

AS DIMENSÕES DAS ESTRATÉGIAS DE PROMOÇÃO DE SAÚDE EM EQUIPES DE SAÚDE DA FAMÍLIA NO MUNICÍPIO DE JOÃO PESSOA/PB

The dimension of health promotion strategies in family health team in the city of João Pessoa/PB

Isabelle Mendes¹, Jerônimo Farias de Alencar²

RESUMO

A presente pesquisa se propôs vislumbrar a Estratégia Saúde da Família e sua pertinência em relação aos processos da Promoção da Saúde. Objetivando-se reconhecer as estratégias das práticas das equipes de saúde da família, foram direcionados questionário e entrevista aos trabalhadores de saúde em 20 Unidades Saúde da Família da rede de atenção básica do município de João Pessoa - PB, de modo que também utilizamos o método de construção do discurso do sujeito coletivo. Considerando a carta de Ottawa, 1986, que diz que a promoção da saúde consiste em reduzir as diferenças no atual estado da saúde, assegurar a igualdade de oportunidades e promover os meios que permitam a toda a população desenvolver ao máximo sua saúde potencial, constatou-se que as equipes do estudo percebem que, se não houver a aliança com os outros setores da sociedade, as práticas desenvolvidas nas unidades são insuficientes, apontando que a relação intersetorial é mínima e que só existe através de comunicação protocolar, de solicitações, enfim, de modo burocrático, não havendo discussão entre os setores. A partir da construção do discurso coletivo dos agentes comunitários de saúde e enfermeiros identificamos que o conceito de saúde é ampliado e que, embora pratiquem atividade de cunho promotor da saúde, existem determinantes sociais concretos que inviabilizam tais práticas, como falta de saneamento básico, desemprego etc. Concluímos que a estratégia da Promoção da saúde é ainda carente da articulação transversal dos setores sociais e que os processos em torno do promover saúde estão em construção na Estratégia Saúde da Família.

PALAVRAS-CHAVE: saúde da família, assistência à saúde, condições de saúde.

ABSTRACT

This study intended to shed some light on the Family Health Strategy and its relevance to the processes of Health Promotion. Aiming to recognize the strategies of family health team practices, questionnaires and interviews were directed to health workers in 20 Family Health Units of the primary care network in the municipality of João Pessoa - PB, and so we also used the method of construction of the collective subject discourse. Considering the Ottawa Charter, 1986, which says that health promotion consists of reducing differences in the current health status, ensuring equal opportunities, and promoting the means to enable all people to develop to their maximum health potential, we found that the study teams realize that if there are no alliances with other sectors of society, the practices developed in the units are insufficient, noting that the intersectoral relationship is minimal, limited to what exists solely via protocol-conforming communication, from requests, ultimately, of a bureaucratic order, with no discussion between the sectors. From the construction of the collective discourse of the community health workers and nurses we identified that the concept of health is broadened and that, although they engage in activities to promote health, there are clearly defined social determinants that prevent such practices, such as lack of sanitation, unemployment, etc. We conclude that the strategy of health promotion is still lacking coordination across social sectors and that the processes focused on promoting health are under construction in the Family Health Strategy.

KEYWORDS: family health, delivery of health care, health status.

¹ Isabelle Mendes, Educação Popular, Saúde Coletiva, Fisioterapia. E-mail: isandyeshua@hotmail.com

² Jerônimo Farias de Alencar, Doutor em Fisioterapia pela Universidade Federal da São Carlos - UFSCar.

INTRODUÇÃO

A proposta que norteou a presente pesquisa foi a pertinência do aprofundamento acerca da estratégia Saúde da Família enquanto mecanismo de ampliação do acesso aos serviços de saúde, compreendendo que a mesma possui uma dimensão importante na Promoção da Saúde. Pretendeu-se, assim, reconhecer as estratégias das práticas a partir do acompanhamento de atividades realizadas em Unidades Saúde da Família no município de João Pessoa - PB - pelas equipes multidisciplinares (médico, dentista, enfermeiro, auxiliares técnicos e agentes de saúde comunitários).

