

ORGANIZADORES:

Maria de Fátima Antero Sousa Machado

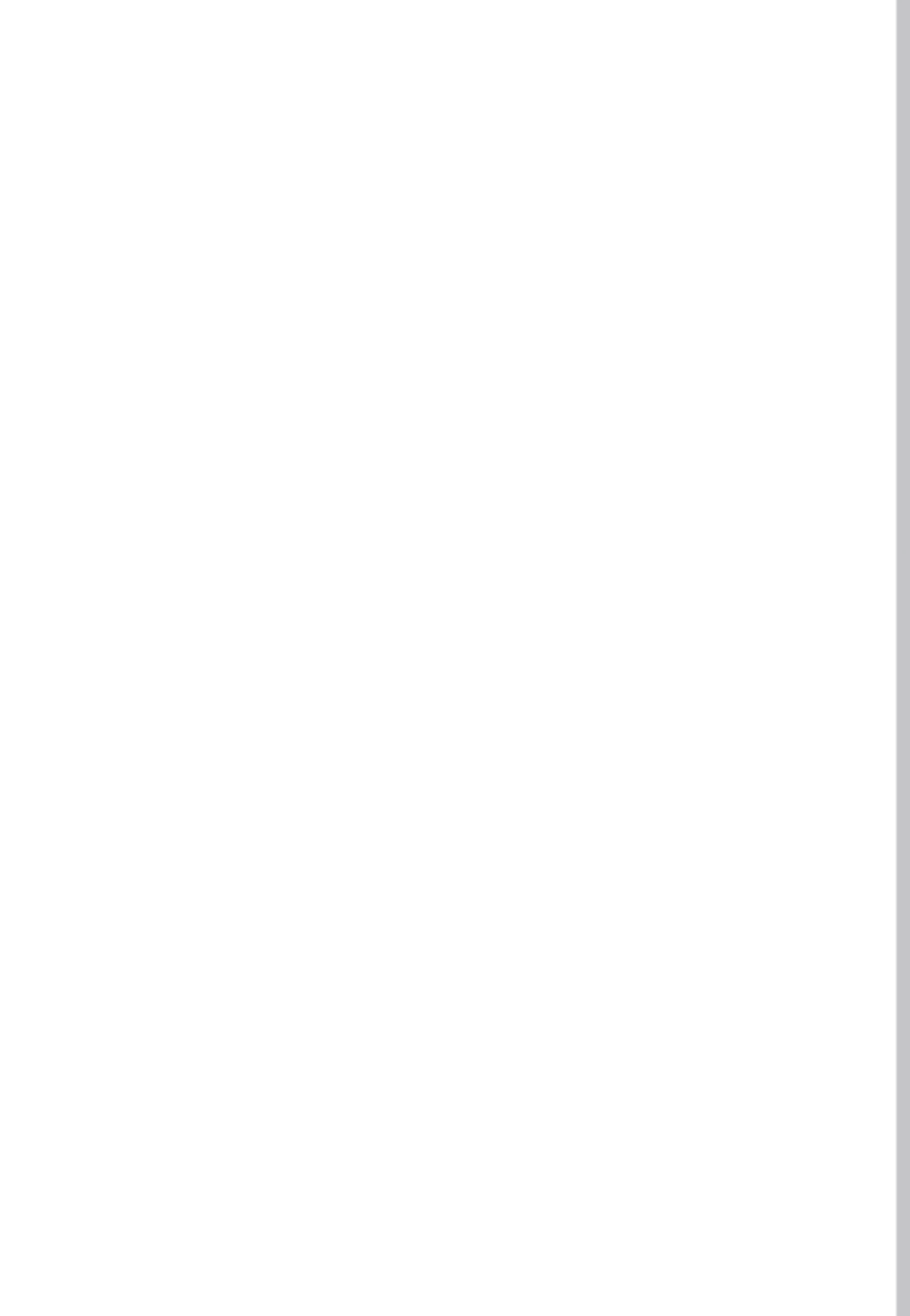
Maria Socorro de Araújo Dias

Franklin Delano Soares Forte



# PROMOÇÃO da Saúde

*Um tecido bricolado*



ORGANIZADORES:

Maria de Fátima Antero Sousa Machado

Maria Socorro de Araújo Dias

Franklin Delano Soares Forte



# PROMOÇÃO da Saúde

*Um tecido bricolado*



# PROMOÇÃO DA SAÚDE: um tecido bricolado

ORGANIZADORES:

Maria de Fátima Antero Sousa Machado

Maria Socorro de Araújo Dias

Franklin Delano Soares Forte



## **PROMOÇÃO DA SAÚDE: um tecido bricolado**

© 2015 copyright by Maria de Fátima Antero Sousa Machado, Maria Socorro de Araújo Dias, Franklin Delano Soares Forte (Orgs.)

Impresso no Brasil/Printed in Brasil

Efetuada depósito legal na Biblioteca Nacional

### **Edições UVA**

Av. da Universidade, 850  
Campus da Betânia - Sobral - CE  
CEP 62040-370 - Telefone: (88) 3611.6613

### **Filiada à**



Reitor

**Fabianno Cavalcante de Carvalho**

Diretor da Imprensa Universitária

**Marcos Fábio Alexandre Nicolau**

Coordenador Editorial e Revisão

**João Ribeiro Paiva**

Catálogo

**Neto Ramos**

Bibliotecário Responsável: Neto Ramos CRB 3/1374

**P956** Promoção da saúde: um tecido bricolado / Maria de Fátima Antero Sousa Machado, Maria Socorro de Araújo Dias, Franklin Delano Soares Forte (Orgs.). - Sobral: Edições UVA, 2015.  
410 p. :

ISBN.: 978-85-87906-88-5

1. Saúde pública. 2. Promoção da saúde. 3. Saúde da família. 4. Educação em saúde. I. Machado, Maria de Fátima Antero Sousa. II. Dias, Maria Socorro de Araújo. III. Forte, Franklin Delano Soares. IV. Título.

CDD 613

# Agradecimentos

---

***“Dai, e dar-se-vos-á; boa medida, recalcada, sacudida, transbordante, generosamente vos darão; porque com a medida com que tiverdes medido vos medirão também.” Lucas 6:38***

Gostaríamos de expressar nossa gratidão:

Ao Ministério da Saúde;

A Secretaria da Gestão do Trabalho e Educação na Saúde;

A Fundação Osvaldo Cruz – Ceará;

A Fundação para o Desenvolvimento Científico e Tecnológico em Saúde;

A Rede Nordeste de Formação em Saúde da Família - RENASF ;

A Editora da Universidade Vale do Acaraú;

Ao Martônio Holanda pela criação da capa;

E a todos os autores dos capítulos desse livro por acreditarem na transformação da sociedade pela produção de conhecimento.

**Os organizadores**





# Organizadores

---

**Franklin Delano Soares Forte.** Professor Doutor do Departamento de Clínica e Odontologia Social do Centro de Ciências da Saúde, Universidade Federal da Paraíba. Docente do Mestrado Profissional em Saúde da Família Rede Nordeste de Formação em Saúde da Família/ Universidade Federal da Paraíba (RENASF/UFPB)

**Maria de Fátima Antero Sousa Machado.** Professora Associada da Universidade Regional do Cariri - URCA. Docente Permanente do Programa de Pós-graduação Enfermagem da URCA e Coordenadora e Docente do Mestrado Profissional em Saúde da Família – RENASF/URCA. Líder do Grupo de Pesquisa em Saúde Coletiva – GRUPESC – URCA.

**Maria Socorro de Araújo Dias.** Professora Doutora do Centro de Ciências da Saúde da Universidade Vale do Acaraú –UVA. Docente do Mestrado Profissional em Saúde da Família da Rede Nordeste de Formação em Saúde da Família/Universidade Estadual Vale do Acaraú (RENASF/UVA). Diretora Geral da Escola de Formação em Saúde da Família Visconde Sabóia – EFSFVS/Sobral- CE.



# Autores

---

**Ana Cybele Peixoto de Andrade.** Mestre em Saúde da Família pela Rede Nordeste de Formação em Saúde da Família e Universidade Estadual do Ceará (RENASF/UFRN).

**Ana Karenina de Melo Arraes Amorim.** Professora Doutora do Departamento de Psicologia. Docente do Mestrado Profissional em Saúde da Família da Rede Nordeste de Formação em Saúde da Família/Universidade Federal do Rio Grande do Norte (RENASF/UFRN). Docente do Programa de Pós-Graduação em Psicologia da Universidade Federal do Rio Grande do Norte.

**Ana Patrícia Pereira Morais.** Professora Doutora do Colegiado de Enfermagem da Universidade Estadual do Ceará – UECE. Docente e Coordenadora do Mestrado Profissional em Saúde da Família da Rede Nordeste de Formação em Saúde da Família (MPSF/RENASF/UECE-Fiocruz). Docente do Programa de Mestrado Profissional em Ensino na Saúde.

**Ana Paula Ribeiro de Castro.** Enfermeira da Estratégia Saúde da Família de Juazeiro do Norte, CE. Mestre em Saúde da Família pela Rede Nordeste de Formação em Saúde da Família e Universidade Estadual do Ceará (RENASF/UECE). Doutoranda em Ciências da Saúde pela Faculdade de Medicina do ABC (FMABC).

**Anaide Mary Barbosa Santos.** Mestranda em Saúde da Família, da Rede Nordeste de Formação em Saúde da Família/Universidade Federal do Piauí (RENASF/UFPI). Enfermeira da ESF do município de Teresina-PI.

**Andreza Karine Araújo de Medeiros Pereira.** Mestre em Saúde da Família pela Rede Nordeste de Formação em Saúde da Família e Universidade Federal do Rio Grande do Norte (RENASF/UFRN). Secretária Municipal de Saúde de Pau dos Ferros - RN.

**Anna Santana de Sá.** Fisioterapeuta Graduada pela Faculdade Santo Agostinho. Teresina, PI- Brasil.

**Anatália Meneses de Amorim Gomes.** Psicóloga e Assistente Social. Professora Doutora, Docente e Vice Coordenadora do Mestrado Profissional em Saúde da Família da Rede Nordeste de Formação em Saúde da Família/Universidade Estadual do Ceará, Docente do Mestrado Profissional Ensino na Saúde da Universidade (RENASF/UECE).

**Ariza Maria Rocha.** Doutora em Educação Brasileira-UFC. Professora de Educação Física. Professora Associada da Universidade Regional do Cariri-URCA. Docente do Mestrado Profissional em Saúde da Família pela Rede Nordeste de Formação em Saúde da Família-RENASF/ Nucleadora Universidade Regional do Cariri-URCA. Líder do Grupo de Pesquisa, Estudo e Extensão em Educação Física - NUPEF.

**Cacio Moura Netto.** Professor Doutor do Mestrado em Odontologia da Universidade Cruzeiro do Sul.

**Camila Marques da Silva Oliveira.** Mestranda do Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva da Universidade Estadual do Ceará (UECE). Secretária Municipal de Saúde de Fortaleza

**Cibelly Aliny Siqueira Lima Freitas.** Docente do Mestrado Profissional em Saúde da Família da Rede Nordeste de Formação em Saúde da Família/Universidade Estadual Vale do Acaraú (RENASF/UVA).

**Claudia Helena Soares Morais Freitas.** Professora Doutora do Departamento de Clínica e Odontologia Social do Centro de Ciências da Saúde, Universidade Federal da Paraíba. Docente do Mestrado Profissional em Saúde da Família Rede Nordeste de Formação em Saúde da Família/ Universidade Federal da Paraíba (RENASF/UFPB).

**Danielle Chacon dos Santos.** Enfermeira da Secretária Municipal de Saúde de Currais Novos-RN. Mestre em Saúde da Família pela Rede Nordeste de Formação em Saúde da Família e Universidade Federal do Rio Grande do Norte (RENASF/UFRN).

**Eliany Nazaré Oliveira.** Professora Doutora da Universidade Vale do Acaraú e do Docente do Mestrado Profissional em Saúde da Família da Rede Nordeste de Formação em Saúde da Família/Universidade Estadual Vale do Acaraú (RENASF/UVA).

**Elizabeth Gonçalves Magalhães Filha.** Enfermeira. Mestranda em Saúde da Família pela Rede Nordeste de Formação em Saúde da Família-Nucleadora Universidade Regional do Cariri- (RENASF/URCA). Integrante do Grupo de Pesquisa em Saúde Coletiva-URCA.

**Elizabeth Cristina Fagundes de Souza.** Professora Doutora do departamento de Saúde Coletiva. Docente do Mestrado Profissional em Saúde da Família da Rede Nordeste de Formação em Saúde da Família/Universidade Federal do Rio Grande do Norte (RENASF/UFRN).

**Franklin Delano Soares Forte.** Professor Doutor do Departamento de Clínica e Odontologia Social do Centro de Ciências da Saúde, Universidade Federal da Paraíba. Docente do Mestrado Profissional em Saúde da Família Rede Nordeste de Formação em Saúde da Família/ Universidade Federal da Paraíba (RENASF/UFPB).

**Geanne Maria Costa Torres.** Enfermeira da Secretária de Saúde de Salitre - CE. Especialista em Vigilância Epidemiológica pela Escola de Saúde Pública do Ceará - ESP- CE. Especialista em Saúde da Família - UNA-SUS UFC. Especialista em Gestão em Saúde Universidade Estadual do Ceará - UECE. Mestranda em Saúde da Família pela Rede Nordeste de Formação em Saúde da Família (RENASF/UECE).

**Geórgia Sibeles Nogueira da Silva.** Professora Doutora do Departamento de Psicologia. Docente do Programa de Pós-Graduação em Psicologia da Universidade Federal do Rio Grande do Norte. Docente e Coordenadora do Mestrado Profissional em Saúde da Família da Rede Nordeste de Formação em Saúde da Família/Universidade Federal do Rio Grande do Norte (RENASF/UFRN).

**Gracyanne Maria Oliveira Machado.** Mestre em Saúde da Família da Rede Nordeste de Formação em Saúde da Família/Universidade Estadual Vale do Acaraú (RENASF/UVA).

**Herta Maria Castelo Branco Ribeiro.** Coordenadora do Curso de Serviço Social e Professora Adjunta da Faculdade Metropolitana da Grande Fortaleza. Mestre em Saúde da Família pela Rede Nordeste de Formação em Saúde da Família e Universidade Federal do Maranhão (RENASF/UFMA).

**Iasmim Pontes de Araújo.** Bacharel em Educação Física pela Universidade Federal do Rio Grande do Norte (UFRN).

**Inês Dolores Teles Figueiredo.** Enfermeira da Secretaria de Saúde de Maracanaú – CE. Especialista em Saúde Pública pela Universidade Estadual do Ceará – UECE. Especialista em Gestão dos Sistemas e Serviços de Saúde pela Escola de Saúde Pública - ESP – CE. Mestranda em Saúde da Família pela Rede Nordeste de Formação em Saúde da Família. (RENASF/UECE).

**Ingrid Freire Silva.** Mestre em Saúde da Família da Rede Nordeste de Formação em Saúde da Família/Universidade Estadual Vale do Acaraú (RENASF/UVA).

**Izabelle Mont’Alverne Napoleão Albuquerque.** Professora Doutora da Universidade Vale do Acaraú e do Docente do Mestrado Profissional em Saúde da Família da Rede Nordeste de Formação em Saúde da Família/Universidade Estadual Vale do Acaraú (RENASF/UVA).

**Janete Nakatani.** Bacharelado Enfermagem pela Universidade Estadual de Londrina. Coordenadora da Escola Técnica do SUS de São Luís/MA. Docente da Laboro/Estácio de Sá. Mestre em Saúde da Família pela Rede Nordeste de Formação em Saúde da Família e Universidade Federal do Maranhão (RENASF/UFMA).

**Janice Dávila Rodrigues Mendes.** Mestre em Saúde da Família da Rede Nordeste de Formação em Saúde da Família/Universidade Estadual Vale do Acaraú (RENASF/UVA).

**José Adailton Roland Diniz.** Bacharelado em enfermagem. Líder de enfermagem da Clínica Médica do HUUFMA. Docente da Universidade Aberta do SUS. Mestre em Saúde da Família pela Rede Nordeste de Formação em Saúde da Família e Universidade Federal do Maranhão (RENASF/UFMA).

**José Adailton da Silva.** Professor do Curso de Graduação em Enfermagem – Universidade Federal do Rio Grande do Norte – UFRN/FACISA; Mestre em Saúde da Família pela Rede Nordeste de Formação em Saúde da Família e Universidade Federal do Rio Grande do Norte (RENASF/UFRN). Apoiador Institucional do Ministério da Educação para o Programa Mais Médicos para o Brasil.

**José Auricélio Bernardo Cândido.** Enfermeiro da Secretaria de Saúde de Horizonte – CE. Especialista em Saúde da Família pela Universidade Estadual do Ceará – UECE. Preceptor da Residência Integrada em Saúde pela Escola de Saúde Pública do Ceará –

ESP - CE. Mestrando em Saúde da Família pela Rede Nordeste de Formação em Saúde da Família. (RENASF/UECE).

