrevistadora:** O que você entende por promoção da saúde?

**Depoente:** *“Meios e atitudes que a gente pode melhorar a qualidade de vida. ensinando as pessoas para que elas não adoçam, ajudam a não sobrecarregar os hospitais o pronto-socorro, orientar quanto a higiene, os riscos, meio ambiente, fazendo uso correto de medicações, orientar sobre as doenças de base para não carregar aquilo pelo resto da vida, tentando evitar as conseqüências dessa doença e não prejudicar mais ainda a saúde deles e dos familiares”*.

**2- Entrevistadora:** Quais as atividades que você e a equipe desenvolvem que considera de promoção da saúde?

**Depoente:** *“Uma delas é a consulta médica, quando paciente entra aqui a gente tenta esclarecer ao máximo possível, orientar quanto ao uso de medicamento, não deixar acabar o medicamento para não deixar aquele espaço ali, senão acaba aumentando as conseqüências da doença. Temos aqui os grupos de hipertensão, diabéticos o pessoal assiste algumas palestras que são bem disputadas, devido à demanda e do número de alunos tanto de medicina, quanto de enfermagem. Agora com o PBL, os alunos vêm do 1º até ao 8º período, então isso aí é que dificulta para a gente fazer uma coisa mais preventiva, mais orientada mesmo. A população é grande, os hospitais ficam sobrecarregados, aí o pessoal vem para o posto achando que aqui é uma urgência, então dificulta porque você tem que atender um número de pessoas, não dando tempo de você desempenhar aquele papel que você deveria fazer, ou seja, uma consulta ser mais demorada, mais bem explicativa, mais esclarecedora para os pacientes com nível cultural mais baixo, eles encontram um pouco mais de dificuldade, para entender o que nós estamos passando para eles de informações. A equipe faz as palestras, os agentes comunitários que vão visitá-los, que vão levar informações que chegam da secretaria, avisam sobre as campanhas, quando chegam os medicamentos, muitas pessoas não têm condições de comprar e depende exclusivamente do medicamento do posto e quando tem o medicamento eles facilitam, ajudam eles”*.

**3- Entrevistadora:** Quais os fatores que facilitam o desenvolvimento de atividades de promoção de saúde?

**Depoente:** *“A equipe completa, os agentes comunitários por morarem aqui mesmo, têm mais acesso, facilidade com a população, mais contato”*.

**4- Entrevistadora:** Quais os fatores que dificultam o desenvolvimento das atividades de promoção da saúde?

**Depoente:** *“A quantidade de gente, o espaço físico, estar acolhendo todas essas pessoas, os alunos que vêm para cá, a gente poder distribuir isso aí para poder fazer as reuniões com o grupo, poder sair da consulta, isso aí é que a galera atrapalha um pouquinho, quando atrasa os medicamentos, já aconteceu aqui de paciente fazer AVC porque estava sem medicamento, não têm recurso para comprar, aí fica contando com o daqui, isso atrapalha um pouco”*.

## **Técnico de Enfermagem – TE3**

Sexo: *Feminino*

Idade: 52 anos

Tempo de Trabalho na ESF: 05 anos

Cursos realizados para atuar na ESF: “Aleitamento materno, Benfam, hipertensão, vacinação”.

**1-Entrevistadora:** O que você entende por promoção da saúde?

**Depoente:** *“É você ter condições de trabalho para você trabalhar com o cliente, tipo assim, você ter condições de atender, com aquilo que tem ali para você oferecer para aquele paciente. Digamos assim, você está trabalhando com o paciente ele chega aqui, vem na unidade de saúde, que precisa de uma medicação, às vezes você atende, afere uma pressão e você que ali no local não tem aquele medicamento adequado para oferecer para aquele paciente, e você sabe que ele não tem condições de comprar, aí ele vai para casa e não vai tomar aquele medicamento e amanhã ele retorna com o mesmo problema com a mesma situação. Eu acho que promoção de saúde eu tenho que promover saúde, ensinar, educar a se tratar, a se cuidar, eu falo tudo isso pra eles.*