As características promocionais de saúde desenvolvidas nas respectivas unidades de saúde inseridas em diferentes comunidades foram pensadas a partir da concepção expressa na Carta de Ottawa sobre Promoção da Saúde em 1986¹:

A promoção da saúde consiste em proporcionar aos povos os meios necessários para melhorar sua saúde e exercer um maior controle sobre a mesma. Para alcançar um estado adequado de bem estar físico, mental e social, um grupo deve ser capaz de identificar e realizar suas aspirações, satisfazer suas necessidades e mudar ou adaptar-se ao meio ambiente. A saúde, então, não vem como um objetivo, mas como a fonte de riqueza da vida cotidiana. Trata-se de um conceito positivo que acentua os recursos sociais e pessoais, assim como as aptidões físicas. Portanto, dado que o conceito de saúde como bem-estar transcende a ideia de formas de vida saudáveis, a promoção da saúde não concerne, exclusivamente, ao setor sanitário.

Promoção da saúde, constituindo-se como uma combinação de medidas educacionais e estruturais (ambientais e financeiras), apresenta o objetivo primordial de incentivar estilos saudáveis de vida, mantendo o nível de saúde das populações de maneira eficaz, ética e socialmente justa, identifica-se com a prevenção primária, porém propõe atividades dirigidas ao bem-estar de um indivíduo ou grupo saudáveis, buscando-se, assim, reduzir o risco da ocorrência de moléstia, injúria, incapacidade, deficiência ou de outro evento indesejável.²

É relevante o reconhecimento das estratégias a partir das práticas desenvolvidas por equipes Saúde da Família, caracterizando-se as atividades realizadas e destacando-se suas limitações de modo a possibilitar uma intervenção posterior mais cabível perante a realidade do microespaço em que a unidade de atenção básica está inserida.³

Fazendo-se um traçado histórico, os primeiros a difundirem os conceitos da revolução da Saúde foram Marc Lalonde, depois Julius Richmond e Organização Mundial

da Saúde na declaração de Alma-Ata, em 1978. Os conceitos foram divulgados e implementados universalmente no documento “Metas da Saúde para Todos”, com edição original de 1984 e tradução portuguesa do Ministério da Saúde, de 1986. Embora toda a filosofia deste novo modelo estabeleça uma ruptura com o modelo anterior, salientam-se dois conceitos centrais, específicos e inovadores: “promoção da saúde” e “estilo de vida”.⁴

Desde a I Conferência Internacional de Promoção da Saúde, realizada em Ottawa, em 1986, as demais conferências internacionais têm difundido conceitos básicos que exigem um reposicionamento da saúde coletiva em torno do compromisso de saúde para todos; a saúde de cada indivíduo, dos vários grupos sociais e de cada comunidade depende das ações humanas, das interações sociais, das políticas públicas e sociais implementadas, dos modelos de atenção à saúde, das intervenções sobre o meio ambiente e de vários outros fatores.⁵ A iniquidade foi considerada determinante estrutural na deterioração das condições de saúde e vida das populações na América Latina, potencializada pela crise econômica e políticas de ajuste macroeconômico.⁶

No SUS, a estratégia de promoção da saúde é retomada como uma possibilidade de focar os aspectos que determinam o processo saúde-adoecimento em nosso País - como, por exemplo: violência, desemprego, subemprego, falta de saneamento básico, habitação inadequada e/ou ausente, dificuldade de acesso à educação, fome, urbanização desordenada, qualidade do ar e da água ameaçada e deteriorada; e potencializam formas mais amplas de intervir em saúde.⁷

A proposta da Estratégia Saúde da Família - uma proposta de reestruturação da atenção primária em promoção da saúde, proteção à saúde, recuperação da saúde - prevê também a participação de toda a comunidade na identificação das causas dos problemas de saúde, na definição de prioridades, no acompanhamento da avaliação de todo trabalho.⁸

Na perspectiva da Promoção da Saúde, segundo Pedrosa⁹, os profissionais devem estabelecer vínculos e criar laços de corresponsabilidade com os usuários que irão decidir o que é bom para si, de acordo com suas próprias crenças, valores, expectativas e necessidades. A ampliação do comprometimento e da corresponsabilidade entre trabalhadores da Saúde, usuários e território em que se localizam alteram os modos de atenção e de gestão dos serviços de saúde, uma vez que a produção de saúde torna-se indissociável da produção de subjetividades mais ativas, críticas, envolvidas e solidárias e, simultaneamente, exige a mobilização de

recursos políticos, humanos e financeiros que extrapolam o âmbito da saúde. Assim, coloca-se ao setor Saúde o desafio de construir a intersetorialidade.¹⁰ O paradigma da Promoção vem colocar a necessidade de que o processo de produção do conhecimento e das práticas no campo da Saúde e, mais ainda, no campo das políticas públicas faça-se por meio da construção e da gestão compartilhadas.