**José Ivo dos Santos Pedrosa.** Professor Doutor da Universidade Federal do Piauí. Docente do Mestrado Profissional em Saúde da Família da Rede Nordeste de Formação em Saúde da Família/Universidade Federal do Piauí (RENASF/UFRN).

**Joyce Bezerra Portela de Deus.** Enfermeira da Estratégia Saúde da Família da Secretaria Municipal de Fortaleza - CE. Mestre em Saúde da Família pela Rede Nordeste de Formação em Saúde da Família e Universidade Estadual do Ceará (RENASF/UECE).

**Kadmo Azevedo de Figueiredo.** Universidade Federal da Paraíba, Centro de Ciências da Saúde. Prefeitura Municipal de Patos-PB.

**Karla Patrícia Cardoso Amorim.** Professora Doutora do Departamento de Medicina Clínica/Universidade Federal do Rio Grande do Norte (UFRN). Pós-doutora em Bioética pela Universidade de Brasília (UnB). Docente do Mestrado Profissional em Saúde da Família da Rede Nordeste de Formação em Saúde da Família (RENASF/UFRN). Professora colaboradora do Programa de Pós-Graduação em Bioética (UnB).

**Liberata Campos Coimbra.** Coordenadora e Docente do Mestrado Profissional em Saúde da Família da Rede Nordeste de Formação em Saúde da Família/Universidade Federal do Maranhão (RENASF/UFMA). Professora Doutora do Departamento de Enfermagem da Universidade Federal do Maranhão (UFMA).

**Liduína Farias Almeida da Costa.** Professora Doutora do Departamento de Serviço Social e dos Programas de Pós-Graduação em Políticas Públicas e Sociedade e Planejamento e Políticas Públicas da Universidade Estadual do Ceará (UECE).

**Lívia Janine Leda Fonseca Rocha.** Professora Doutora do Departamento de Educação e Filosofia (DEFIL) da Universidade Estadual do Maranhão (UEMA).

**Lívia de Sousa Rodrigues.** Enfermeira. Mestranda em Saúde da Família pela Rede Nordeste de Formação em Saúde da Família. Nucleadora Universidade Regional do Cariri. (RENASF/URCA). Integrante do Grupo de Pesquisa em Saúde Coletiva – GRU-PESC – URCA.

**Lucilane Maria Sales da Silva.** Docente da Graduação em Enfermagem e do Programa de Pós-Graduação em Cuidados Clínicos em Enfermagem e Saúde da Universidade Estadual do Ceará (UECE).

**Maísa Paulino Rodrigues.** Professora Doutora do Departamento de Odontologia. Docente e vice coordenadora do Mestrado Profissional em Saúde da Família da Rede Nordeste de Formação em Saúde da Família/Universidade Federal do Rio Grande do Norte (RENASF/UFRN).

**Maria Aglair Braz Mota.** Secretária Municipal de Saúde de Fortaleza. Mestre em Saúde da Família pela Rede Nordeste de Formação em Saúde da Família e Universidade Estadual do Ceará (RENASF/UECE).

**Maria Ângela Fernandes Ferreira.** Professora Doutora do Departamento de Odontologia e do Programa de Pós-Graduação em odontologia da Universidade Federal do Rio Grande do Norte.

**Maria Betânia de Moraes.** Secretária Municipal de Saúde de João Pessoa-PB. Mestre em Saúde da Família pela Rede Nordeste de Formação em Saúde da Família e Universidade Federal do Rio Grande do Norte (RENASF/UFRN).

**Maria de Fátima Antero Sousa Machado.** Professora Doutora Professora Doutora do Departamento de Enfermagem do Centro de Ciências Biológicas e da Saúde, Universidade Regional do Cariri do Mestrado Profissional em Saúde da Família pela Rede Nordeste de Formação em Saúde da Família- Nucleadora Universidade Regional do Cariri (RENASF/URCA)

**Maria dos Remédios da Silva Lira.** Bacharelado em Enfermagem pela Universidade Federal do Piauí. Coordenadora do Curso de Enfermagem da UFMA/Campus Pinheiro Mestre em Saúde da Família pela Rede Nordeste de Formação em Saúde da Família e Universidade Federal do Maranhão (RENASF/UFMA).

**Maria Fátima Maciel Araújo.** Enfermeira. Mestre em Saúde Pública pela Universidade Estadual do Ceará (UECE). Doutora em Enfermagem pela Universidade Federal do Ceará (UFC).

**Maria Irismar de Oliveira.** Enfermeira da Secretaria da Saúde do Estado do Ceará - SESA-CE. Doutora em Enfermagem pela Universidade Federal do Ceará - UFC. Mestra em Educação pela Universidade Federal do Ceará - UFC. Professora Adjunta da Universidade Estadual do Ceará – (UECE).

**Maria Isabel Brandão de Souza Mendes.** Professora Doutora do Departamento de Educação Física. Docente do Mestrado Profissional em Saúde da Família da Rede Nordeste de Formação em Saúde da Família/Universidade Federal do Rio Grande do Norte (RENASF/UFRN). Docente do Programa de Pós-Graduação em Educação Física da Universidade Federal do Rio Grande do Norte.

**Maria Rocineide Ferreira da Silva.** Docente da Graduação em Enfermagem e dos Programas de Pós-Graduação em Saúde Coletiva, Cuidados Clínicos em Enfermagem e Saúde e Saúde da Família da Universidade Estadual do Ceará, Coordenadora Regional Nordeste Rede Unida.

**Maria Socorro de Araújo Dias.** Professora Doutora do Centro de Ciências da Saúde da Universidade Vale do Acaraú –UVA. Docente do Mestrado Profissional em Saúde da Família da Rede Nordeste de Formação em Saúde da Família/Universidade Estadual Vale do Acaraú (RENASF/UVA). Diretora Geral da Escola de Formação em Saúde da Família Visconde Sabóia – EFSFVS/Sobral- CE.

**Maria Vieira de Lima Saintrain.** Dentista. Mestre em Odontologia pela Santé Publique – Université Libre de Bruxelles. Doutorado em Odontologia e Saúde Coletiva pela

Universidade de Pernambuco. Pós doutora em Saúde Coletiva pela UNICAMP. Docente da UNIFOR.

**Maristela Inês Osawa Chagas Vasconcelos.** Professora Doutora da Universidade Vale do Acaraú e do Docente do Mestrado Profissional em Saúde da Família da Rede Nordeste de Formação em Saúde da Família/Universidade Estadual Vale do Acaraú (RENASF/UVA).

**Marlene Lopes Cidrack.** Mestre em Educação em Saúde pela Universidade de Fortaleza (UNIFOR). Doutora em educação pela universidade Federal do Ceará (UFC).

**Michelle Vicente Torres.** Mestre em Saúde Pública pela Faculdade de Saúde Pública da USP, Professora assistente do Departamento de Fisioterapia da UESPI e Faculdade Santo Agostinho, em Teresina-PI - Brasil.

**Marco Akerman.** Professor Titular do Departamento de Prática em Saúde Pública da Faculdade de Saúde Pública da USP.

**Mirna Marques Bezerra.** Professora Doutora do Curso de Medicina da Universidade Federal do Ceará-UFC (*Campus* Sobral). Ligada aos Programas de Pós-Graduação em Biotecnologia, Pós-Graduação em Ciências Médicas e Colaboradora do Mestrado Profissional em Farmacologia Clínica (UFC) e Programa de Pós-Graduação em Biotecnologia da RENORBIO.

**Moacir Andrade Ribeiro Filho.** Enfermeiro. Mestrando em Saúde da Família pela Rede Nordeste de Formação em Saúde da Família-RENASF/ Nucleadora Universidade Regional do Cariri- URCA. Integrante do Grupo de Pesquisa em Saúde Coletiva – GRUPESC – URCA.

**Nely de Araújo Marques.** Fisioterapeuta Graduada pela Faculdade Santo Agostinho. Teresina, PI- Brasil.

**Noraney Alves lima.** Mestre em Saúde da Família da Rede Nordeste de Formação em Saúde da Família/Universidade Estadual Vale do Acaraú (RENASF/UVA).

**Pedro Henrique Sette de Souza.** Secretaria Municipal de Saúde – Natal-RN. Estratégia Saúde da Família-Guarita.

**Raimundo Antônio da Silva.** Médico. Doutor em Saúde Pública pela Universidade de São Paulo. Professor Associado I do Departamento de Saúde Pública da Universidade Federal do Maranhão. Docente do Mestrado Profissional em Saúde da Família da Rede Nordeste de Formação em Saúde da Família/Universidade Federal do Maranhão (RENASF/UFMA).

**Raimundo Augusto Martins Torres.** Docente da Graduação em Enfermagem e dos Programas de Pós-Graduação Cuidados Clínicos em Enfermagem e Saúde e Saúde da Família da Universidade Estadual do Ceará (RENASF/UECE).

**Raila Souto Pinto Menezes.** Mestre em Saúde da Família da Rede Nordeste de Formação em Saúde da Família/Universidade Estadual Vale do Acaraú (RENASF/UVA).



**Ricardo Henrique Vieira de Melo.** Odontólogo da Secretaria Municipal de Saúde de Natal-RN. Mestre em Saúde da Família pela Rede Nordeste de Formação em Saúde da Família e Universidade Federal do Rio Grande do Norte (RENASF/UFRN).

**Rosana Lúcia Alves de Vilar.** Professora Doutora do Departamento de Enfermagem. Docente do Mestrado Profissional em Saúde da Família da Rede Nordeste de Formação em Saúde da Família/Universidade Federal do Rio Grande do Norte (RENASF/UFRN). Pesquisadora do Observatório de Recursos Humanos em Saúde do Núcleo de Estudos em Saúde Coletiva da Universidade Federal do Rio Grande do Norte.

**Rosana Maria Ferreira de Moura Lima.** Mestre em Saúde da Família da Rede Nordeste de Formação em Saúde da Família/Universidade Federal do Rio Grande do Norte (RENASF/UFRN), Nutricionista-SESAP/RN.

**Vanessa Matos Gomes dos Santos.** Mestranda em Saúde da Família pela Rede Nordeste de Formação em Saúde da Família, Nucleadora Universidade Estadual Vale do Acaraú (RENASF/UVA).

**Yolanda Flores e Silva.** Professora Doutora da Universidade do Vale do Itajaí-SC.

**Zeni Carvalho Lamy.** Docente do Mestrado Profissional em Saúde da Família da Rede Nordeste de Formação em Saúde da Família/Universidade Federal do Maranhão (RENASF/UFMA). Coordenadora do Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva e docente do Departamento de Saúde Pública da Universidade Federal do Maranhão (UFMA).



# Sumário

---

**Apresentação** 21

---

**CAPÍTULO 1** 23

---

**QUE TENSÕES NOS REVELAM A TEORIA E A PRÁTICA DA PROMOÇÃO DA SAÚDE?**  
*Marco Akerman*

**CAPÍTULO 2** 37

---

**CAMINHOS DA PROMOÇÃO DA SAÚDE NO BRASIL: DOS PRIMEIROS ESFORÇOS À ESTRATÉGIA SAÚDE DA FAMÍLIA.** *Herta Maria Castelo Branco Ribeiro, Zeni Carvalho Lamy, Liberata Campos Coimbra, Livia Janine Leda Fonseca Rocha, Liduina Farias Almeida da Costa.*

**CAPÍTULO 3** 55

---

**PROMOÇÃO DA SAÚDE E EQUIPE DE SAÚDE DA FAMÍLIA: REVISITANDO SUA CONCEPÇÃO E PRÁTICA.** *Elizabeth Gonçalves Magalhães Filha, Livia de Sousa Rodrigues, Moacir Andrade Ribeiro Filho, Ariza Maria Rocha, Maria de Fátima Antero Sousa Machado.*

**CAPÍTULO 4** 71

---

**PROMOÇÃO DA SAÚDE, EMPONDERAMENTO E ENVELHECIMENTO: VISÕES DOS PROFISSIONAIS DA ESTRATÉGIA SAÚDE DA FAMÍLIA.** *Ana Paula Ribeiro de Castro, Maria Irismar de Almeida, Maria Fátima Maciel Araújo, Maria Vieira de Lima Saintrain, Marlene Lopes Cidrack.*

**CAPÍTULO 5** 89

---

**A PROMOÇÃO DA SAÚDE NA PERSPECTIVA DA AUTONOMIA DO SUJEITO COM DIABETES.** *José Adailton da Silva, Karla Patrícia Cardoso Amorim.*

## **CAPÍTULO 6**

**109**

**CORPO E CUIDADO DE SI NA ESTRATÉGIA SAÚDE DA FAMÍLIA NA INTERFACE UNIVERSIDADE-SERVIÇO-COMUNIDADE.** *Maria Isabel Brandão de Souza Mendes, Iasmim Pontes de Araújo, Ricardo Henrique Vieira de Melo, Rosana Lúcia Alves de Vilar, Ana Karenina de Melo Arraes Amorim.*

## **CAPÍTULO 7**

**129**

**EDUCAÇÃO EM SAÚDE: PERCEPÇÕES E PRÁTICAS DAS EQUIPES DE SAÚDE BUCAL DE SOBRAL, CEARÁ.** *Janice Dávila Rodrigues Mendes, Cibelly Aliny Siqueira Lima Freitas, Maria Socorro de Araújo Dias, Mirna Marques Bezerra.*

## **CAPÍTULO 8**

**145**

**EDUCAÇÃO PERMANENTE EM SAÚDE BUCAL COM AGENTES COMUNITÁRIOS DE SAÚDE: POSSIBILIDADES DE UMA FORMAÇÃO PROBLEMATIZADORA.** *Kadmo Azevedo de Figueiredo, Franklin Delano Soares Forte, Cláudia Helena Soares Moraes Freitas, Cacio Moura Netto.*

## **CAPÍTULO 9**

**165**

**MULHERES QUE SE CUIDAM: PESQUISA PARTICIPATIVA BASEADA NA COMUNIDADE.** *Gracyanne Maria Oliveira Machado, Eliany Nazaré Oliveira, Yolanda Flores e Silva, Izabelle Mont'Alverne Napoleão Albuquerque, Maristela Inês Osawa Chagas Vasconcelos.*

## **CAPÍTULO 10**

**181**

**PERCEPÇÃO DE MÃES SOBRE AMAMENTAÇÃO EXCLUSIVA E ALIMENTAÇÃO ARTIFICIAL NA PUERICULTURA: UM RELATO DE EXPERIÊNCIA.** *Geanne Maria Costa Torres, Inês Dolores Teles Figueiredo, José Auricélio Bernardo Candido, Maria Irismar de Almeida.*

## **CAPÍTULO 11**

**195**

**AÇÕES DESENVOLVIDAS PELO ENFERMEIRO DA ESTRATÉGIA SAÚDE DA FAMÍLIA NA PRÁTICA DE IMUNIZAÇÃO.** *Maria Aglair Braz Mota, Maria Rocineide Ferreira da Silva, Lucilane Maria Sales da Silva, Raimundo Augusto Martins Torres, Camila Marques da Silva Oliveira.*

---

**CAPÍTULO 12** **205**

---

**PROMOÇÃO DA SAÚDE E ALIMENTAÇÃO SAUDÁVEL: PERCEPÇÕES DE PROFISSIONAIS DA ATENÇÃO PRIMÁRIA, REFLEXÕES E DESAFIOS.** *Rosana Maria Ferreira de Moura Lima, Elizabethe Cristina Fagundes de Souza.*

---

**CAPÍTULO 13** **227**

---

**PRÁTICAS DE PROMOÇÃO DA SAÚDE DO IDOSO NO PSF EM NATAL: A VISÃO DOS USUÁRIOS.** *Maísa Paulino Rodrigues, Maria Ângela Fernandes Ferreira, Pedro Henrique Sette, Geórgia Sibeles Nogueira da Silva, Andrezza Karine Araújo de Medeiros Pereira.*

---

**CAPÍTULO 14** **241**

---

**JANELAS DE OPORTUNIDADES PARA REFLEXÃO E RESSIGNIFICAÇÃO DO CUIDADO EM SAÚDE MENTAL PARA AGENTES COMUNITÁRIOS.** *José Adailton Roland Diniz, Janete Nakatani, Raimundo Antonio da Silva, Maria dos Remédios da Silva Lira.*

---

**CAPÍTULO 15** **261**

---

**CONSTRUÇÃO DE UMA CARTILHA PARA PROFISSIONAIS DA SAÚDE QUE CUIDAM DE PESSOAS COM HIV/AIDS.** *Vanessa Matos Gomes dos Santos, Maristela Inês Osawa Chagas Vasconcelos, Cibelly Aliny Siqueira Lima Freitas, Eliany Nazaré Oliveira.*

---

**CAPÍTULO 16** **275**

---

**AS AÇÕES DO PROGRAMA SAÚDE NA ESCOLA: UMA PARCERIA COM A ESTRATÉGIA SAÚDE DA FAMÍLIA EM NATAL/RN.** *Aíla Marôpo Araújo, Renata Lima Silva, Maísa Paulino Rodrigues, Annatália Meneses de Amorim Gomes.*