**2- Entrevistadora:** Quais as atividades que você e a equipe desenvolvem que considera de promoção da saúde?

**Depoente:** *“Atividade que eu faço administrativa, vacinação, atividade do grupo que eu participo, do grupo de hipertenso, do grupo de diabético que eu faço a glicemia deles no dia do grupo, converso com eles todos reunidos, explicamos o mal da diabetes, como se tratar, como se cuidar, então essas são as atividades que eu tenho com o pessoal do grupo que eu participo. Em modos gerais, essas atividades todas do grupo de hipertenso, inclusive eles ficam muito felizes, a gente os leva para passear e outra coisa também essas coisas que a gente tem feito no colégio, as palestras, eu acho uma promoção de saúde muito importante e com isso a gente começa a reeducar e trazer para o posto porque têm muitas mães que não trazem os filhos para o posto, esquecem de fazer vacina aí quando a gente vai no colégio e começa a fazer palestra elas começam a retornar à unidade para colocarem os cartões de vacinas em dia. Eu acho que isso é promoção de saúde, porque você está promovendo, informando a comunidade do que é preciso estar ciente”.*

**3- Entrevistadora:** Quais os fatores que facilitam o desenvolvimento de atividades de promoção de saúde?

**Depoente:** *“O que facilita é ter mais condições, é tudo que a gente precisa à mão, no caso aqui dentro material de trabalho, que nem eu falei para você são os fatores que mais precisam. Material para trabalho digamos assim, hoje nós temos os aparelhos não está faltando nada para gente, está faltando mais a medicação, então são os fatores que precisam e que a secretaria de saúde ajude mais a gente no sentido de contribuir para dentro da unidade”.*

**4- Entrevistadora:** Quais os fatores que dificultam o desenvolvimento das atividades de promoção da saúde?

**Depoente:** *“Coisa muito ruim dentro da unidade, aqui nós temos muitos alunos, internos de medicina e internos de enfermagem e a unidade não tem condições de tantas pessoas aqui dentro, às vezes eu quero fazer o meu trabalho e estão disputando a sala, só para vacina tem sala, toda sala que você entrava tinha gente trabalhando, não passo chegar para o paciente e levar para o meio do corredor para fazer medicamento e ficar disputando com muitos o trabalho nosso, da parte técnica. Tenho que ficar disputando meu trabalho de equipe porque são muitos alunos e, assim, a unidade é grande, mas no momento está pequena para tanta gente e está dificultando muito o trabalho”.*

# Livros Grátis

( <http://www.livrosgratis.com.br> )

Milhares de Livros para Download:

[Baixar livros de Administração](#)

[Baixar livros de Agronomia](#)

[Baixar livros de Arquitetura](#)

[Baixar livros de Artes](#)

[Baixar livros de Astronomia](#)

[Baixar livros de Biologia Geral](#)

[Baixar livros de Ciência da Computação](#)

[Baixar livros de Ciência da Informação](#)

[Baixar livros de Ciência Política](#)

[Baixar livros de Ciências da Saúde](#)

[Baixar livros de Comunicação](#)

[Baixar livros do Conselho Nacional de Educação - CNE](#)

[Baixar livros de Defesa civil](#)

[Baixar livros de Direito](#)

[Baixar livros de Direitos humanos](#)

[Baixar livros de Economia](#)

[Baixar livros de Economia Doméstica](#)

[Baixar livros de Educação](#)

[Baixar livros de Educação - Trânsito](#)

[Baixar livros de Educação Física](#)

[Baixar livros de Engenharia Aeroespacial](#)

[Baixar livros de Farmácia](#)

[Baixar livros de Filosofia](#)

[Baixar livros de Física](#)

[Baixar livros de Geociências](#)

[Baixar livros de Geografia](#)

[Baixar livros de História](#)

[Baixar livros de Línguas](#)

[Baixar livros de Literatura](#)  
[Baixar livros de Literatura de Cordel](#)  
[Baixar livros de Literatura Infantil](#)  
[Baixar livros de Matemática](#)  
[Baixar livros de Medicina](#)  
[Baixar livros de Medicina Veterinária](#)  
[Baixar livros de Meio Ambiente](#)  
[Baixar livros de Meteorologia](#)  
[Baixar Monografias e TCC](#)  
[Baixar livros Multidisciplinar](#)  
[Baixar livros de Música](#)  
[Baixar livros de Psicologia](#)  
[Baixar livros de Química](#)  
[Baixar livros de Saúde Coletiva](#)  
[Baixar livros de Serviço Social](#)  
[Baixar livros de Sociologia](#)  
[Baixar livros de Teologia](#)  
[Baixar livros de Trabalho](#)  
[Baixar livros de Turismo](#)