Assim, a pesquisa possuiu como objetivo geral reconhecer as estratégias para a promoção da saúde desenvolvidas por equipes multidisciplinares em Unidades de Atenção Básica ou Saúde da Família. Como objetivos específicos, o estudo pretende: descrever a relação estratégica das equipes saúde da família entre si e os usuários das Unidades de Saúde a partir de suas práticas na produção da saúde; observar a dinâmica de interação entre equipes e os usuários nas Unidades Saúdes em grupos de intervenção específicos - idosos, gestantes, hipertensos e diabéticos; identificar as características promocionais de saúde contidas nas atividades desenvolvidas pelas equipes saúde; sistematizar as práticas desenvolvidas pela equipe Saúde da Família a partir das suas perspectivas de estratégia a fim de alcançar a Promoção da saúde da comunidade.

MATERIAL E MÉTODOS

A pesquisa foi executada, no período de agosto de 2009 a julho de 2011, “in locu”, em vinte Unidades Saúde da Família - USF - do município de João Pessoa, Paraíba, constituindo 10% da rede de atenção básica como campo amostral. Possui caráter qualitativo cuja finalidade é a descrição/reconhecimento das práticas e das estratégias desenvolvidas pelas equipes saúde da família das respectivas Unidades de saúde. O projeto da presente pesquisa passou pela aprovação no Comitê de Ética e Pesquisa do Centro de Ciências da Saúde da Universidade Federal da Paraíba, protocolo de aprovação nº 149/2009.

Participantes

A população pesquisada foram os membros das equipes de saúde da família (45 agentes comunitário de saúde, 6 médicos, 10 enfermeiros, 3 técnicos de enfermagem, 8 auxiliares de consultório dentário, 8 dentistas), totalizando 81 participantes que responderam ao questionário da pesquisa entre os quais analisamos, através de entrevista, 16 ACS's e oito enfermeiros os quais se dispuseram a participar de ambos os instrumentos desenvolvidos. As unidades de saúde estudadas corresponderam a quatro USF por distrito sanitário do município de João Pessoa -

PB. Foram consideradas as variáveis da equipe da Saúde da Família: nível de escolaridade, profissão, tempo de serviço prestado na Unidade, participação das reuniões do Conselho Municipal da Saúde e de associações comunitárias e a capacidade dialógica das díades profissional-usuário e profissional-profissional.

Instrumentos

O reconhecimento das estratégias das práticas da equipe da saúde da família se deu a partir de um questionário estruturado, contendo 11 questões objetivas, aplicado aos membros das equipes multidisciplinares (vide anexo). E também de entrevista semiestruturada, realizada pelo pesquisador, com cinco questões norteadoras, sendo que as falas dos entrevistados foram compiladas conforme em anexo. Para entrevista, foi utilizado o gravador portátil Sony BM-21 DICTATOR.

Procedimentos

Ao passar por um processo intenso de revisão bibliográfica, foram desenvolvidas categorizações acerca de conceitos envolvidos da Promoção de saúde, cujas bases primeiras foram recolhidas da carta de Ottawa, 1986. De modo que, ciente de vários trabalhos publicados sobre atenção básica à Saúde, esta pesquisa foi estruturada em consenso com as perspectivas relatadas nas mesmas, bem como na construção do questionário aplicado e na estruturação da entrevista. A pesquisa foi feita “in locu”, nas USF's. O questionário foi aplicado no final das atividades diárias da equipe saúde da família; a entrevista aos membros da equipe de Saúde da Família foi individual em uma sala fechada da Unidade, sem identificação no momento da gravação. Aos participantes foi entregue e lido o termo de consentimento livre e esclarecido, ressaltando que a pesquisa não traria nenhum dano aos participantes.

Análise dos dados

Os resultados da coleta foram analisados de forma individualizada a partir das compilações da entrevista e pontuação dos questionários. A análise das respostas da entrevista de cada participante foi feita por meio da análise do discurso do sujeito coletivo e, para tal construção, foi utilizado o método proposto por Lefrève¹², o qual dispõe da extração de ideias centrais das falas dos sujeitos de modo que se constrói o discurso do sujeito coletivo a partir das mesmas. Dessa forma, o discurso do sujeito coletivo ou

DSC é uma técnica de processamento de dados qualitativos, notadamente de depoimentos, com vistas à obtenção e descrição do sentido das opiniões ou representações coletivas. Os questionários foram analisados quantitativamente utilizando-se de tabelas, de modo a sistematizar os dados pela frequência do conteúdo (resposta) apresentado a partir das questões. Todos os dados foram analisados atentando-se para a respectiva fundamentação teórica da presente pesquisa.