---

**CAPÍTULO 17** **291**

---

**O USO DE PLANTAS MEDICINAIS NA ESTRATÉGIA SAÚDE DA FAMÍLIA.** *Danielle Chacon dos Santos, Ricardo Henrique Vieira de Melo, Maria Betânia de Moraes, Geórgia Sibeles Nogueira da Silva, Maria Isabel Brandão de Souza Mendes.*

---

**PROMOÇÃO DO ENVELHECIMENTO SAUDÁVEL NAS EQUIPES SAÚDE DA FAMÍLIA DA ZONA SUL DE TERESINA-PI.** *Anna Santana de Sá, Nely de Araújo Marques, Michelle Vicente Torres, Anaide Mary Barbosa Santos, José Ivo dos Santos Pedrosa.*

---

**GESTORES DO TERRITÓRIO DA ESTRATÉGIA SAÚDE DA FAMÍLIA DE UMA CAPITAL DO NORDESTE: PERFIL E FORMAÇÃO PROFISSIONAL.** *Joyce Bezerra Portela de Deus, Maria Rocineide Ferreira da Silva, Annatália Meneses de Amorim Gomes, Ana Cybele Peixoto de Andrade, Ana Patricia Pereira Moraes.*

---

**PELO REENCANTAMENTO DO TERRITÓRIO: UMA VIVÊNCIA DE PROMOÇÃO DA SAÚDE ORIENTADA PELA CULTURA DE PAZ.** *Noraney Alves Lima, Ingrid Freire Silva, Raimunda Souto Pinto Menezes, Maria de Fátima Antero Sousa Machado, Maria Socorro de Araújo Dias.*

---

**“EU E O MEU UMBIGO”, IDENTIFICANDO O PROTAGONISMO DOS AGENTES COMUNITÁRIOS NA PROMOÇÃO DA SAÚDE.** *Janete Nakatani, Raimundo Antonio da Silva, Maria de Fátima Antero Sousa Machado, Liberata Campos Coimbra*

# Apresentação

---

**Eu canto, companheiro, teu poder  
De unir e reunir quando é preciso  
Trabalhar sem medo pela alegria  
Eu canto porque estamos todos juntos;  
De mãos dadas vamos pelo caminho  
Que nos leva ao encontro da manhã**  
Thiago de Melo

A construção coletiva e o diálogo entre trabalhadores do SUS, professores pesquisadores na perspectiva da integralidade nas práticas em saúde no campo da promoção da saúde é o tema desse livro. O esforço feito pelo grupo na produção do conhecimento exigiu do grupo criatividade, sensibilidade, parcerias, conhecimento pedagógico e disposição política.

Promoção da saúde na atenção básica é o alvo dessa obra. É com alegria que fazemos a apresentação do livro **Promoção da saúde: um tecido bricolado**, escrito, prioritariamente, por profissionais do Mestrado Profissional em Saúde da Família da Rede Nordeste de Formação em Saúde da Família - RENASF, o qual envolveu nove instituições de ensino superior, denominadas de Nucleadoras, como também demais pesquisadores de outras instituições de ensino vinculadas a Rede. A promoção da saúde se constitui tema polissêmico. Em sua essência é originária de vários núcleos de saberes. Um tecido bricolado! Tecido bricolado é quando pedaços de tecidos são ajuntados por mãos humanas a partir de partes individuais. Aqui o bricolado foi utilizado de forma metafórica como um tecido que se compõe em uma nova unidade. A expressão não se refere só a um novo formato, mas visa elucidar a compreensão da promoção da saúde no processo de trabalho na atenção básica, permitindo assim que novos conhecimentos se expressem de forma ética e responsável no cuidado em saúde, e por outro lado, sem reduzi-lo, mas constituindo-se em um tecido bricolado. Dessa forma, ao tecer o tecido bricolado propôs-se a construção com base na articulação ensino, serviço e comunidade, seguindo o desafio de uma formação ética, contextualizada e compromissada com o desenvolvimento loco-regional.

Promoção da Saúde é uma das linhas de pesquisa do Mestrado Profissional em Saúde da Família da RENASF, a qual visa a formulação, implantação e avaliação de projetos e programas com base nos determinantes da saúde para promover o desenvolvimento de tecnologias inovadoras visando a melhoria das condições de saúde das populações e fomentar a participação popular e a autonomia dos sujeitos no cuidado à saúde.

O livro traz vinte capítulos cujas perguntas disparadoras foram temas oriundos dos serviços de saúde, cenários de trabalho e estudo dos mestrandos em saúde da família.

Ao fomentar o diálogo entre as equipes de trabalho na Estratégia Saúde da Família, Núcleos de Apoio à Saúde da família e gestão da atenção básica, pode-se realizar pesquisas que visam ressignificar a prática em saúde, com vistas a promoção da saúde quer em âmbito individual ou coletivo.

O livro é a expressão da conquista das Universidades envolvidas no que se refere ao desafio de responder as demandas da sociedade e na promoção do desenvolvimento regional, na formação ética e contextualizada e na reflexão sobre o processo de trabalho e a produção do cuidado em saúde na atenção básica. O livro reuniu um grupo de autores da RENASF engajados na “saúde como direito de todos” e estamos certos da de sua contribuição para o campo da promoção da saúde, quer seja na formação, na gestão, na atenção ou na participação social.

Fortaleza, dezembro de 2015

*Maria de Fátima Antero Sousa Machado*

*Maria Socorro de Araújo Dias*

*Franklin Delano Soares Forte*



## QUE TENSÕES NOS REVELAM A TEORIA E A PRÁTICA DA PROMOÇÃO DA SAÚDE?

*Marco Akerman*

### Introdução

Esta apresentação tem como motivação uma provocação contida em citação de Ferreira Neto e Kind (2010, p.1119) que evidenciou uma “tensão polarizadora” que atravessa a teoria e a prática da promoção da saúde permeada ora, por dimensões regulatórias e disciplinares, ora por dimensões participativas e emancipatórias<sup>1</sup>.

Neste sentido, o capítulo indica e problematiza um conjunto de tensões fruto da minha reflexão e prática sem nenhuma pretensão de trazer algo que encerre o assunto, muito antes pelo contrário, algo ainda precário, mas que propicie abrir uma boa prosa sobre o tema. E seria até ingênuo, trazer algo que fosse definitivo, ainda mais neste tema da promoção da saúde, que carrega consigo um enorme dissenso no campo da saúde coletiva.

Em 2012, participei de um concurso de Livre Docência na Faculdade de Saúde Pública da USP e tive a oportunidade de revisar temas que compõem a teoria e a prática da promoção da saúde - marcos conceituais da promoção da saúde; a educação e saúde como estratégia de promoção da saúde; promoção da saúde e políticas públicas saudáveis; avaliação e promoção da saúde; fortalecimento da ação comunitária; a gestão social da cidade; movimento de municípios e comunidades saudáveis; promoção da saúde e reorientação do sistema de serviços de saúde; participação social e promoção da saúde; os diferentes cenários da promoção (cidades, escolas, serviços de saúde, local de trabalho); promoção da saúde e desenvolvimento de habilidades pessoais; promoção da saúde e meio ambiente; promoção da saúde nas diferentes fases da vida - e neles poder identificar muito das tensões que quero referir neste capítulo.

---

<sup>1</sup> FERREIRA NETO, João Leite & KIND, Luciana. Práticas grupais como dispositivo na promoção da saúde. *Physis*, 20(4): 1119-1142 2010.

Pude observar que cada um desses tópicos traz questões tensas, debates e muitas controvérsias e este capítulo problematiza estes aspectos.

Valho-me também para esta discussão do livro “A Alma Imoral” de Nilton Bonder<sup>2</sup>.

Bonder fala da tensão entre corpo e alma. O corpo tem a função de conservar, preservar e a alma a função de renovar. Então ele traduz essa tensão, digamos conflito do corpo e da alma pra todos os campos da vida. Ele dá um exemplo da tensão entre o “bom” e o “correto”. Se assumirmos somente o lado bom da vida, talvez vivêssemos em mania; ou ao assumir somente o lado do correto, talvez experimentássemos um tom mais depressivo frente a vida. Então nem tudo que é bom é correto e nem tudo o que é correto é bom. A vida pulsa na tensão entre o bom e correto. A vida pulsa na tensão entre o corpo e a alma.

A vida pulsa na tensão entre os diversos princípios, ideologias, pontos de vista na temática da promoção da saúde. Então trago um pouco dessas tensões para debatermos.

E aí, que tensões eu escolhi para travarmos este diálogo?

### **1 - Tensão interdisciplinar.**

Seguimos falando para nós mesmos, nos restringindo ao setor saúde, não ampliamos o debate com outros campos, falamos que é necessário dialogar com outros setores, mas quando vemos as nossas publicações estamos girando em torno de temas restritos ao setor saúde.

Desenvolvemos recentemente um capítulo de livro a ser publicado pela Editora Fio-cruz chamado “Cidades saudáveis, ainda um tema relevante?”<sup>3</sup>.

A ideia não foi discutir a relevância em si do movimento de cidades saudáveis, mas discutir a sua relevância a partir da capacidade que os temas aí levantados por este movimento tenham para abrir diálogo com outras áreas.

E o que exercitamos foi buscar autores que não são específicos do campo da saúde coletiva e nem do campo da promoção da saúde, mas que pesquisam cidades: Hermínia Maricato (2010); Marcelo Lopes de Souza (2010); Mara Veras (2010); Zygmunt Bauman (2009); Ladislau Dowbor (1999); Manuel Castell & Jordi Borja (1996); Otavio Ianni (1996); Italo Calvino (1990), Milton Santos (1985); Raquel Rolnik (1988)<sup>4</sup>.

2 BONDER, Nilton A Alma Imoral, Rocco: Rio de Janeiro, 1998, 135 pp.

3 AKERMAN M ; MENDES, R. ; FISCHER, A. L. . Cidades Saudáveis: ainda um tema relevante? In: Carmen Beatriz Silveira; Tânia Maria Fernandes; Bárbara Pellegrini. (Org.). Cidades Saudáveis? Alguns olhares sobre o tema. 1aed. Rio de Janeiro: FIOCRUZ, 2014, v., p. 65-82.

4 BAUMAN, Z. Confiança e Medo na Cidade. Rio de Janeiro: Zahar, 2009; CALVINO, I. As cidades invisíveis. Tradução Diogo Mainardi. São Paulo: Companhia das Letras, 1990; CASTELLS, M. E.; BORJA, J. As cidades como atores políticos. *Novos Estudos*, 45:152-66, 1996; DOWBOR, L. A reprodução social: propostas para uma gestão descentralizada. 2. ed. Petrópolis: Vozes, 1999; IANNI, O. A era do globalismo. Rio de Janeiro: Civilização Brasileira, 1996; MARICATO, E. Habitação e cidade. 7. Ed. São Paulo: Atual, 2010; ROLNIK, R. O que é a cidade. São Paulo: Brasiliense, 1988; SANTOS, M. O país distorcido. São Paulo: Publifolha, 1985; SOUZA, M. L. Mudar a cidade: uma

Fomos verificar o que eles falam das cidades e como que eles percebem os problemas das cidades.

E depois vimos o que autores que trabalham com o tema da promoção da saúde falam das cidades.

Os mencionados artigos dos autores dos campos das ciências sociais, políticas e do planejamento urbano selecionados trazem um marco conceitual dialético de cidades e de urbanização como ponto de partida, e estabelecem desde então um quadro de desafios e de propostas de intervenções no âmbito da organização das estruturas e políticas urbanas.

No entanto, os autores pesquisados que trabalham na cidade em associação com temas da promoção da saúde parecem ocupar-se menos de uma concepção de cidade e de urbanização, analisando em seus artigos o quadro de desafios a ser enfrentado. Sim, descrevem a cidade como algo complexo e dinâmico, lugar de convivência e de vida por excelência e como tal desempenham papel determinante na saúde das pessoas e de seus problemas concretos no território, por exemplo, Westphal, 1997; 2000; Lorca *et al.*, 2010<sup>5</sup>, todavia sem explicitar o instigante debate da *tensão pulsante e permanente entre duas cidades que se digladiam*, afirmado de várias maneiras na revisão realizada nas áreas de conhecimento das ciências sociais, políticas e do planejamento urbano.

Constatamos que muitas vezes, existe uma idealização da cidade quando, implicitamente, se equaliza o “saudável” com certa harmonia no meio urbano ao se referir aos temas da participação social e da intersetorialidade como dispositivos destituídos de disputas e conflitos.

Cabe até, nesta “idealização” uma analogia com o disco ‘Saltimbancos’ do Chico Buarque<sup>6</sup>, todos em busca da cidade ideal. Ela de fato existe? Talvez não, mas o cachorro a idealiza como um poste por metro quadrado, sem carro e sem risco de morrer. Para a galinha a cidade ideal tem as ruas cheias de minhocas. Para a gata, o ideal seria um prato de tripa fresquinha, sardinha num monte de lata e alcatra no final da linha. Mas aí surge o teimoso sábio e estraga prazeres do jumento que, prevenido alerta que a “cidade é uma estranha senhora que hoje sorri e amanhã te devora”.

Bauman, em seu livro “Confiança e Medo na Cidade”<sup>7</sup>, reitera esta tensão não idealizada no âmbito das cidades e que poderia servir como marco conceitual para

---

introdução crítica ao planejamento e à gestão urbanas. 7. ed. Rio de Janeiro: Bertrand Brasil, 2010; VERAS, M. Cidade, vulnerabilidade e território. Revista Ponto-e-Vírgula, 7: 32-48, 2010. Disponível em <http://www.pucsp.br/ponto-e-virgula/n7/indexn7.htm>.

5 LORCA, E. *et al.* Healthy cities: a reference strategy in local public health policies. *Gaceta Sanitaria*, 24(6): 435-436, 2010; WESTPHAL, M. Municípios saudáveis: aspectos conceituais. *Saúde e Sociedade*, 6(2): 9-18, 1997; WESTPHAL, M. Municípios saudáveis: um compromisso com a qualidade de vida. *Ciência & Saúde Coletiva*, (5)1: 39-51, 2000.

6 Saltimbacos – Chico Buarque. Disponível em [https://www.youtube.com/watch?v=s\\_oXqBRsMxU](https://www.youtube.com/watch?v=s_oXqBRsMxU). Acesso em agosto de 2015.

7 BAUMAN, Z. *Confiança e Medo na Cidade*. Rio de Janeiro: Zahar, 2009.

um exercício conceitual sobre “cidades saudáveis” no sentido de reconhecer tensões e conflitos e abrir diálogos com outros campos disciplinares. Esta é, então, a primeira discussão que quero trazer: tensões conceituais no campo da interdisciplinaridade.

### **A tensão do ‘mordomo’: afinal de contas quem é o culpado?**

Para iniciar a discussão do “mordomo”, quero citar um artigo do Dráuzio Varella que saiu em maio de 2012 na Folha de São Paulo com o título: “Longevidade irresponsável”<sup>8</sup>.

O autor faz a seguinte citação: “quando vem a hipertensão, o derrame ou ataque cardíaco, você maldiz a própria sorte, culpa a vontade de Deus, reclama do sistema de saúde. E você pobre injustiçado, não tem responsabilidade nenhuma?”.

Claro que sim! Não se pode isentar totalmente o “pobre injustiçado”. O sujeito tem responsabilidade, mas o sujeito está sozinho nessa responsabilização?

Penso ser essa uma outra tensão a ser problematizada, não culpabilizar a vítima e entender o sujeito e seu contexto.

Mas se esse sujeito fica sozinho com essa responsabilidade, talvez ele vá buscar no mercado formas individuais para melhorar sua saúde nas tecnologias de consumo e otimização dessa saúde. E talvez seja este o interesse de se “culpabilizar a vítima”: compre e consume possibilidades para melhorar sua saúde.

Em outro artigo, também publicado na Folha de São Paulo, Luiz Felipe Pondé<sup>9</sup> reforça esta ideia consumista do “sujeito solitário” e que pode chegar às raias da eugenia ao dizer que “alguém duvida que academias de ginástica, consultoras em nutrição, espiritualidades narcísicas ao portador... cirurgias e tratamentos estéticos, *checkups* anuais, ambulatórios de qualidade de vida, pré-natal genético e interrupção aconselhada da gravidez de fetos indesejáveis...”.

Então qual é o papel do Estado? Qual é o papel das políticas no favorecimento de ambientes e escolhas que sejam saudáveis pra que os sujeitos sociais responsabilizados por sua saúde também não se sintam reféns da indústria de consumo para melhorar a saúde?

### **2- Tensões no imaginário sobre o que é saúde**

Nesta tensão, eu penso que estamos perdendo a guerra. E a imprensa e a publicidade vão refletindo isso. Chamou-me a atenção, que no dia sete de abril, que é o dia mundial da saúde, instituído pela Organização Mundial da Saúde, os hospitais privados da cidade de São Paulo publicaram um informe publicitário com a seguinte manchete: “São Paulo, a capital da saúde” e múltiplos anúncios sobre o “bem para sua saúde que os hospitais te propiciam”.