RESULTADOS E DISCUSSÃO

Sistematizando os dados coletados, construímos primeiramente o discurso do sujeito coletivo da categoria profissional de ACS - agente comunitário de saúde - correspondente ao produto das entrevistas semiestruturadas. Foram entrevistados 16 ACS's; em seguida, construiu-se o discurso coletivo da categoria de Enfermeiros. Foram oito entrevistados, conforme se apresenta a seguir.

DISCURSOS DO SUJEITO COLETIVO

1 - O que é promover saúde?

ACS: “São ações que toda a equipe contribui ou participa para que haja prevenção das doenças em todos os aspectos e promoção da saúde. É dá condições para as pessoas terem melhor qualidade de vida e bem-estar. Promover saúde é promover atividades com a comunidade de conscientização, explicações de algumas doenças, passar orientações de saúde, conversar com os usuários antes de eles chegarem à unidade, para tratar suas doenças, porque até mesmo numa conversa a gente promove saúde”.

ENFERMEIROS: “É desligar o conceito de saúde em relação à doença. É procurar inserir o usuário no contexto sociopolítico para que tenha o bem-estar em todos os âmbitos, em todas as áreas de sua vida, a corresponsabilidade e a coparticipação. Oferecer condições dignas para a comunidade, condições de habitação, de saneamento-básico, ações para melhorar a saúde dos usuários. Fazer educação em saúde, como palestras educativas, investir no trabalho educativo na unidade ou na comunidade; é está discutindo com a comunidade direitos, saúde, planejamento, trabalho. Promover saúde é orientar.”

2 - As atividades desenvolvidas na Unidade de Saúde promovem a saúde dos usuários?

ACS: “Promovem, até porque a gente tem várias formas, realizando os exames de rotina, visitas domiciliares, palestras

de acordo com um cronograma. Palestras sobre amamentação, dengue, hipertensão, diabetes, saúde da mulher, pediatria etc. A gente desenvolve atividade com grupo de idosos, de educação com crianças nas escolas sobre higiene bucal, projeto para cuidar do meio ambiente, para recolher o lixo pela comunidade. São desenvolvidas atividades em educação e terapia comunitária, como formas de promover saúde em parceria também com a universidade vindo a necessidade. É mais dentro da estratégia que o SUS estabelece, às vezes a gente quer promover outro tipo de atividade que promova saúde, mas a gente fica preso à estratégia que o SUS propõe, e me parece que o SUS não está tendo mais uma proposta individual, de atendimento especializado”.

ENFERMEIROS: “A gente tenta desenvolver alguma atividade que promova, mas nem sempre consegue, considerando a demanda enorme que temos; mas existe a preocupação de se promover a saúde. Através do grupo de idosos, diabéticos, hipertensos, gestantes, da farmácia viva com a fitoterapia, a gente se reúne, educa, incentiva os usuários a virem na unidade, discute temas. Fazemos passeios, caminhadas, exercícios, conversamos. Envovemos o usuário e além de corresponsabilizá-lo, a gente tenta desmistificar a questão da medicalização, e se estabelece o vínculo com a comunidade a partir de movimentos de promoção de saúde.”

3 - Como são estabelecidas as estratégias de intervenção promocional da saúde dos usuários a partir da demanda da Unidade de Saúde?

ACS: “Formamos as estratégias através de reuniões. Reuniões, com a participação dos usuários, reuniões internas na unidade e com alguns membros da gestão daí vem as discussões a partir de índices e da necessidade que a gente sente. Discutimos os casos e as estratégias para promover a saúde das pessoas de acordo com as prioridades. Algumas coisas já vêm direcionadas pelo Distrito Sanitário, mas outras a gente tira das reuniões que fazemos com os grupos da comunidade e a gente vê como construir juntos as ações da unidade e na comunidade”.

ENFERMEIROS: “A equipe se reúne e planeja para tentar resolver algum problema. Temos reuniões semanais, às vezes o distrito sanitário através da apoiadora técnica vem ajudar, e na reunião discutimos mesmo os problemas; escutamos principalmente o ACS por ele ser integrante da comunidade, ele é o espelho da comunidade. Procuramos sempre fazer o planejamento estratégico, em reuniões com a comunidade também. Diante de alguma coisa que percebemos, conseguimos fazer alguma mobilização. Um planejamento para dar continuidade e envolvendo a comunidade, fazendo com que eles se responsabilizem em relação ao problema.”