8 VARELA, D. Longevidade irresponsável, Ilustrada, Folha de São Paulo, 5.5.2012.

9 PONDE, LF. A palavra feia, Ilustrada, Folha de São Paulo, 30.12.2012.

E aqui uma tensão imensa! Porque nós todos da Saúde Coletiva temos a plena convicção de que a saúde é produzida socialmente, saúde não é produzida somente com a oferta de equipamentos médico-hospitalares, profissionais de saúde, medicamentos, etc..

Mas no imaginário da população saúde é isso. Quer dizer, estamos perdendo a guerra! Se você fala em política pública saudável, você tem que pensar não na saúde como um setor de governo, mas como aspiração social, como uma dimensão da vida, esse é o nosso discurso.

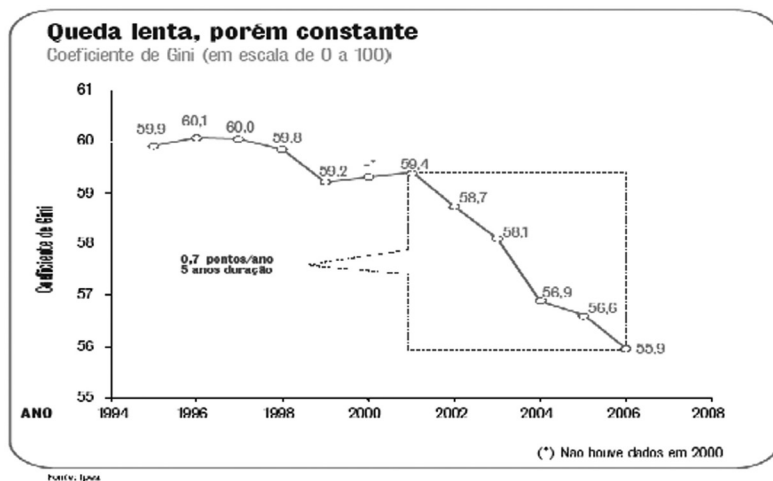
No Brasil, nos últimos 6, 10 anos, com a melhoria da situação econômica, quase 10 milhões de pessoas compraram o seu plano de saúde. Então saúde é vista como consumo, como mercadoria. Então aqui eu acho que tem uma tensão neste imaginário.

Se o campo da promoção da saúde é um campo que vai além desse cuidado individualizado e a população percebe pela mídia que a saúde está vinculada com o aparato médico e hospitalar aqui tem uma tensão no imaginário da população sobre o que é saúde. Ou seja, estamos perdendo a guerra do imaginário conceitual e político de como atuar para melhorar a saúde.

### 3 - Tensões na promoção da equidade

A promoção da equidade como um dos princípios do SUS sempre teve no campo da promoção da saúde e da defesa da vida, em geral, e no campo da saúde coletiva, em particular, sua defesa radical.

No Brasil, desde 1994, dados do IPEA demonstram redução lenta, mas contínua, do GINI, indicando diminuição das desigualdades salariais, que ainda são imensas<sup>10</sup>.



10 BARROS R. et al Determinantes da queda na desigualdade de renda no Brasil . Disponível em [http://www.uff.br/econ/download/tds/UFF\\_TD249.pdf](http://www.uff.br/econ/download/tds/UFF_TD249.pdf). Acesso em agosto de 2015.

Entretanto, quando observamos algumas respostas sanitárias que damos no âmbito do SUS, ainda persistem iniquidades.

Vejamos o caso dos transplantes<sup>11</sup>: em cada 10 transplantes feitos no Brasil, sete são de homens brancos. Onde estão as mulheres, onde estão os negros?

As nossas respostas sanitárias ainda são iníquas, refletindo em muito a forma como o poder está distribuído na nossa sociedade.

Então aqui temos também uma outra tensão entre discurso e realidade para analisarmos e trabalharmos no campo da promoção da saúde.

#### **4 - Tensões nos determinantes e na representatividade das agências internacionais da ONU**

Nos últimos cinco anos, tem havido uma reativação do debate internacional e nacional, sobre os determinantes sociais da saúde.

A OMS organizou uma comissão, em 2008 e publicou um relatório, dizendo que as “doenças do mundo são provocadas pela injustiça social, então a injustiça social está matando as pessoas em larga escala” E, “que a redistribuição desigual de poder, recursos e serviços” é o determinante social da saúde mais importante.<sup>12</sup>

Em 2011, a OMS realizou no Brasil, RJ, sua Cúpula Mundial de Determinantes Sociais da Saúde e publicou uma Declaração Política, teoricamente representativa de todos os países do mundo<sup>13</sup>.

Entretanto, outras cinco declarações também foram publicadas por discordarem de muitos aspectos da Declaração da OMS. Uma declaração do CEBES e da ALAMES, outra declaração dos movimentos sociais, uma declaração da associação internacional dos estudantes de medicina, uma declaração dos movimentos de jovens.

Em outras palavras, as organizações internacionais não estão representando nem escutando o que está acontecendo no seio da sociedade.

Similar movimento foi também detectado, na Cúpula “Rio+20”, em 2012, onde foi realizada a cúpula oficial “Da Terra”, e a cúpula de “resistência” dos “Povos”.

Ou seja, se identifica internacionalmente, a mesma crise de representatividade que foi fortemente marcada nas manifestações de junho de 2013 no Brasil, bem como em muitas partes do mundo, onde milhares foram às ruas para dizer “queremos mais democracia direta”.

---

11 Desigualdade racial no Brasil: um olhar para a saúde, IPEA. Disponível em [http://www.ipea.gov.br/desafios/index.php?option=com\\_content&view=article&id=2688:catid=28&Itemid=23](http://www.ipea.gov.br/desafios/index.php?option=com_content&view=article&id=2688:catid=28&Itemid=23). Acesso em agosto de 2015.

12 Ver Relatório Final da CDSS em Português. Disponível em [http://www.who.int/social\\_determinants/thecommission/finalreport/en/](http://www.who.int/social_determinants/thecommission/finalreport/en/). Acesso em agosto de 2015.

13 Organização Mundial da Saúde. Declaração Política do Rio sobre Determinantes Sociais da Saúde. Conferência Mundial sobre Determinantes Sociais da Saúde; 19-21 de outubro de 2011; Rio de Janeiro, Brasil. Disponível em [http://www.who.int/sdhconference/declaration/Rio\\_political\\_declaration\\_portuguese.pdf](http://www.who.int/sdhconference/declaration/Rio_political_declaration_portuguese.pdf). Acesso em agosto de 2015.

Há uma enorme dissonância entre a formulação dos projetos governamentais e legislativos e as necessidades sociais.

É um nível de tensão importante, que coloca na agenda o debate de que todos governam, não só a máquina de estrutura governamental e parlamentar.

E como é que nós vamos tornar capilar todo esse debate para as necessidades e interesses comuns da sociedade? Então aqui temos mais uma tensão importante.

### **5 - Tensões nas múltiplas agendas.**

A APS (atenção primária em saúde), MCS (municípios e comunidades saudáveis), EPS (escolas promotoras da saúde), ODM (objetivos do desenvolvimento do milênio), DSS (determinantes sociais da saúde), etc.

Um conjunto de sopas de letrinhas que fragmenta toda a nossa potência, prática, recursos. Que geram disputas de recursos e que quase todas elas defendem linhas de ação muito parecidas, a intersetorialidade, participação social, e a promoção da equidade, para citar alguns exemplos comuns.

Penso que devemos problematizar esta questão de maneira radical.

Uma vez, fui a Contagem, junto com a secretária de saúde municipal e visitamos um bairro, que apenas em um quarteirão havia seis ou sete igrejas: “vão faltar fiéis pra todas estas as igrejas”, ironizamos.

Fazendo uma analogia com os “fieis”, faltarão pessoas para impulsionar a participação social em tantas agendas fragmentadas, faltarão setores para a intersetorialidade em toda essa sopa de letrinhas que nós temos. Como é que nós vamos enfrentar esse processo da fragmentação tão típica da gestão pública e na elaboração de políticas e agendas técnicas e científicas? E aqui aparece uma outra tensão!

### **6 - Tensões nas escalas: micro-iniciativas, macro-desestruturadas**

Não há como os temas da produção social da saúde e a promoção da saúde não dialogarem com o campo da Psicologia Social. Como conseguir trazer para a agenda das nossas práticas esta questão do sensível, de valorizar o singular e o peculiar, das partes, sem perder a perspectiva coletiva do macro?

Penso ser esta outra tensão importante, para que nossa ação não redunde em construir “micro-iniciativas macro-desestruturadas”.

Isso foi uma expressão que eu escutei certa vez dita por uma mexicana falando um pouco da experiência de “municípios e comunidades saudáveis” no México. O México é um país federal, muito centralizado, que disseminou a iniciativa de município de comunidade saudável pra todos os municípios, como um pacote, e aí ela disse que a experiência não teve nenhuma potência nacional, pois não foi capaz de tecer redes e se tornou uma “experiência de micro-iniciativas macro-desestruturadas”.

Na década de 80 foi publicado um livro que foi muito influente chamado “*Small is Beautiful*”<sup>14</sup>, era uma época da reforma do Estado que se valorizavam o pequeno, a parte. Não há como negar que a singularidade, as peculiaridades dos sujeitos, dos territórios, dos serviços precisam ser valorizadas, qualificadas e escutadas. Mas como é que a gente faz essa interface entre o singular, o peculiar e o coletivo? Acho que aqui também tem uma tensão para problematizarmos.

## **7 - Tensões na confiança interpessoal e na participação democrática e social**

A Escola de Direito da Fundação Getúlio Vargas realizou uma pesquisa com 1550 pessoas em seis estados para captar a percepção da população sobre confiança interpessoal e nas instituições<sup>15</sup>.

A pergunta foi: “você confia no seu vizinho?”. A cada 10 pessoas, apenas três disseram confiar no seu vizinho, quer dizer, apenas 30% das pessoas na amostra disseram confiar no seu vizinho. Este dado só “ganha” da confiança nos partidos políticos que foi 20% e no Congresso Nacional que foi de 5%.

Curiosamente, a promotoria pública, as forças armadas, os órgãos, vamos dizer assim, de exercício do poder, repressivo ou jurídico têm maior confiança da população, Forças Armadas obtiveram 74%, Ministério público tem 70%.

Como é que se pode produzir participação social democrática com todo este déficit de confiança e representatividade? Mais um baita tema a ser problematizado, deixando bem claro desde logo que isto não pressupõe menos democracia nem menos política!

Sérgio Buarque de Holanda tinha mesmo razão? Em seu livro *As raízes do povo brasileiro*, ele definia o “brasileiro como um homem cordial”. Cordialidade não no sentido de leveza ou delicadeza nas relações, mas que baseadas em vínculos informais e de interesse.

Como construir participação social numa lógica republicana se a nossa sociedade é ainda permeada por tantas relações de interesse privado parasitando espaços públicos? Com pouca transparência, com pouca visão republicana, como trabalhar essa questão?

Para que o agir em promoção da saúde se livre, então, de sua pecha de ser muito prescritivo, há que se avaliar na sua radicalidade as dificuldades e desafios que temos para ativar a participação, a intersetorialidade, a abordagem dos determinantes da promoção da equidade, etc. para que não sejam difundidos como rígidos dispositivos de uma prescrição idealizada.

14 Um livro de autoria de E.F. Schumacher publicado em 1973 e que valoriza a tecnologia apropriada para empoderar pessoas.

15 Disponível em <http://direitosp.fgv.br/noticia/pesquisa-direito-gv-revela-63-populacao-reprova-atuacao-policia>. Acesso em agosto de 2015.



## 8 - Tensões na relação saúde-ambiente: falsos dilemas

A Cúpula “Rio+20” intensificou a discussão do crescimento x desenvolvimento: Belo Monte, grandes obras, agrotóxicos, etc.

O vídeo “Agrotóxico: o veneno está na mesa”<sup>16</sup> é emblemático. É muito interessante porque traz essa discussão sobre os limites do crescimento a todo custo e consegue romper com a dicotomia entre campo e a cidade, colocando-os com destinos interconectados e discute o uso indiscriminado dos agrotóxicos.

Chamou-me a atenção, neste vídeo, um depoimento da senadora Kátia Abreu que representa o Agronegócio, e protestava contra as campanhas que “difamam” os agrotóxicos e emendava: “a população vai ter que decidir se ela quer saúde ou se ela quer alimentos baratos”.

Hoje, o nível de produtividade do agronegócio brasileiro é imenso, ele multiplicou 50, 70, 80 vezes em relação à década de 60, à custa da saúde do povo brasileiro.

E penso ser este um falso dilema, pois não é possível negociar produtividade em detrimento da saúde. Quer dizer, essa não é uma opção, não sei se queremos fazer essa opção, alimento barato versus saúde.

E aqui, também, cabe a discussão das grandes obras. Tem um exemplo, bem interessante, lá da região do ABC: o do Rodoanel, que é um anel viário planejado para desafogar o trânsito na região de São Bernardo do Campo (SBC), onde um viaduto estava sendo construído. Esse viaduto separou a comunidade em duas e para construí-lo se montou um canteiro de obras com 200 trabalhadores jovens do sexo masculino. O Secretário de Saúde de SBC evidenciou que depois da obra aumentou, em muito a gravidez indesejada na adolescência e doenças sexualmente transmissíveis.

Veja bem, uma obra que tem como objetivo melhorar o transporte da cidade impacta na saúde. Se a gente faz o RIMA, que é o Relatório de Impacto do Meio Ambiente, nós vamos ter que começar a fazer o RISA, que seria o Relatório de Impacto sobre Saúde das grandes obras que estão começando no Brasil de uma forma importante. Isso gera outro tipo de tensão também.

De que lado nós estamos? E aí é pra politizar essa discussão mesmo. O exemplo da mobilidade urbana na cidade de São Paulo ilustra bem este debate. O Prefeito Fernando Haddad, sob forte oposição, faz escolhas e tenta pender a formulação de políticas de mobilidade na direção de quem usa ônibus e de quem deseja usar bicicletas, na disputa pelo direito à cidade, claramente ocupado pelo transporte privado e individual, o carro. Creio que o campo da promoção também se baseia na escolha de qual lado queremos ficar. E para pensar essa discussão da saúde, eu penso ser necessário politizar o campo da promoção.

---

16 Ver em <https://www.youtube.com/watch?v=8RVAgD44AGg>. Acesso em agosto de 2015.

## **9 - Tensões na intersetorialidade**

Por que não inventar novos formatos de arquiteturas de governo e governança que multipliquem arranjos de articulação e de gestão? Todos os setores, pessoas, disciplinas, querem preservar sua identidade em qualquer arranjo articulado. Se construirmos a interdisciplinaridade ou a intersetorialidade como se fora uma vitamina em que todas as frutas são colocadas em um liquidificador para bater e virar uma vitamina, imagino o receio de organizações e sujeitos recusando este formato. Na vitamina, as frutas perdem sua força, perdem sua forma, perdem sua identidade, pois se misturam de maneira amorfa numa “geléia geral”. Talvez um arranjo mais aceitável fosse o da salada de frutas. Serve a uma outra natureza, é um novo arranjo de articulação, mas o morango, a laranja, o abacaxi, não perdem o cheiro, o sabor, o gosto, e a mistura se dá no caldo. Mantêm suas identidades.

Penso ser necessário discutir esta tensão entre a vitamina e a salada de fruta. E mais ainda, não fazer da interdisciplinaridade e da intersetorialidade um imperativo. Pode-se planejar interdisciplinarmente uma pesquisa ou planejar intersetorialmente uma cidade e talvez desenvolver o projeto com ações setorializadas e ações disciplinares desde que o acordo do projeto comum esteja dado.

Muitas vezes, uma ação intersetorial pode se converter em uma mera lógica voluntarista sem nenhuma eficácia, se responsabilidades setoriais não tiverem bem definidas.

## **10 - Tensões no “fora-dentro” em todas as políticas ou só no setor da saúde?**

Essa é outra discussão importante. A promoção da saúde é “para fora ou é para dentro”? É dentro do setor saúde? É fora do setor saúde? Como é que esta questão vai se refletir em outras políticas? Ou só no setor saúde? Aqui tem também um ringue de disputa bastante tenso.

## **11 - Tensões na profissionalização do campo: reserva de mercado?**

Em 2012, participei do V Congresso Regional da União Internacional da Promoção e Educação da Saúde onde o Ministro da Saúde mexicano disse em sua palestra que a promoção da saúde é um campo de improvisação e desprofissionalizado, e seguia na sua loa profissionalizante: “a gente precisava profissionalizar esse campo, deixar o improvisado de lado, atuar em promoção da saúde deveria ser como estar em um bloco cirúrgico, com protocolo e com todos os passos do que fazer bastante organizados”.