4 - Como a comunidade poderia ser corresponsável no processo de promoção de sua saúde e de sua família?

ACS: *“A comunidade é corresponsável a partir do momento em que ela é convidada a participar, das reuniões, de palestras. Deveria ter a nossa busca ativa, e aí teríamos como cobrar deles a responsabilidade e a participação. Usando a rádio comunitária com divulgação sobre o PSF, dando sempre informações sobre o que acontece em panfletos, reuniões abertas e nas ruas. A comunidade precisa estar sendo educada a participar mais, a estar mais envolvida no controle social, nas políticas públicas, nas melhorias da comunidade, tendo um olhar ampliado para os problemas existentes. Também vem a questão da cultura, a gente tem que passar para as pessoas que elas têm responsabilidades de modo que a saúde não só depende do profissional da saúde”.*

ENFERMEIROS: *“A comunidade só será coparticipativa quando ela entender o conceito de saúde, ela vai poder realmente cooperar no processo de saúde-doença; potencializamos essa coparticipação intensificando a desconstrução do modelo centrado na doença. Compartilhar aquele seu saber com outras pessoas, estará sendo corresponsável, participando das reuniões. A gente vai vivendo com eles os processos e a partir daí eles vão vendo que podem fazer aquilo sós e eles são responsáveis pela saúde deles; eles que têm que fazer com que as coisas se modifiquem no cotidiano em relação a saúde. Conhecendo, também, seus direitos, cobrando tanto da equipe, como do distrito e dos órgãos competentes. Serem mais esclarecidos, se conscientizarem dos direitos que têm.”*

5 - A realidade da comunidade e da Unidade de Saúde potencializa a promoção da saúde?

ACS: *“A realidade da comunidade, a carência, a falta de calçamento, estrutura, cheia de necessidades, é difícil. A unidade não tem infraestrutura, faltam equipamentos, medicações, apoio da secretaria de saúde. Precisa de muito empenho do poder público para melhorar a nossa USF, aumentar a quantidade de profissionais pela demanda que se tem. A gente tenta suprir as necessidades. No entanto, têm pessoas, que realmente querem mudar, e com a conscientização a gente nota que há uma potencialização, uma melhora da integração da comunidade com a unidade”.*

ENFERMEIROS: *“Deixa muito a desejar, falta muita coisa. Temos duas realidades distintas, dividida em duas classes sociais, pessoas com casas boas, prédios, com plano privado, famílias de “classe média” e famílias com péssimas condições de vida, esgoto a céu aberto, não tem saneamento básico, ganham pouco, não têm lazer, não dá para se alimentar direito, tem muita gente que não é alfabetizada, isso contribui e interfere na questão de se sentir bem.*

Na questão da intersetorialidade tentamos contactar outros órgãos, estimulamos os moradores, há um descaso com essas condições precárias de vida. Com relação à unidade de saúde, a equipe se esforça, mas faltam, alguns materiais, existe a estrutura física que não é um lugar ideal para o funcionamento da unidade de saúde.”

Esboçando-se o discurso do sujeito coletivo - DSC - dos agentes comunitários podemos evidenciar que, para essa categoria profissional, promover saúde: “É dá condições para as pessoas terem melhor qualidade de vida e bem-estar”(DSC-ACS). Do mesmo modo, os enfermeiros expressam a dimensão da promoção da saúde ao pontuarem: “É procurar inserir o usuário no contexto sociopolítico para que tenha o bem-estar em todos os âmbitos (DSC-enfermeiros).” A partir dos discursos, construídos percebemos a pertinência em relação à definição descrita na Carta de Ottawa, em 1986, referente à Promoção de Saúde, a saber, “a promoção da saúde consiste em proporcionar aos povos os meios necessários para melhorar sua saúde e exercer um maior controle sobre a mesma. Para alcançar um estado adequado de bem estar físico, mental e social, um grupo deve ser capaz de identificar e realizar suas aspirações, satisfazer suas necessidades e mudar ou adaptar-se ao meio ambiente”.^{1:54}

Dentre as atividades identificadas pelos ACS's e enfermeiros, como de promoção de saúde nas USF's, destacamos as de educação em saúde, perspectiva desmedicalizante e atividades recreativas. No geral, as estratégias das equipes para promoção de saúde são estabelecidas a partir de reuniões entre os membros de cada equipe, usuários/comunidade e distrito sanitário e, segundo os DSC's, são construídas a partir de demandas de cada local.

No construto do discurso do sujeito coletivo dos ACS's, em relação a corresponsabilidade, expressam que “a comunidade precisa estar sendo educada a participar mais, a estar mais envolvida no controle social, nas políticas públicas, nas melhorias da comunidade, tendo um olhar ampliado para os problemas existentes”. Percebe-se que o DSC construído tem relação com o dito das Cartas de Promoção da Saúde. As cartas sistematizam que as intervenções em saúde deveriam ampliar seu escopo, tomando como objeto os problemas e as necessidades de saúde e seus determinantes e condicionantes; visando o espaço para além dos muros das unidades de saúde e do sistema de saúde.¹ Portanto, incidindo sobre as condições de vida e favorecendo a ampliação de escolhas saudáveis por parte dos sujeitos e das coletividades no território onde vivem e trabalham. Dialogando também com as Cartas, os enfermeiros as endossam ao relatar que, na vivência do processo saúde-doença em torno da Unidade de Saúde/

Comunidade, “eles vão vendo que podem fazer aquilo sós e eles são responsáveis pela saúde deles; eles que têm que fazer com que as coisas se modifiquem no cotidiano em relação a saúde. Conhecendo, também, seus direitos, cobrando tanto da equipe, como do distrito e dos órgãos competentes (DSC-enfermeiros).”

Embora a Estratégia Saúde da Família tenha como um dos seus fundamentos a promoção da saúde e exista a Política Nacional de Promoção de Saúde¹⁰ a qual propõe perspectivas de mudanças importantes para além da atenção assistencial à saúde no cenário brasileiro; as contradições concretas no cotidiano da maioria da população limita tais propostas, bem como seu processo de implementação. Os trabalhadores da saúde na atenção básica identificam tais contradições: “A realidade da comunidade, a carência, a falta de calçamento, estrutura, cheia de necessidades, é difícil. A unidade não tem infraestrutura, faltam equipamentos, medicações...(DSC-ACS)”; “famílias com péssimas condições de vida, esgoto a céu aberto, não tem saneamento básico, ganham pouco, não têm lazer, não dá para se alimentar direito, tem muita gente que não é alfabetizada, isso contribui e interfere na questão de se sentir bem (DSC-enfermeiros)”.

A partir das respostas oriundas das perguntas do questionário, foram traçadas comparações seguidas de sistematização dos resultados pertinentes à pesquisa sobre a construção das práticas em Promoção da Saúde. Os respectivos profissionais, ACS's, médicos, enfermeiros, técnicos de enfermagem, auxiliares de consultório dentário - ACD e dentistas, das equipes foram questionados sobre “quem daria o direcionamento dos temas discutidos nos grupos de intervenção (crianças, gestantes, idosos, hipertensos, diabéticos, etc.) na Unidade Saúde?” As respostas dos profissionais participantes apontaram, predominantemente, pra o fato de que o direcionamento ocorreria a partir de uma reunião entre a Equipe e os usuários (comunidade) da Unidade onde seriam levantados os problemas para os quais seriam sugeridos temas a serem discutidos, trabalhados nos grupos. Estas respostas estão sistematizadas em valores numéricos para cada profissional na Tabela 1, podendo haver mais de uma resposta para cada participante.

Os resultados referentes ao direcionamento das discussões em grupo estão em consonância com a literatura. Campos e Wendhausen⁸, baseados na proposta da Estratégia Saúde da Família, prevêem a participação de toda a comunidade na identificação das causas dos problemas de saúde, na definição de prioridades, no acompanhamento da avaliação de todo trabalho.

Quanto ao questionamento acerca do nível de relação e de comunicação entre a Unidade de Saúde e os outros setores

da sociedade para as tomadas de decisões referentes à USF (educação, segurança, meio ambiente, infraestrutura), foi observado que os profissionais responderam, majoritariamente, que a relação é mínima e que só existe através de comunicação protocolar, de solicitações, enfim, de modo burocrático, não havendo discussão entre os setores. (Tabela 1).

Tabela 1 - Quantidade numérica das respostas emitidas pelos profissionais participantes do estudo.