E nesse mesmo congresso um colega cirurgião que trabalha em Chiapas, área mexicana empobrecida ficou revoltado com a fala do Ministro dizendo que, se “num bloco cirúrgico o cirurgião não tiver capacidade de improvisar, o paciente pode morrer”. E ao mesmo tempo, argumentou em como “profissionalizar” uma área de trabalho que não é necessariamente um campo exclusivo dos profissionais de saúde. Se a saúde é produzida socialmente e se isso é uma questão de mobilização social, de cultura, de

politização, a sociedade, os grupos, os territórios têm potência e capacidade de promover a saúde. Então é um campo só de profissionais de saúde e de desenvolvimento de competências pré-estabelecidas? Outro belo debate tenso.

## **12 - Tensões na avaliação: é possível avaliar um imperativo ético**

Como na tensão anterior, dizem que atuar em promoção da saúde é um exercício de improvisação e de ativismo, e que, na maioria das vezes, não se prova sua efetividade, nem se demonstram seus resultados. Decorre disso então, uma pergunta alocativa: “como é que nós podemos investir num campo com tanta improvisação?”.

Sabe-se que em políticas públicas que promovam a saúde, muitas vezes o alvo é móvel, os objetivos e os contextos vão mudando. O desafio seria o de que nesse clima de contextos variáveis, sujeitos variáveis, construção de inteligência coletiva, se pudesse, também, delinearem-se formas avaliativas de pensar, se aquilo que estamos fazendo é, realmente, aquilo que o conjunto de sujeitos envolvidos está interessado e fazer e em receber?

“Na implementação de políticas públicas que têm a promoção da saúde como eixo, atores sociais têm discutido a necessidade de aprimorar processos avaliativos para conhecer, adequadamente, os resultados de tais ações. As instituições de investigação e gestão vêm se ocupando do tema da avaliação, desenvolvendo metodologias de monitoramento e avaliação de programas, ações e atividades, para subsidiar as políticas públicas”<sup>17</sup>.

Tudo que é feito vale a pena ser avaliado, e avaliação em promoção da saúde é algo que vale a pena ser avaliado e estas tensões precisam ser explicitadas e debatidas.

## **13 - Tensões na Política Nacional de Promoção a Saúde (PNPS): cada macaco no seu galho!**

A discussão que quero trazer agora é sobre a PNPS brasileira. Poucos países no mundo têm uma política nacional de promoção à saúde, e o fato do Brasil ter sua política é importante.

Mas há tensões. Alguns dizem que a PNPS está mais voltada para indivíduos e seus estilos de vida, outros dizem que a discussão do desenvolvimento sustentável que seria mais estruturante estaria relegada ao segundo plano.

Por que eu pus no título desta tensão “cada macaco no seu galho”? Porque nós precisamos de muitos galhos e muitos macacos para que a “floresta” e o “bando” fiquem mais completos, pois necessitamos de: (a) GESTÃO de serviços de saúde; (b) VIGILÂNCIA E MONITORAMENTO DE FATORES DE RISCO, que é o que a política nacional de promoção à saúde prioriza mais, tanto pelas evidências de efetividade mensurável, bem como pelos acordos internacionais firmados pelo governo brasileiro; (c) atuação

17 AKERMAN, M, MENDES, R, & BÓGUS, CM. (2004). É possível avaliar um imperativo ético?. *Ciência & Saúde Coletiva*, 9(3), 605-615.

sobre os DETERMINANTES SOCIAIS DA SAÚDE dentro de uma lógica intersetorial e (d) precisamos aprofundar a discussão que é feita pelo Centro de Estudos Brasileiros (CEBES)<sup>18</sup> de que DETERMINAÇÃO está ancorada em uma concepção estruturalista e que talvez a concepção de determinantes se aproxima muito dos fatores de risco. . Para o CEBES, atuar sobre a lógica estrutural da determinação social é que realmente teria algum impacto de potência de mudança radical nas condições de vida.

Então por isso a expressão “cada macaco no seu galho”. Precisamos ter no SUS um sistema de gestão efetivo. O volume e a lógica de financiamento, também, são importantes, precisamos ter monitoramento de fatores de risco, precisamos ter ações intersetoriais sobre determinantes e precisamos não perder de vista que a lógica de uma de uma sociedade capitalista, em que comprar e vender impregna em muito as relações de classe e desumanizam as relações fazendo com que o aspecto mercantil predomine.

### **Para deixar em aberto: o que realmente seria substantivo neste conjunto de tensões?**

No fundo, talvez, haja uma tensão entre o substantivo e o infinitivo: a promoção da saúde, o substantivo, interpretada muitas vezes como movimento social carregado de ideologia, e promover saúde, o infinitivo, enquanto uma ação inerente e necessária no âmbito da saúde. Haveria mais consenso com o infinitivo “promover saúde” do que com o substantivo “promoção da saúde”?

Talvez o que se necessite fazer mesmo é um questionamento mais substantivo: se a promoção seria, ou não, um dispositivo com potência para resgatar a centralidade não narcísica do sujeito no cuidado e na vida?

Porque muito da crise ética que se aponta, é que o sujeito do cuidado não está no centro, quer dizer, outros fatores é que estão determinando o cuidado.

Por exemplo: outro dia encontrei um colega médico lá no ABC Paulista que é cirurgião vascular e ele recentemente foi trabalhar em um hospital e eu lhe pergunto, “como é que está o trabalho?” E ele me respondeu: “está ótimo, o movimento de amputação de perna de paciente diabético é altíssimo”.

Duas lógicas e duas éticas distintas, não?

Neste “alto movimento de amputação” o sujeito dono da perna amputada sai de cena para entrar no jogo outros aspectos com maior prioridade para os agentes com maior poder e outros interesses.

Emerson Merhy, nosso eminente colega da saúde coletiva, tem uma expressão curiosa para expressar como nós, profissionais da saúde, retiramos o sujeito do centro do cuidado: o “agir torturador”. Fazemos um esforço danado para os usuários dizerem

---

18 CEBES Determinação Social da Saúde e Reforma sanitária. Disponível em <http://www.cebes.org.br/media/File/Determinacao.pdf>. Acesso em agosto de 2005.

para nós o que queremos ouvir, e não, aquilo, que precisa ser dito por eles, o que é necessário ser dito.

O que seria substantivo então na análise das 14 tensões, acima, explicitadas? Analisar que caminhos contribuem, ou não, para o resgate ético-político do sujeito no centro do cuidado e da política.

Será que os valores e princípios da promoção da saúde carregariam um pouco desta possibilidade?

Deixemos então alguns dos princípios e valores da “promoção da saúde” registrados no processo de revisão da Política Nacional de Promoção da Saúde que ocorreu no primeiro semestre de 2014 conduzida pelo GT de Promoção da Saúde da ABRASCO em conjunto com o Ministério da Saúde/SVS, Comitê Gestor da PNPS e OPAS.

Princípios e valores se configuram como a expressão fundamental de todas as práticas e ações na esfera de atuação da política. Entende-se princípio enquanto causa primária, base ou fundamento capaz de direcionar valores na esfera individual e coletiva. Logo, os valores, considerados como a “âncora moral” da promoção da saúde, retratam a forma com a qual os indivíduos e instituições interagem com outros sujeitos, coletividades, outras expressões de vida e meio ambiente, sendo importantes para um futuro pacífico e sustentável.

São princípios das práticas e ações da promoção da saúde inseridas na revisão da PNPS<sup>19,20</sup>:

1) Equidade: base das práticas e ações de promoção de saúde, considera as especificidades dos indivíduos e grupos populacionais e orienta a distribuição igualitária das oportunidades.

2) Participação Social: processo pelo qual grupos diferentes participam na identificação das necessidades e atuam como co-responsáveis no planejamento e na execução de soluções adequadas.

3) Autonomia: desenvolvimento pessoal das capacidades, permitindo a livre decisão dos sujeitos sobre as suas próprias ações e trajetórias.

4) Empoderamento: processo que permite que as pessoas adquiram o controle das decisões e das ações que afetam a sua vida.

5) Intersetorialidade: articulação de saberes, talentos e experiências em um processo de construção compartilhada com diversos atores e setores, estabelecendo vínculos de responsabilidade e co-gestão.

19 ROCHA DG, ALEXANDRE VP, MARCELO VC, REZENDE R, NOGUEIRA JD, FRANCO DE SÁ R. Processo de revisão da Política Nacional de Promoção da Saúde: múltiplos movimentos simultâneos. *Ciênc. saúde coletiva* 2014; 19(11): 4313-4322

20 PORTARIA Nº 2.446, DE 11 DE NOVEMBRO DE 2014. Redefine a Política Nacional de Promoção da Saúde. Disponível em [http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2014/prt2446\\_11\\_11\\_2014.html](http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2014/prt2446_11_11_2014.html). Acesso em agosto de 2015.

6) Intra-setorialidade: exercício permanente de desfragmentação das ações e serviços ofertados por um setor, visando a construção e articulação de redes.

7) Sustentabilidade: necessidade de permanência, levando em conta as dimensões política, econômica, social, cultural e ambiental.

8) Integralidade: respostas articuladas e adequadas à complexidade das necessidades dos indivíduos e coletividades.

9) Territorialidade: atuação em consonância com as singularidades dos diferentes espaços, paisagens e contextos.

E os principais valores para a promoção da saúde como vistos pelos múltiplos processos simultâneos desenvolvidos durante a revisão da PNPS: 1. Amorosidade; 2. Respeito às diversidades; 3. Justiça social; 4. Pertencimento; 5. Solidariedade; 6. Inclusão social; 7. Ética; 8. Humanização; 9. Co-responsabilidade; 10. Felicidade; 11. Criatividade; 12. Reflexividade.

A palavra está agora com vocês, leitores e companheiros por um mundo mais solidário em que todas as vidas valham a pena!

E isto está sintetizado numa bela frase de Gabriel Garcia Marques: “o único momento em que um homem pode olhar para outro de cima é quando este estiver caído e você for lhe dar a mão para que ele se levante”!

## CAMINHOS DA PROMOÇÃO DA SAÚDE NO BRASIL: DOS PRIMEIROS ESFORÇOS À ESTRATÉGIA SAÚDE DA FAMÍLIA

*Herta Maria Castelo Branco Ribeiro, Zeni Carvalho Lamy,*

*Liberata Campos Coimbra,*

*Livia Janine Leda Fonseca Rocha,*

*Liduína Farias Almeida da Costa*

### Introdução

A partir de um propósito de revisitar literatura sobre a Atenção Primária em Saúde e sua relação com o movimento intitulado “promoção da saúde”, as ideias apresentadas neste capítulo estão organizadas a priori através de um esboço histórico e conceitual sobre as políticas de saúde no Brasil, apresentando uma cartografia de modelos assistenciais que coabitaram (e coabitam) no Estado brasileiro desde a sua gênese, destacando-se nesta trajetória os caminhos para a estruturação da Estratégia Saúde da Família (ESF).

Coadunamos com o pensamento de Andrade et al (2011) que considera a ESF como uma solução brasileira muito adequada à proposta de promoção da saúde, devido à sua flexibilidade no âmbito da atenção, conjugando realidades municipais e atuação em equipes, movimentadas intersetorialmente, atentas às demandas da comunidade a partir de todos os seus determinantes. Tal compreensão depreende-se do próprio percurso histórico empreendido por setores da sociedade que assegurou no ordenamento jurídico brasileiro a saúde como um direito fundamental, impulsionando estratégias que viessem garantir uma visão ampliada de saúde. Desvelar esse movimento parece-nos ser condição indispensável para sua consolidação na contemporaneidade.

Neste sentido, cotejamos aspectos elucidativos sobre a própria conceituação de promoção da saúde, delineamos as bases de estruturação da ESF e destacamos a

criação dos Núcleos de Apoio à Saúde da Família, dispositivos de apoio ligados à ESF, que entre os seus princípios destaca-se a promoção da saúde.

## **Percurso da saúde pública no Brasil: confluências de “novos” e “velhos” modelos de assistência**

Relacionadas diretamente ao desenvolvimento do sistema capitalista, as políticas de saúde no Brasil, tais quais as demais políticas sociais, traduzem em sua trajetória as determinações e contradições intrínsecas a esse modo de produção. Compreender os caminhos percorridos pela saúde pública é condição sine qua non para realizar as necessárias análises sobre a Atenção Primária em Saúde (APS) no Brasil e os dispositivos atuais para a implementação das ações de promoção, prevenção e atenção terapêutica propostas pelo modelo de saúde vigente no Brasil.

Sua trajetória histórica, ao mesmo tempo em que se apresenta de forma singular devido às especificidades regionais e históricas do nosso país, tem sua gênese conectada às transformações que ocorreram em todo o planeta a partir do estabelecimento da industrialização na Europa, ainda no século XVIII e início do século XIX e seus rebatimentos no movimento migratório dos campos para as cidades, que impactaram diretamente a qualidade de vida da coletividade humana.

O estabelecimento da República em nosso país, associado à mudança de imagem saudável para “celeiro de doenças” (adjetivo atribuído à capital Rio de Janeiro no início do século XIX), impactou as condições de vida da população brasileira e colocou definitivamente a saúde das pessoas no circuito das preocupações governamentais. As epidemias, as condições e os acidentes de trabalho, a subnutrição e a qualidade das moradias formavam um todo indissociável que gerava descontentamento junto aos setores organizados da sociedade, originando movimentos sociais.

A história da saúde pública no Brasil é, em larga medida, uma história de combate aos grandes surtos epidêmicos em áreas urbanas e às denominadas endemias rurais, como a malária, a doença de Chagas e a ancilostomose. Em contraste com o que ocorrera durante as epidemias de febre amarela, essa doença afetava indistintamente brancos e negros e chegou a ser apontada como principal responsável pela apatia do trabalhador brasileiro e pela “nacionalização” do imigrante europeu. (LIMA, 2002, p. 40).

À moda europeia, o processo de industrialização brasileiro também modificou o modus operandi da saúde pública, redefinindo mecanismos de intervenção e delineando ações diferenciadas, ultrapassando apenas a esfera higienizadora proposta pelo modelo sanitaria campanhista (traduzido por um estilo repressivo com inspiração militar, combatia doenças de massa, intervindo sobre os corpos individual e social para garantir as exportações). Destaque posto para a organização dos movimentos sociais



contra as medidas ineficazes de saúde, a exemplo da Liga Pró-Saneamento (1918), que defendia a ampliação das intervenções estatais às populações rurais. Como resposta surgem o Serviço de Profilaxia Rural (1918) e o Departamento Nacional de Saúde Pública (1920), que passaram a controlar as epidemias e endemias rurais (PONTES, 2007, p.96-107). São estabelecidas as bases de implantação e consolidação da Assistência Médica da Previdência Social, que caracterizou o modelo médico assistencial privatista.

Em 1919, surge a primeira intervenção do Estado na área de seguro social para assalariados do setor privado: o seguro de acidentes de trabalho. A partir da década de 1920, através da Lei Elói Chaves, surge a Previdência Social no Brasil (1923) e cria-se a primeira Caixa de Aposentadorias e Pensões (CAP), destinada aos ferroviários.

Ao final de 1932, existiam 140 CAPs com quase 19 mil segurados ativos, 10.300 aposentados e aproximadamente 8.800 pensionistas. Entre as prestações oferecidas aos segurados das CAPs, constavam, além das de natureza previdenciária, a assistência médica e o fornecimento de medicamentos. (MERCADANTE, 2007, p.237).

Na década de 1930, inicia-se a formação dos Institutos de Aposentadorias e Pensões (IAPs), institucionalizando o seguro social através do setor no qual o trabalhador estava inserido. Essa divisão por setores acabava fragmentando ainda mais as classes assalariadas urbanas e reforçando dicotomias que se iniciaram com a criação das CAPs.

Retomando o fio condutor da análise, enquanto nos anos 1920 a assistência médica era atribuição das CAPs, a partir da década de 1930 passara a coabitar com os IAPs e, segundo Mendes (1995, p.21) “a Previdência Social possuía um caráter contencionista e a assistência médica colocava-se como função provisória e secundária”.

As ações de saúde são reiteradamente fragmentadas. Manteve-se a perspectiva pública das campanhas sanitárias e de caráter coletivo, ao passo que as classes trabalhadoras passaram a utilizar serviços médicos privados, credenciados pelas CAPs. Os demais, “excluídos” dos processos de produção e reprodução do trabalho formal, eram assistidos pelas instituições de caráter filantrópico.

Começava a evidenciar-se uma característica da saúde em nosso país: a concepção da assistência médica muito mais restrita que a saúde, como pertinente à esfera privada e não pública.

Não se constitui, portanto, saúde como um direito do cidadão e muito menos dever do Estado, mas sim a assistência médica como um serviço ao qual se

tem acesso a partir da clivagem inicial da inserção no mercado de trabalho formal e para o qual se tem que contribuir com um percentual do salário, sempre por um meio de contrato compulsório. (COHN, 1991, p.15).

Com o avanço da industrialização, por volta da década de 1950, a saúde individual do trabalhador adquire maior relevância, considerando sua capacidade produtiva e importância para o desenvolvimentismo.

Nos regimes populistas houve uma crescente politização das relações sociais, e o mecanismo institucional previdenciário foi fundamental na cooptação de frações dos trabalhadores ao projeto estatal, ao mesmo tempo que funcionava como canal eficiente de escoamento da demanda política e social destes grupos. O resultado desse processo foi a criação e a consolidação de sistemas previdenciários iníquos e pouco abrangentes, que mesmo assim, representavam um avanço significativo nas condições de vida da população trabalhadora coberta pelo sistema. (TEIXEIRA, 2011, p.26)

A assistência, centrada em hospitais, trouxe um modelo de medicina voltado para a doença em seus aspectos individuais e biológicos, nas especialidades médicas e no uso intensivo de tecnologia: a medicina científica ou flexneriana.

Com a instauração do regime militar em 1964, os IAPS foram unificados no Instituto Nacional de Previdência Social (INPS), que manteve seu foco na assistência à saúde individual. O modelo biomédico de atendimento foi expandido, através de financiamentos e compra de hospitais privados (SILVA JÚNIOR; ALVES, 2007, p. 28-29).

A unificação do sistema previdenciário ao INPS gerou descontentamento em algumas categorias profissionais, que recebiam benefícios diferenciados. Passam a pressionar os serviços previdenciários de saúde, pois não possuíam mais outro serviço alternativo, quer estatal, quer privado. A criação do INPS veio conformar o modelo médico assistencial privatista, ocorrendo uma profunda diferenciação entre os setores urbano e rural, no sentido de acesso a equipamentos médicos e estigmatização da clientela.

Acerca do caráter discriminatório das políticas de saúde, ressalta Mendes (1995) “delineava-se, assim, o processo que se consolidou na década de 80 e que veio a ser denominado ‘universalização excludente’ das políticas de saúde” (MENDES, 1995, p. 23).

Findado o período de expansão econômica e abertura gradual da política, diversas reformulações passam a delinear novos contornos para as políticas de saúde no Brasil. Em meados dos anos 1970, cria-se o Ministério da Previdência e Assistência Social (MPAS), institui-se o Fundo de Apoio ao Desenvolvimento Social (FAS) e a DATAPREV (Empresa de Tecnologia e Informações da Previdência Social), responsável pelo controle e avaliação dos serviços de saúde. Concomitantemente, o Estado incentivava

financeiramente o crescimento do setor privado. O modelo posto até então já demonstrava inadequação à realidade brasileira. Teixeira (2011) aponta os sintomas:

A prática médica dominante, curativa, sofisticada e especializada não era capaz de alterar o perfil de morbi-mortalidade no qual persistiam doenças facilmente evitáveis com medidas simples de caráter preventivo. Ademais, os custos crescentes do cuidado médico inviabilizavam a expansão da cobertura;

A ausência de critérios para compra de serviços aos hospitais privados era incompatível com as necessidades crescentes de coordenação e planejamento da rede prestadora de serviços;

O alto grau de centralização e fragmentação em dois ministérios responsáveis pela política de saúde criava superposições, descoordenações, ausência de controle, etc., reduzindo a eficácia e a eficiência da ação governamental (TEIXEIRA (2011, p.27-28).

Até os anos 1980, prevalecia a lógica do favorecimento do setor privado da assistência médica. Constituíam-se um modo de articulação entre o Estado e o empresariado que veio viabilizar o nascimento e o desenvolvimento do subsistema que viria tornar-se hegemônico na década de 1980: o da atenção médica supletiva.

Contudo, na contramarcha desta realidade, começam a surgir movimentos contra hegemônicos que viriam a conformar-se como a Reforma Sanitária Brasileira. A busca da construção de uma nova ideologia e a mudança das relações sociais existentes era também a busca pela democratização não só da economia, mas também da política. Neste processo os intelectuais exerceram papel preponderante. Aparecem em níveis político e ideológico o CEBES - Centro Brasileiro de Estudos em Saúde (1976) e a ABRASCO – Associação Brasileira de Pós-Graduação em Saúde Coletiva (1979), que começam a gestar uma proposta alternativa ao modelo de saúde vigente.

Importante ressaltar que as lutas empreendidas pela mudança dos modelos de atenção à saúde no Brasil foram ao longo da história do próprio país pautadas por desafios e conquistas, que se inseriam na arena histórica da transformação e/ou manutenção de práticas e concepções contraditórias, onde “novos” e “velhos” modelos tecnoassistenciais coabitavam, reproduzindo-se a partir da interlocução de seus atores. Como parte desta construção histórica, o movimento da Reforma Sanitária consolidou-se nas décadas de 1970 e 1980, fornecendo os elementos para impulsionar a conquista do direito à saúde, possibilitando a busca da superação de um modelo médico assistencial privatista, de caráter curativo e médico-centrado. É no contexto de uma grave crise econômica e do processo de redemocratização do país, que as políticas de saúde das décadas de 1980 e 1990 vão sedimentar-se.

Não obstante aos desafios empreendidos no mundo inteiro, os movimentos brasileiros também sofreram influências das discussões realizadas em instâncias internacionais, que objetivavam construir os caminhos para a saúde de todos os povos. Em 1978, foi realizada no Kazaquistão a primeira Conferência Internacional sobre Cuidados Primários de Saúde, organizada pela Organização Mundial de Saúde (OMS) e Fundo das Nações Unidas para a Infância (UNICEF) em Alma-Ata, capital do país. A reafirmação da saúde como direito fundamental e sua configuração como meta mundial, passou a balizar com mais intensidade o escopo das políticas voltadas para a promoção da saúde em todo o mundo.

De acordo com a Declaração de Alma-Ata, ações dos diferentes atores internacionais no sentido de diminuir as diferenças no desenvolvimento econômico e social dos países deveriam ser estimuladas para que se atingisse a meta de saúde para todos no ano 2000, reduzindo-se a lacuna existente entre o estado de saúde dos países em desenvolvimento e desenvolvidos. Naquela ocasião, chegou-se ao consenso de que a promoção e proteção da saúde dos povos são essenciais para o contínuo desenvolvimento econômico e social e, conseqüentemente, condição única para a melhoria da qualidade de vida dos homens e para a paz mundial. (COSTA MENDES, 2004, p.447).

A 8ª Conferência Nacional de Saúde (CNS), ocorrida no Brasil em 1986, vai considerar em sua concepção de saúde a multifatorialidade de sua produção e reprodução, conduzindo a discussão para uma luta mais ampla, que envolveu em sua perspectiva ideológica a necessidade de transformação da sociedade, levando em consideração os fatores econômicos, sociais e culturais, considerando, portanto, as condições de alimentação, habitação, renda, meio ambiente, trabalho, entre outros determinantes. É considerado o evento político-sanitário mais importante da década, constituindo-se o momento apical da Reforma Sanitária.

A Reforma Sanitária pode ser conceituada como um projeto modernizador e democratizante de transformação nos âmbitos político-jurídico, político institucional e político-operativo, para dar conta da saúde dos cidadãos, entendida como direito universal a ser suportada por um Sistema Único de Saúde. (MENDES, 1995, p.42).

A ratificação da saúde como direito agregou à luta novos elementos e impulsionou a consolidação desta perspectiva sob a ótica da legalidade.

O reconhecimento da saúde como direito inerente à cidadania, o conseqüente dever do Estado na promoção desse direito, a instituição de um sistema único de saúde, tendo como princípios a universalidade e integralidade da atenção, a descentralização, com comando único em cada esfera de governo, como forma de organização e a participação popular como instrumento

de controle social, foram teses defendidas na VIII CNS que se incorporaram ao novo texto constitucional. (MERCADANTE, 2002, p. 245).

As bases para a formulação do Sistema Único de Saúde seriam definitivamente criadas a partir do texto constitucional de 1988, oferecendo também os contornos para um novo modelo de atenção, embasados nos princípios da universalidade, equidade e integralidade da assistência. Os caminhos para a transição de um modelo baseado na assistência médico-hospitalar começam a ser construídos, a partir da substituição deste por um modelo voltado para a promoção e vigilância à saúde.

### **Do marco da carta de Ottawa às políticas nacionais de promoção da saúde e de atenção básica**

No percurso da construção de um novo modelo de assistência à saúde no Brasil, transformações significativas nas políticas públicas de saúde passaram a fazer parte da agenda nacional, que sofreu influência das discussões mundiais. Buscando superar a orientação centrada no controle das doenças, missões de observação da OMS (Organização Mundial de Saúde) produz o Relatório Lalonde em 1974 (Uma Nova Perspectiva na Saúde dos Canadenses) e o Relatório Epp em 1986 (Alcançando Saúde Para Todos). São acontecimentos que convergiram com a formação do novo paradigma formalizado em Alma-Ata, ainda em 1978.

Em 1986, na Conferência Mundial do Canadá, elaborou-se a Carta de Ottawa, que iria nortear campos de ação da promoção da saúde, ressaltando a equidade como princípio fundamental. A Carta de Ottawa trouxe para o centro das políticas de saúde a compreensão dos determinantes sociais no processo saúde-doença e influenciou as ações, considerando que uma transformação societária só é possível com a transformação da saúde da humanidade.

Com o objetivo de trazer “Saúde para Todos no Ano 2000”, a Conferência configurou-se como resposta à crescente demanda por saúde pública em todo o mundo. O centro das discussões foram os países industrializados, mas ampliou-se o debate também para problemas de saúde de outras regiões.

Tendo como ponto de partida a Declaração de Alma-Ata e os caminhos percorridos pelas políticas de saúde desde então, a Carta de Ottawa firmou a promoção da Saúde como estratégia a ser defendida e perseguida pelas nações para assegurar melhorias na saúde da coletividade humana. O texto do documento traz o seguinte conceito:

Promoção da saúde é o nome dado ao processo de capacitação da comunidade para atuar na melhoria de sua qualidade de vida e saúde, incluindo uma maior participação no controle deste processo. Para atingir um estado de completo bem-estar físico, mental e social os indivíduos e grupos devem saber identificar aspirações, satisfazer necessidades e modificar favoravel-

mente o meio ambiente. A saúde deve ser vista como um recurso para a vida, e não como objetivo de viver. (BRASIL, 2002).

Este *démarche* da construção das políticas públicas de saúde introduziu a participação das populações para a obtenção de um estilo de vida saudável e influenciou diretamente as legislações posteriores, considerando a saúde como “o maior recurso para o desenvolvimento social, econômico e pessoal, assim como uma importante dimensão da qualidade de vida” (BRASIL, 2002). Foram elaborados os subsídios para direcionar mudanças significativas nos caminhos das políticas de saúde no mundo inteiro, apontando como recursos fundamentais para a saúde: paz, habitação, alimentação, renda, ecossistema saudável, recursos sustentáveis, justiça social e equidade.

Neste sentido, percebe-se uma evolução conceitual que expõe a compreensão histórica acerca dos princípios defendidos em Alma-Ata (referentes à APS), Promoção de Saúde e Cidades Saudáveis, demonstrando como as discussões foram realizadas e mudanças dos modelos assistenciais à saúde sendo depreendidos a partir daí.

A importância das discussões realizadas e das mudanças paradigmáticas sobre a saúde fizeram parte do arcabouço teórico que impulsionou a luta da Reforma Sanitária no Brasil e a consequente formulação do Sistema Único de Saúde (SUS) brasileiro. Os artigos 196, 197 e 198 da Constituição Federal de 1988 asseguraram o acesso universal aos serviços de saúde sem discriminação de qualquer natureza e estabeleceram diretrizes que subsidiaram a formulação da Lei 8080/90 que regulamentou o SUS, garantindo a gratuidade da atenção e estabelecendo princípios e diretrizes para a estruturação dos serviços de saúde.

Art. 196. A saúde é direito de todos e dever do Estado, garantido mediante políticas sociais e econômicas que visem à redução do risco de doença e de outros agravos e ao acesso universal e igualitário às ações e serviços para sua promoção, proteção e recuperação.

Art. 197. São de relevância pública as ações e serviços de saúde, cabendo ao Poder Público dispor, nos termos da lei, sobre sua regulamentação, fiscalização e controle, devendo sua execução ser feita diretamente ou através de terceiros e, também, por pessoa física ou jurídica de direito privado.

Art. 198. As ações e serviços públicos de saúde integram uma rede regionalizada e hierarquizada e constituem um sistema único, organizado de acordo com as seguintes diretrizes:

- I - descentralização, com direção única em cada esfera de governo;
- II - atendimento integral, com prioridade para as atividades preventivas, sem prejuízo dos serviços assistenciais;
- III - participação da comunidade. (BRASIL, 1999).

Com a implantação do SUS, transformações paradigmáticas aconteceram nas políticas públicas de saúde. A principal delas foi o fim da separação entre aqueles que produziam economicamente ligados ao mercado formal de trabalho e os ditos “excluídos”,

que recebiam assistência ambulatorial e hospitalar prestada por entidades filantrópicas aos indigentes.

O marco histórico do direito à saúde estava fundamentalmente lançado na história brasileira. O rompimento com a centralização e com a concepção de cidadania vinculada à inserção no mercado formal de trabalho tornou-se o mote legal. Os caminhos para tornar o “legal” em “real” constituem-se processos de longo amadurecimento e muitas lutas políticas e sociais. Neste interim encontram-se as três esferas de governo e a população, que adquire status de sujeito a partir da participação comunitária e do controle social.

A Promoção da Saúde, defendida em Alma-Ata (1978) e posteriormente em Ottawa (1996), configura-se como eixo estrutural das políticas de saúde propostas pelo novo modelo de atenção à saúde que vai sendo delineado. Neste contexto, em 2006, a Política Nacional de Promoção da Saúde (PNPS) é lançada pelo MS, originada da Agenda de Compromisso pela Saúde (2005) e pelos Pactos realizados (Pacto em Defesa do SUS; Pacto em Defesa da Vida e Pacto pela Gestão). Constituindo-se o Pacto em Defesa da Vida uma das macro-prioridades, destaca-se

[...] o aprimoramento do acesso e da qualidade dos serviços prestados no SUS, com ênfase para o fortalecimento e qualificação estratégica da Saúde da Família; a Promoção, Informação e Educação em Saúde com ênfase na Promoção de atividade física, na Promoção de hábitos saudáveis de alimentação e de vida, controle do tabagismo; controle do uso abusivo de bebida alcoólica; cuidados especiais voltados para o processo de envelhecimento. (BRASIL, 2010).

Nesta perspectiva, a saúde é compreendida como um resultado dos modos de produção e reprodução da força de trabalho, considerados o contexto histórico. O conceito ampliado de saúde, resultante da 8ª Conferência Nacional de Saúde, impele a criação de políticas públicas que a promovam, a partir da participação social, das tecnologias disponíveis e do cuidado. “Nesse sentido, o SUS, como política do Estado brasileiro pela melhoria da qualidade de vida e pela afirmação do direito à vida e à saúde, dialoga com as reflexões e os movimentos no âmbito da promoção da saúde” (BRASIL, 2006).

A promoção da saúde no SUS vai enfatizar os aspectos que determinam o processo saúde-adoecimento e potencializar estratégias amplas para intervir nesta realidade, na qual expressões da questão social fazem parte do cotidiano da nação.

Em estreita relação com a vigilância sanitária e propondo o trabalho em rede com as demais estruturas do poder público e a sociedade civil organizada, a PNPS é uma estratégia transversal, que “realiza-se na articulação do sujeito/coletivo, público/privado, Estado/sociedade, clínica/política, setor sanitário/outros setores, visando romper com a excessiva fragmentação na abordagem do processo saúde-adoecimento e reduzir a vulnerabilidade, os riscos e os danos que nele se produzem” (BRASIL, 2006).

Constitui-se seu maior objetivo promover a qualidade de vida e reduzir a vulnerabilidade e riscos à saúde a partir de uma compreensão ampliada de saúde.

Neste mesmo ano, é aprovada a Política Nacional de Atenção Básica no Brasil, através da Portaria nº 648/GM de março de 2006, considerando a necessidade de reorganizar a APS no Brasil. Em termos legais, a nova política é fruto da confluência de teorias e práticas que já eram desenvolvidas no país, a exemplo dos Programas Agentes Comunitários de Saúde e Programa Saúde da Família (PACS e PSF), explanados a seguir.

## Do programa agente comunitário de saúde aos núcleos de apoio à saúde da família

É a partir da consolidação do SUS, enquanto política pública, que a Atenção Primária em Saúde vai se estabelecer enquanto

[...] primeiro contato na rede assistencial dentro do sistema de saúde, caracterizando-se, principalmente pela continuidade e integralidade da atenção, além de representar a coordenação da assistência dentro do próprio sistema, da atenção centrada na família, da orientação e participação comunitária e da competência cultural. (BRASIL, 2010b).

Esta visão vai de encontro ao modelo médico-centrado, focado na especialização excessiva, propondo uma compreensão do ser humano em sua totalidade. Assim, torna-se importante a atenção holística que leve em consideração todos os determinantes do estado de saúde.