Direcionamento das discussões em grupo	Distrito Sanitário:	Eq. - comunidade	Equipe:	Um membro:	
(45) ACS	5	25	22	2	
(6) Médico	0	4	1	1	
(10) Enfermeira	0	9	7	2	
(9) Dentista	3	6	5	3	
(8) ACD	3	6	6	1	
(3) Tec.enferm.	0	1	2	0	
Nível de relação:	Fixa:	Mínima:	Não Há relação:	Outro:	
PSF e outros setores sociais	ACS	13	20	7	4
	Médico	1	3	1	1
	Enfermeira	3	6	0	2
	Dentista	4	3	1	1
	ACD	3	4	1	0
	Tec.enferm. 2		0	1	0
Relação usuário-equipe	Cordial:	Parceria mútua:	Profissional:	Outro:	
	ACS	7	35	2	1
	Médico	1	5	1	0
	Enfermeira	2	9	0	0
	Dentista	1	7	2	0
	ACD	1	7	0	0
	Tec.enferm. 0		2	0	1

Fonte: Pesquisa direta, 2010/2011.

Os estudos sobre promoção da saúde e saúde da família preconizam que as relações entre as unidades de saúde (atenção básica) e os outros setores da sociedade deveriam ter um maior nível de relação e articulação a fim de minimizar os problemas, propondo ações conjuntas de promoção da saúde. Considerando os resultados apresentados em nossa pesquisa, verifica-se, no entanto, que, no processo cotidiano da prática, este fator não acontece.

Outra questão colocada para cada membro da equipe foi de qual seria sua relação com os usuários da Unidade Saúde da Família. As respostas dos profissionais apontaram que a relação é de parceria mútua e que, além da atenção prestada à saúde, discutem-se os problemas pessoais, os da comunidade e que também os usuários dão sugestões para a melhoria da Unidade. Os resultados estão dispostos na Tabela 1.

De acordo com o modelo do questionário proposto na pesquisa, outras perguntas solicitavam informações sobre: participações da associação da comunidade do bairro da Unidade de Saúde ou de alguma outra associação comunitária; das reuniões no Conselho Municipal da Saúde e de congressos, seminários, conferências, palestras vinculadas

às políticas públicas de saúde, atenção básica e promoção de saúde. Analisando as respostas, houve a prevalência da não participação de associações comunitárias.

Em relação à participação nas reuniões do Conselho Municipal da Saúde, a maioria dos ACS's, dos ACD's e técnicos de enfermagem apontam que não participam/nem participaram; os demais profissionais, que, às vezes, participam ou já participaram. Quando questionados sobre suas participações em congressos, seminários, conferências ou palestras vinculadas às políticas públicas, atenção básica e promoção de saúde, responderam participação esporádica.

Também foi investigada a participação dos profissionais nas reuniões e das decisões da Equipe Saúde da Família. Por fim, foi feito o questionamento quanto à percepção de melhorias, considerando-se o tempo de serviço de cada membro em suas respectivas unidades de saúde. As respostas predominantes foram que sempre participavam das reuniões e decisões da equipe e que percebem muitas melhorias em relação à Equipe, à unidade de saúde e à atenção à saúde prestada. Destaca-se que o tempo de serviço prestado, nas respectivas Unidades de saúde, pelos trabalhadores de saúde variou entre 06 meses a 10 anos.

Embora, a resposta dessa questão tenha apontada que houve melhorias significativas, quando interagimos com o discurso coletivo dos ACS's e enfermeiros referente à pergunta "se a realidade da comunidade e da Unidade de Saúde potencializa a promoção da saúde," destaca-se uma discordância no fato de que nos DSC dos ACS's e enfermeiros, foi relatada a dificuldade em vários fatores, tais como: carência da comunidade, falta de infraestrutura, equipamentos e medicamentos, apoio da secretaria de saúde à USF, não suprindo todas as necessidades.

Consideramos que, para as práticas promotoras de saúde, é indispensável a ampliada e continuada discussão entre todos os interessados e responsáveis pelos serviços de assistência a saúde como aponta as políticas públicas de promoção à saúde.

Concordamos quando sentenciamos a Política Nacional de Promoção de Saúde que "a promoção da saúde, como uma das estratégias de produção de saúde, ou seja, como um modo de pensar e de operar articulado às demais políticas e tecnologias desenvolvidas no sistema de saúde brasileiro, contribui na construção de ações que possibilitam responder às necessidades sociais em saúde"^{10:89}.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

O planejamento para o Promover Saúde não pode ser uma estratégia isolada e unifatorial. Com os resultados da

pesquisa para o reconhecimento das estratégias das práticas de uma equipe saúde da família, pôde-se constatar que a equipe pouco se desenvolve junto com a comunidade devido aos entraves socioeconômico e culturais de modo que não são oferecidos meios suficientemente eficazes para a realização plena dos indivíduos da comunidade.