Enquanto ideia e nomenclatura, a APS foi utilizada para descrever sistemas de saúde pela primeira vez em 1920, em um documento inglês intitulado Relatório Dawson. O documento inglês contrapunha-se ao modelo americano curativo de alto custo e focado na atenção individual (flexneriano). O governo da Inglaterra encontrava-se preocupado com os altos custos, a crescente atenção médica e a baixa resolutividade dos problemas. (FAUSTO; MOTTA, 2007, p.44).

A concepção fundamentada a partir deste relatório influenciou diretamente a organização dos sistemas de saúde do mundo inteiro, propondo um modelo de atenção em centros primários e secundários, serviços domiciliares, serviços suplementares e hospitais de ensino. Assim, a APS vem sendo adotada como modelo em diversos países desde a década de 1960. No Brasil ela é reflexo dos princípios da Reforma Sanitária e leva o SUS a designá-la Atenção Básica à Saúde (ABS). O objetivo da designação é “ênfatar a reorientação do modelo assistencial, com base em um sistema universal e integrado de atenção à saúde. Isto significa afirmar que diversos sentidos de APS estão em disputa na produção acadêmica e política no campo das políticas de planejamento



em saúde” (FAUSTO e MATTA, 2007, p.43). Sobre a importância da APS no contexto da Promoção da Saúde e na defesa de que os custos para a saúde pública tornam-se menores a partir do investimento em ações neste nível de atenção, Starfield (2002) acrescenta:

Um sistema de saúde orientado para a subespecialização possui outro problema: ele ameaça os objetivos da equidade. Nenhuma sociedade possui recursos ilimitados para fornecer serviços de saúde. A atenção subespecializada é mais cara do que a atenção primária e, portanto, menos acessível para os indivíduos com menos recursos poderem pagar por ela. Além disso, os recursos necessários para a atenção altamente técnica orientada para a enfermidade competem com aqueles exigidos para oferecer serviços básicos, especialmente para as pessoas que não podem pagar por eles (STARFIELD, 2002, p. 21).

Corroboram o fortalecimento da APS as ideias da medicina preventiva e comunitária, baseada em uma abordagem integral, com atenção médica aproximada do ambiente no qual os indivíduos e famílias vivem. Assim, reforça-se a ideia dos níveis de atenção, sendo a APS localizada na fase inicial do cuidado e reguladora dos encaminhamentos para os outros níveis de atenção.

Importante pontuar que, em termos conceituais, a APS tem como marco a Conferência de Alma-Ata, mencionada anteriormente. O documento resultante descreve as ações mínimas necessárias para o desenvolvimento da APS:

[...] educação em saúde voltada para a prevenção e proteção; distribuição de alimentos e nutrição apropriada; tratamento da água e saneamento; saúde materno-infantil; planejamento familiar; imunização; prevenção e controle das doenças endêmicas; tratamento de doenças e lesões comuns; fornecimento de medicamentos essenciais. (FAUSTO; MATTA, 2007, p.47).

Esta lógica promovia ainda conflitos com o próprio sistema capitalista, pois a OMS enfrentou resistência oriundas dos interesses das indústrias de leite e de medicamentos, pois o aleitamento materno e a fabricação de medicamentos essenciais passaram a ser propostos pelas práticas da APS.

No Relatório Mundial de Saúde de 2008 – Atenção Primária em Saúde – Agora Mais do que Nunca, a APS é compreendida como o nível de atenção à saúde que vai “dar prioridade às pessoas”, devido às suas características.

Estas características são: a orientação para a pessoa, a abrangência e integração e a continuidade dos cuidados, assim como a existência de um ponto de entrada regular no sistema de saúde, de modo a tornar possível construir

uma relação de confiança entre as pessoas e os seus prestadores de cuidados de saúde. (OMS, 2008, p. 44).

Uma compreensão diferenciada dos modelos tecnoassistenciais, com base na APS, vai impelir a construção de dispositivos de saúde que favoreçam o desenvolvimento das ações centradas na família, considerando como prioritárias as ações de promoção da saúde, através de uma mudança de ênfase nos cuidados especializados para cuidados generalistas ambulatoriais, com responsabilidade por uma população definida e capacidade para coordenar os apoios necessários dos hospitais, dos serviços especializados e das organizações da sociedade civil.

O documento traz ainda uma importante contribuição que colabora para distinguir os cuidados de saúde convencionais dos cuidados primários orientados para as pessoas, destacando as seguintes características da APS: centrada nas necessidades da saúde; relação personalizada duradoura; abrangência, continuidade e orientação para a pessoa; responsabilidade pela saúde de todos na comunidade durante o ciclo de vida e a participação das pessoas na gestão da sua própria doença e da saúde de sua comunidade. (OMS, 2008, p.45).

Entretanto, as inovações propostas pela APS, no que diz respeito aos modelos assistenciais de saúde, encontraram terreno precário para desenvolvimento em muitos países, o que distanciou a proposta colocada em prática dos princípios de Alma-Ata. No caso brasileiro, os problemas econômicos dos anos 1990 originados do sistema neoliberal promoveu também o subfinanciamento do SUS. Os problemas sistêmicos da economia no Brasil no período em questão eram enfrentados através do receituário do Fundo Monetário Internacional (FMI). Impactaram o SUS devido ao subfinanciamento, mas também trouxeram efeitos negativos à carência estrutural da rede básica de saúde e limitações operativas ao modelo tradicional de APS centrado na doença e, em consequência, no modelo médico e nas práticas curativas. (BRASIL, 2009, p. 43).

No intuito de enfrentamento das adversidades para a consolidação do SUS, a chamada “reforma da reforma” foi desenvolvida promovendo uma mudança nos caminhos operacionais da política de saúde. Os impactos seriam nas formas de organização dos serviços. Nas modalidades de alocação de recursos e formas de remuneração das ações de saúde e no modelo assistencial. (BRASIL, 2009).

O esforço brasileiro de superação da “crise do modelo assistencial” e de retomada dos princípios do SUS e da APS, expressos em Alma-Ata, passa a se concretizar a partir de 1994, com a implantação progressiva do Programa Saúde da Família (PSF). Essa iniciativa foi precedida pelo Programa Agentes de Saúde (PAS), implantado no estado do Ceará em 1987, e pelo Programa de Agentes Comunitários de Saúde (PACS), implantado em 1991, que pela primeira vez na história do SUS enfoca a família e não o indivíduo, e introduz a noção de área de cobertura.

O Programa de Saúde da Família (PSF) vai se configurar com o propósito de “superção de um modelo de assistência à saúde, responsável pela ‘ineficiência do setor’; ‘insatisfação da população’; ‘desqualificação profissional’; ‘iniquidades’”. (FRANCO; MERHY, 2007, p. 55). Constituir-se-á resposta à crítica ao modelo assistencial centrado em uma visão biologicista do processo saúde-doença.

O objetivo central do PSF consistia em reorganizar as práticas assistenciais em saúde, centrando a atenção no cuidado à família, percebida em seu próprio contexto, ampliando a capacidade de intervenção para além das práticas reiteradamente curativas. É de caráter substitutivo, promovendo um novo processo de trabalho, centrado na vigilância à saúde; sendo o primeiro nível de ações e serviços de saúde, recebendo neste momento a denominação de Atenção Básica. É também o coordenador da rede de assistência, garantindo a integralidade do cuidado da população usuária, trabalhando com adscrição e territorialização da clientela a partir de uma equipe multiprofissional. A nova cartografia proposta pelo PSF requer a responsabilização da equipe pelo cuidado com as pessoas do território de referência. (FRANCO; MERHY, 2007, p. 57).

A equipe é composta de profissionais de especialidades distintas e tem suas funções normatizadas pelo Ministério da Saúde, configurando enquanto ação estratégica para a construção do novo modelo de saúde, evoluindo assim para Estratégia Saúde da Família (ESF) em 1998.

[*O Saúde da Família*] Tem sido apontado como estratégico para a construção de um novo modelo de atenção à saúde, sendo que a redefinição do processo de trabalho com a articulação/integração de várias práticas profissionais na perspectiva interdisciplinar é um de seus principais desafios. (SCHERER e PIRES, 2009).

Essa percepção corrobora a concepção ampliada de saúde, na qual os profissionais de saúde trabalhem para além dos agravos em saúde, mas atuando com os riscos à saúde presentes nos modos de vida dos grupos, comunidades, famílias e indivíduos, numa perspectiva interdisciplinar. Todavia, Franco e Merhy (2007) chamam a atenção sobre a organização do trabalho da equipe, que apesar de ser um “conjunto” de vários profissionais com diversos saberes, “nada garante que haverá ruptura com a dinâmica médico-centrada” (FRANCO e MERHY, 2007, p. 105). Tal constatação deve-se ao fato de que o programa modifica a estrutura, mas não determina a dinâmica dos micro-processos do trabalho em saúde, no cotidiano das práticas profissionais, que são em última instância os definidores do perfil da assistência.

A estruturação do PSF, transformado em ESF, é o grande centro da Política Nacional da Atenção Básica (PNAB) - nomenclatura que substitui o termo Atenção Primária à Saúde (APS) no campo das discussões conceituais da legislação. A PNAB coloca como prioridade a Saúde da Família, explícita no documento organizado pelo Ministério da Saúde através da Portaria GM/648 de 28 de março de 2006 (BRASIL, 2006).

Define ainda que, em termos operacionais, as ações estratégicas da Atenção Básica (AB) devem voltar-se para a eliminação da “hanseníase, o controle da tuberculose, o controle da hipertensão arterial, o controle do diabetes mellitus, a eliminação da desnutrição infantil, a saúde da criança, a saúde da mulher, a saúde do idoso, a saúde bucal e a promoção da saúde. Outras áreas serão definidas regionalmente de acordo com prioridades e pactuações definidas nas CIBs (Comissão Intergestores Bipartite)” (BRASIL, 2006).

A PNAB foi atualizada em 2011, através da portaria nº 2.488, de 21 de outubro de 2011, que estabelece a revisão de diretrizes e normas para a organização da Atenção Básica, para a Estratégia Saúde da Família (ESF) e o Programa de Agentes Comunitários de Saúde (PACS). Considera os termos Atenção Primária à Saúde (APS) e Atenção Básica (AB) como equivalentes e reitera princípios e diretrizes expostos na PNAB de 2006. (BRASIL, 2011).

Na nova PNAB, os Núcleos de Apoio à Saúde da Família (NASF) estão definidos e regulamentados. Os NASF são dispositivos de apoio a ESF criados ainda em 2008, mediante a Portaria GM nº 154, de 24 de janeiro, com o objetivo de apoiar a inserção da ESF na rede de serviços, ampliando abrangência, resolutividade e ampliação das ações da APS no Brasil. É este campo de atuação em construção que se constitui espaço por excelência desta pesquisa. É no âmbito dos NASF que princípios da APS e as Equipes de Saúde da Família (EqSF) ganham força e ampliam sua capacidade de intervenção, a partir das relações estabelecidas com os profissionais da equipe de apoio.

Retomando a perspectiva que compreende e determina sob o escopo da legalidade a APS como a “porta de entrada prioritária” do SUS, que pressupõe o direito à saúde e a equidade no cuidado, estruturada a partir de uma lógica hierárquica e regionalizada, os NASF constituem-se uma reorientação do modelo de atenção em nosso país. (BRASIL, 2010b, p.7). Enfatizado em sua nomenclatura, os NASF surgem para “apoiar” a inserção da ESF na rede de serviços e ampliar a abrangência, a resolutividade, a territorialização, a regionalização, bem como a ampliação das ações da APS no Brasil (BRASIL, 2010b, p.7). Na portaria GM nº 154, de 24 de janeiro de 2008, são expressas as condições para a implantação dos NASF, bem como os pressupostos que devem embasar suas práticas. Em seu Art.2º, a portaria define a composição dos NASF:

Art. 2º Estabelecer que os Núcleos de Apoio à Saúde da Família – NASF constituídos por equipes compostas por profissionais de diferentes áreas de conhecimento, atuem em parceria com os profissionais das Equipes Saúde da Família – ESF, compartilhando práticas em saúde nos territórios sob responsabilidade das ESF, atuando diretamente no apoio às equipes e na unidade na qual o NASF estará cadastrado. (BRASIL, 2008).

O Caderno de Atenção Básica Nº 27 - Diretrizes do NASF: Núcleos de Apoio à Saúde da Família é documento norteador para a compreensão da finalidade dos NASF, assim

como possibilita às equipes o entendimento sobre as áreas de atuação, estratégias de intervenção e, principalmente, a natureza interdisciplinar do trabalho a ser desenvolvido pelos profissionais que compõem estas equipes. A portaria GM/MS nº 2488/2011, que aprova a nova PNAB, vai apresentar algumas alterações na estruturação dos NASF. Além de atuarem integradamente com as EqSF, as equipes de NASF também devem apoiar equipes que atuam em consultórios na rua, equipes fluviais, entre outras.

Conectando os NASF às diretrizes relativas à APS, sua atuação deve estar vinculada à “ação interdisciplinar e intersetorial; educação permanente em saúde dos profissionais e da população; desenvolvimento da noção de território; integralidade; participação social; educação popular; promoção da saúde e humanização” (BRASIL, 2010b, p.7). Destacam-se o apoio e o compartilhamento de responsabilidades como aspectos centrais da missão dos NASF. Desafios essenciais estão permanentemente colocados à APS, como ampliação progressiva da cobertura populacional e sua integração à rede assistencial, ligados tanto ao aumento de sua resolutividade quanto à sua capacidade de compartilhar e fazer a coordenação do cuidado. Os NASF, como organismo vinculado à EqSF, compartilham tais desafios e devem contribuir para o aumento da resolutividade e a efetivação da coordenação integrada do cuidado na APS. (BRASIL, 2010b, p.14).

A principal diretriz a ser praticada pelos NASF é a integralidade do cuidado, que leva em consideração seu contexto social, familiar e cultural e com garantia de cuidado longitudinal; organiza as práticas de saúde integrando ações de promoção, prevenção, reabilitação e cura, além de organizar o sistema de saúde para o acesso às redes de atenção em uma perspectiva intersetorial.

Esta compreensão acerca da integralidade no contexto dos serviços de saúde reconhece que esta é um processo em construção, um constante devir. Diante deste desafio, os NASF constituem-se apoio, mas devem ratificar em suas práticas a resolutividade, a qualidade do cuidado e as ações de promoção de saúde.

Segundo o Caderno Nº 27, Diretrizes dos NASF, outros princípios devem orientar as ações desenvolvidas pelas equipes. São apresentados como princípios para o trabalho dos NASF: território, educação popular em saúde, interdisciplinaridade, participação social, intersetorialidade, educação permanente em saúde e promoção da saúde. A promoção da saúde destaca-se como:

[...] uma das estratégias de organização da gestão e das práticas em saúde, não deve ser compreendida apenas como um conjunto de procedimentos que informam e capacitam indivíduos e organizações, ou que buscam controlar as condições de saúde em grupos populacionais específicos. Sua maior contribuição a profissionais e equipes é a compreensão de que modos de viver de homens e mulheres são produtos e produtores de transformações econômicas, políticas, sociais e culturais. (BRASIL (2010b, p.18-19).

O trabalho dos NASF requer um nível de integração bastante fortalecido, pela necessidade imposta através da PNAB de revisão da prática do encaminhamento com base nos processos de referência e contrareferência, ampliando para um processo de compartilhamento de casos e acompanhamento longitudinal de responsabilidade das equipes de atenção básica. Uma atuação que exigirá um esforço para contribuir com a integralidade do cuidado aos usuários do SUS a partir da discussão de casos, interconsulta, construção conjunta de projetos terapêuticos, educação permanente, intervenções no território e na saúde de grupos populacionais e da coletividade, ações intersetoriais, ações de prevenção e promoção da saúde.

### Algumas considerações

A evolução das políticas de saúde no Brasil denota expressiva mudança na forma de organizar a atenção à saúde, conjugando muitas vezes interesses em oposição e, entre rupturas e continuidades, vai buscando a consolidação de um modelo de saúde que privilegie a promoção da saúde. A ESF é consequência de um processo de tensão com o modelo de saúde hegemônico até então. A ampliação de sua atuação, a exemplo da própria estruturação dos NASF, é demonstrativo de que o Estado brasileiro tem investido nesta proposta.

Importante esclarecer que esta discussão não apresentou como finalidade a apreensão crítica sobre os elementos desafiadores da implementação da ESF e da promoção da saúde. Todavia, apesar de seu caráter mais descritivo, consideramos que as políticas públicas são espaços de luta em potencial. A perspectiva da promoção da saúde está consolidada sob a égide de uma legislação que a ampara e de instrumentos originados deste entendimento. São estes elementos que possibilitam a organização de ações que podem consolidar suas proposições, transformando-as em realidade, empoderando os sujeitos que a constroem.

Há ainda uma boa distância a ser percorrida para que as diretrizes postas para a ESF atinjam todos os objetivos para os quais foram pensadas, aqui destacando-se a perspectiva da promoção da saúde. Todavia, entender a trajetória percorrida nos parece impulsionar a caminhada que ainda falta.

### Referências

ANDRADE, L.O.M. de. BARRETO, I.C.de H. C.; PAULA, J.B.de. **Promoção da Saúde: aspectos históricos e conceituais.** Promoção da Saúde no Contexto da Estratégia Saúde da Família, Campinas, Saberes, 2011.