É entendido que o setor sanitário não pode, por si mesmo, proporcionar as condições prévias nem assegurar as perspectivas favoráveis para a saúde. Além disso, a promoção da saúde exige a ação coordenada de todos os envolvidos e interessados, a saber, o governo, os setores sanitários e outros setores sociais e econômicos, as autoridades locais, a indústria e os meios de comunicação. Aos grupos sociais e profissionais e ao pessoal do grupo sanitário, especialmente à equipe saúde da família, cabe assumir a responsabilidade de atuarem como mediadores entre os interesses antagônicos e a favor da saúde.

Os desafios estão colocados - principalmente aqueles decorrentes do fator econômico que reflete na vida cotidiana de cada comunidade e a Unidade de Atenção à Saúde, dentro dessa conjuntura, passa a ser um fator importante de intervenção no processo de solucionamento de problemas pertinentes à comunidade. Para tal é imprescindível o diálogo-ação intersetorial.

Um dos objetivos da Estratégia Saúde da Família é estimular a organização comunitária para o exercício do controle social. No entanto, a partir do que foi relatado pelos membros da equipe - de que a dinâmica com a comunidade ainda é insuficiente para a concretude de práticas promotoras da saúde, de que os usuários trazem consigo a tradição centrada na doença de modo que procuram os serviços da rede de saúde majoritariamente para curar-se de doenças - essa estimulação necessita de motivação e dedicação dos profissionais de saúde para se alcançar tal objetivo.

Podemos concluir que a promoção da saúde é uma estratégia, enfim, de articulação transversal na qual se confere visibilidade aos fatores que colocam a saúde da população em risco e às diferenças entre necessidades.

REFERÊNCIAS

1. Brasil. Ministério da saúde. As cartas da promoção da saúde. Brasília: Ministério da Saúde; 2002.
2. Mendes IAC. A saúde no Brasil e América Latina: as metas do milênio da ONU e o papel da enfermagem. Ribeirão Preto: Rev Latino-Americana Enfermagem. 2004; 12(6): 85-96.

3. Mynaió MCS. Mudanças Globais e Tendências do campo da saúde no Brasil. Maringá: Ver da Educação Física/UEM. 2004; 15(1): 69-80.
 4. Carvalho DHF, Francis DG. Saúde: Uma questão sócio-ambiental. In: Anais do II Simpósio Regional de Geografia "Perspectivas para o Cerrado no Século XXI". Uberlândia: Universidade Federal de Uberlândia; 2003.
 5. Andrade LOMD, Barreto ICHC. Promoção da saúde e cidades/municípios saudáveis: propostas de articulação entre saúde e ambiente. In: MCS Minayo, AC Miranda. Saúde e ambiente sustentável: estreitando nós. Rio de Janeiro: Fiocruz; 2002: 151-171.
 6. Moyses SJ *et al.* Avaliando o processo de construção de políticas públicas de promoção de saúde: a experiência de Curitiba. Ciênc. saúde coletiva. 2004; 9(3): 47-53.
 7. Campos CEA. Estratégias de avaliação e melhoria contínua da qualidade no contexto da Atenção Primária à Saúde. Recife: Rev. Bras. Saúde Mater. Infant.; 2005.
 8. Campos L, Wendhausen A. Participação em saúde: concepções e práticas de trabalhadores de uma equipe da estratégia de Saúde da Família. Florianópolis: Texto contexto - Enferm. 2007, 16(2): 54-60.
 9. Pedrosa II. É preciso repensar a educação em saúde sob a perspectiva da participação social. Radis 13 - entrevista, 2003. Disponível em: <http://www.gices-sc.org/>. Acesso em: 23 abr 2008.
 10. Brasil. Política nacional de promoção da saúde (PNPS) / Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde. Brasília: Ministério da Saúde; 2006.
 11. Besen CB *et al.* A estratégia saúde da família como objeto de educação em saúde. São Paulo: Saúde soc. 2007; 16(1): 125-132.
 12. Lefrève F. O discurso do sujeito coletivo: Um enfoque em pesquisa qualitativa. Caxias do Sul: Educ; 2003.
-
- Submissão: agosto/2011
Aprovação: agosto/2012
-