BRASIL. **Constituição da República Federativa do Brasil de 1988.** Brasília, Senado Federal, Subsecretaria de Edições Técnicas, 1999.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. As Cartas da Promoção da Saúde. Brasília, Ministério da Saúde, 2002.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. Portaria GM nº 648, de 28 de Março de 2006. Aprova a Política Nacional de Atenção Básica, estabelecendo a revisão de diretrizes e normas para a organização da Atenção Básica para o Programa Saúde da Família (PSF) e o Programa Agentes Comunitários de Saúde (PACS). Brasília, Ministério da Saúde, 2006.

\_\_\_\_\_. Conselho Nacional dos Secretários de Saúde. SUS: avanços e desafios. Brasília, CONASS, 2006b.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. Portaria GM nº. 154, de 24 de Janeiro de 2008. Cria os Núcleos de Apoio à Saúde da Família \_ NASF. Brasília, Ministério da Saúde, 2008.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. Saúde Brasil 2008: 20 anos de Sistema Único de Saúde (SUS) no Brasil. Brasília, Ministério da Saúde, 2009.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Política Nacional de Promoção da Saúde. Brasília, Ministério da Saúde, 2010.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. Cadernos de Atenção Básica: Diretrizes do NASF: Núcleo de Apoio à Saúde da Família. Brasília, Ministério da Saúde, 2010b.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. Portaria GM nº 2488, de 21 de Outubro de 2011. Aprova a Política Nacional de Atenção Básica, estabelecendo a revisão de diretrizes e normas para a organização da Atenção Básica para o Programa Saúde da Família (PSF) e o Programa Agentes Comunitários de Saúde (PACS). Brasília, Ministério da Saúde, 2011.

\_\_\_\_\_. Conselho Nacional dos Secretários de Saúde. Sistema Único de Saúde. Brasília, CONASS, 2011b.

COHN, A. et al. **A Saúde como Direito e como Serviço**. São Paulo, Cortez, 1991.

MENDES, I.AC.. Desenvolvimento e saúde: a declaração de Alma-Ata e movimentos posteriores. **Revista Latino-americana de Enfermagem**. v. 2, n. 3, p. 447-448, 2004.  
FRANCO, T., MERHRY, E.E. Programa de Saúde da Família: contradições de um programa destinado a mudança do modelo tecnoassistencial. In: **Trabalho em saúde: olhando e experienciando o SUS no cotidiano**. São Paulo: Hucitec, 2007.

FRANCO, T., MERHRY, E.E. Cartografias do Trabalho e Cuidado em Saúde. **Revista Tempus Actas de Saúde**, v. 6, n. 2, p. 1-13, 2012.

LEITE, R.F.B.; VELOSO, T.M.G. Trabalho em equipe: representações sociais de profissionais do PSF. **Psicol. cienc. prof.** v.28, n.2, p. 374-389, 2008.

LIMA, N.T. O Brasil e a Organização Pan-americana da Saúde. In: **Caminhos da Saúde Pública no Brasil**. Rio de Janeiro, Fiocruz, 2002.

MERCADANTE, O.A. et al. Evolução das políticas de saúde no Brasil. In: **Caminhos da Saúde Pública no Brasil**. Rio de Janeiro, Fiocruz, 2002.



MENDES, E.V. et al. **Distrito Sanitário**: o processo social de mudança das práticas sanitárias do Sistema Único de Saúde. São Paulo, Hucitec, 1995.

MERHY, E.E. Em busca do tempo perdido: a micropolítica do trabalho vivo em ato, em saúde. In: **Agir em Saúde**. Rio de Janeiro, Hucitec, 1997.

MERHY, E.E. Um dos Grandes Desafios para os Gestores do SUS: Apostar em Novos Modelos de Fabricar os Modelos de Atenção. **Trabalho em saúde**: olhando e experienciando o SUS no cotidiano. São Paulo, Hucitec, 2007.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE (OMS). Relatório Mundial de Saúde 2008: Atenção Primária em Saúde – Agora Mais do Que Nunca. Ministério da Saúde de Portugal, OMS, 2008.

PONTES, Carlos Fidelis [et al.]. **O sanitarismo (re) descobre o Brasil**. Rio de Janeiro: Fio Cruz, 2007.

REIS, V.M.; DAVID, H.M.S.L. O fluxograma analisador nos estudos sobre processo de trabalho em saúde: uma revisão crítica. **Revista APS**, v. 13, n. 1, p. 118-125, 2010.

SCHERER, M.D.A., PIRES, D. A interdisciplinaridade prescrita para o trabalho da equipe de saúde da família, na percepção dos profissionais de saúde. **Tempus Actas de Saúde Coletiva**. v. 3, n. 2, p. 30-42, 2009.

SILVA JÚNIOR, A.G., ALVES, C.A. Modelos Assistenciais em Saúde: desafios e perspectivas. **Modelos de Atenção e a Saúde da Família**. Rio de Janeiro, Fiocruz, 2007.

SOUZA, F.R. **Processo de construção dos Núcleos de Apoio à Saúde da Família (NASF) na Atenção Básica do Estado do Ceará**. Dissertação de Mestrado, Faculdade de Medicina, Programa de Pós-graduação em Saúde Coletiva, Fortaleza, 2013.

STARFIELD, B. **Atenção Primária**: equilíbrio entre necessidades de saúde, serviços e tecnologia. Brasília, Unesco, 2002.

TEIXEIRA, S. (org.). **Reforma Sanitária**: em busca de uma teoria. São Paulo, Cortez, 2011.



## PROMOÇÃO DA SAÚDE E EQUIPE DE SAÚDE DA FAMÍLIA: REVISITANDO SUA CONCEPÇÃO E PRÁTICA

*Elizabete Gonçalves Magalhães Filha,*

*Livia de Sousa Rodrigues,*

*Moacir Andrade Ribeiro Filho,*

*Ariza Maria Rocha,*

*Maria de Fátima Antero Sousa Machado*

### Introdução

A Política Nacional de Promoção da Saúde (PNPS) foi formulada a partir do referencial inspirado com base no Relatório Lalonde (1974), da Atenção Primária de Saúde (1976), nas Cartas Internacionais de Promoção da Saúde (1986-2005) e no Movimento da Reforma Sanitária Brasileira (1986), tendo sido institucionalizada pela Portaria Ministerial nº 687, de 30 de março de 2006. Esta política adota ações públicas que superem a ideia de cura e reabilitação implantando as diretrizes, estratégias de implementação, responsabilidades das esferas de gestão e ações específicas para promoção da saúde, em consonância com a Agenda de Compromissos definida pelo Ministério da Saúde (MS) em 2005 que agrega três eixos: o Pacto em Defesa do Sistema Único de Saúde (SUS), o Pacto em Defesa da Vida e o Pacto de Gestão (BRASIL, 2010).

O Pacto em Defesa da Vida possui como uma de suas macroprioridades, o aprimoramento do acesso e da qualidade dos serviços prestados pelo SUS, com relevância especial para o fortalecimento da Saúde da Família a partir da promoção, informação e educação em saúde com ênfase na promoção de atividade física, de hábitos saudáveis de alimentação e vida, controle do tabagismo e do uso abusivo de bebida alcoólica, e cuidados especiais voltados ao processo de envelhecimento (BRASIL, 2010).

Corroborando esta proposta, a PNPS tem como objetivo promover a qualidade de vida e reduzir vulnerabilidade e riscos à saúde relacionados aos seus determinantes e condicionantes, tais como modos de viver, condições de trabalho, habitação, ambiente, educação, lazer, cultura, acesso a bens e serviços essenciais. Como ações específicas para o biênio 2006-2007 foram priorizadas aquelas voltadas para sua divulgação, alimentação saudável, prática corporal/atividade física, prevenção e controle do tabagismo, redução de morbimortalidade em decorrência do uso abusivo de álcool e outras drogas, redução da morbimortalidade por acidente de trânsito, prevenção da violência e estímulo à cultura de paz, e promoção do desenvolvimento sustentável (BRASIL, 2010).

Em 28 de março de 2006 é também aprovada pelo governo brasileiro a Portaria Ministerial nº 648 que trata da Política Nacional de Atenção Básica (PNAB), caracterizando Atenção Básica como um conjunto de ações de saúde, no âmbito individual e coletivo, que abrangem a promoção e a proteção da saúde, a prevenção de agravos, o diagnóstico, o tratamento, a reabilitação e a manutenção da saúde, fortalecendo assim a Saúde da Família que passa a ser considerada Estratégia (BRASIL, 2007). A Portaria Ministerial nº 2.488, de 21 de outubro de 2011 revogou a anterior, estabelecendo a revisão de diretrizes e normas para a organização da Atenção Básica, para a Estratégia Saúde da Família (ESF) e o Programa de Agentes Comunitários de Saúde (PACS), atualizando assim conceitos na política e introduzindo novos elementos referentes à Atenção Básica na ordenação das Redes de Atenção, ressaltando, mais uma vez, a importância das ações de promoção da saúde para a integralidade do cuidado (BRASIL, 2012).

A PNPS foi redefinida pela Portaria nº 2.446, de 11 de novembro de 2014, reafirmando o que consta em sua base, o conceito ampliado de saúde e o referencial teórico da promoção da saúde como um conjunto de estratégias e formas de produzir saúde, no âmbito individual e coletivo, caracterizando-se pela articulação e cooperação intra e intersectorial, pela formação da Rede de Atenção à Saúde (RAS), buscando articular suas ações com as demais redes de proteção social, com ampla participação e controle social. Considerando como valores fundamentais para o seu processo de efetivação: a solidariedade, a felicidade, a ética, o respeito às diversidades, a humanização, a corresponsabilidade e a justiça social (BRASIL, 2014).

A promoção da saúde é uma proposta de articulação transversal na qual se confere visibilidade aos fatores que colocam a saúde da população em risco e às diferenças entre necessidades, territórios e culturas presentes no nosso país, visando à criação de mecanismos que reduzam as situações de vulnerabilidade, defendam radicalmente a equidade e incorporem a participação e o controle sociais na gestão das políticas públicas.

Nesse sentido, a elaboração da PNPS é oportuna, posto que seu processo de construção e de implantação/implementação, nas várias esferas de gestão do SUS e na

interação entre o setor sanitário e os demais setores das políticas públicas e da sociedade, provoca a mudança no modo de organizar, planejar, realizar, analisar e avaliar o trabalho em saúde (BRASIL, 2010).

De acordo com Buss (2010), a promoção da saúde reforça o conceito de determinação social da saúde, ou seja, de que o adoecimento e a vida saudável não dependem unicamente de aspectos físicos ou genéticos, mas são influenciados pelas relações socioeconômicas que engendram formas de acesso à alimentação, à educação, ao trabalho, renda, lazer e ambiente adequado, dentre outros aspectos fundamentais que podem impactar favoravelmente na saúde e na qualidade de vida. Ações intersetoriais e intrasetoriais são imprescindíveis para ampliação da consciência sanitária, com direitos e deveres de cidadania, educação em saúde para mudança das condições de vida da população.

Neste sentido, Durand e Heidemman (2013) reconhecem que as estratégias da promoção da saúde são as que possibilitam desenvolver a autonomia e fortalecer os processos políticos e sociais que permitam a transformação dos determinantes estruturais que reafirmam os princípios do SUS. A promoção da saúde consolida-se na ESF adotando como princípios a equidade, a participação social, a autonomia, o empoderamento, a intersetorialidade, a intrasetorialidade, a sustentabilidade, a integralidade e a territorialidade (BRASIL, 2014).

No escopo da ESF, a promoção da saúde deve constituir-se na perspectiva de referencial e objetivo orientador do saber fazer dos profissionais, reconhecendo que as ações de saúde devem ser planejadas, desenvolvidas e avaliadas em conjunto com todos os atores envolvidos. Partindo de tal prerrogativa, o Mestrado Profissional em Saúde da Família vinculado à Rede Nordeste de Formação em Saúde da Família-RENASF, oferta na sua matriz curricular o módulo de Promoção à Saúde.

O Mestrado Profissional em Saúde da Família é um curso que tem como finalidade a educação permanente, a produção do conhecimento científico e tecnológico, e de inovação na área Saúde da Família direcionada para a região Nordeste. Acontece de forma descentralizada em nove instituições de ensino, a saber: Fundação Oswaldo Cruz, Fundação Universidade Estadual do Ceará, Universidade Estadual Vale do Acaraú, Universidade Federal do Ceará, Universidade Federal do Maranhão, Universidade Federal do Rio Grande do Norte, Universidade Federal da Paraíba, Universidade Regional do Cariri e Universidade Federal do Piauí.

A Matriz Curricular do curso, organizada de forma modular, composta por quinze módulos, dentre eles o de Promoção da Saúde que tem como competência orientadora para a formação dos mestrandos o desenvolvimento da capacidade de realizar ações de promoção da saúde nas suas áreas de atuação da ESF, na perspectiva e princípios da PNPS.

Após a temática, promoção da saúde, ter sido abordada no módulo, destacando os aspectos histórico-conceituais, políticas e práticas que perpassaram este paradigma,

determinantes sociais e qualidade de vida, foi aceito o desafio de desenvolvimento de atividades da promoção da saúde na abrangência do território da ESF, onde uma das mestrandas atua como Enfermeira. Para que isso fosse viável, os profissionais de saúde sentiram a necessidade de revisitar os saberes e práticas enquanto membros de uma equipe da ESF sobre promoção da saúde, aproximando-se do conceito que detêm e reconhecendo as ações sobre a temática desenvolvidas no âmbito da área de atuação.

## Percurso metodológico

Trata-se do relato de experiência de uma atividade vivenciada no Módulo de Promoção da Saúde, sendo obrigatório para o Curso de Mestrado Profissional em Saúde da Família da Rede Nordeste de Formação em Saúde da Família-RENASF.

A atividade foi realizada em outubro de 2014 em uma equipe da Estratégia Saúde da Família de Juazeiro do Norte-CE, onde uma das mestrandas atua como Enfermeira e foi a facilitadora da prática educativa. Os atores envolvidos foram: o Médico, a Técnica de Enfermagem e 07 Agentes Comunitários de Saúde (ACS).

Juazeiro do Norte está localizado na região do Cariri, ao sul do estado do Ceará, a 533 km da capital Fortaleza e com área é de 248,558 km<sup>2</sup>. Tem na figura do Padre Cícero Romão Batista um marco cultural e é uma cidade que atrai milhares de fiéis durante as romarias pela sua característica do turismo religioso. A população do Município em 2014, segundo a estimativa do IBGE, é de 263.704 habitantes. No âmbito da Saúde, pertence a 21<sup>a</sup> Célula Regional de Saúde-CERES. Sua Atenção Básica conta com 66 equipes de ESF, sendo 58 para atender as áreas urbanas e seis na zona rural; e com de 12 PACS, garantindo cobertura de 84% da população. A essas equipes, juntam-se 308 ACS do Município e 229 mantidos pelo Estado (JUAZEIRO, 2014).

A atividade foi desenvolvida mediante técnicas pedagógicas participativas, tais como a oficina com dinâmica de grupo e roda de conversa, painel integrado e exposição dialogada.

A oficina se constitui em espaço privilegiado de criação e descobertas, onde o processo e produto compõem uma unidade dialética, cujos objetivos e passos são pactuados com os participantes, portanto é pluridimensional, criativo, planejado e coordenado coletivamente. O compromisso e responsabilidade dos participantes são essenciais, pois cada um é corresponsável na produção do que se quer obter, tendo como referência as potencialidades do grupo. Oficina é um lugar de vida e consertos, utiliza dinâmicas de grupo e rodas de conversa para proporcionar reparos, criatividade, descobertas, trabalho, transformação, enfim, de construção do conhecimento. O facilitador viabiliza e é coparticipante do processo educativo, problematiza a temática em questão, não prevê o resultado final por acreditar na originalidade da contribuição de cada participante, estimulando assim a produção de conhecimento e recriação deste tanto no grupo/coletivo quando no indivíduo/singular (PULGA, 2014).

Painel integrado consiste em uma técnica de trabalho coletivo na qual, cada tópico estudado ou construído individualmente é discutido em grupo, fazendo-se um cruzamento das ideias e ampliando-se o conhecimento sobre o assunto abordado. Pode ser utilizada para introduzir assunto novo; integrar o grupo; favorecer a integração de conceitos, ideias ou conclusões; obter a participação de todos; familiarizar os participantes com determinado assunto; continuar um debate sobre tema apresentado anteriormente sob a forma de preleção, simpósio, projeção de slides ou filmes, dramatização; e aprofundar o estudo de um tema (SUHR, 2012).

Segundo Pulga (2014), a exposição dialogada traz a escrita e as imagens como constituidoras de elemento central para o desencadeamento da prática educativa, deve instigar os participantes a expor seu ponto de vista particular, que pode ser trazido para o debate coletivo, podendo ainda trazer elementos de informação adicional para que o grupo enriqueça a discussão e análise do tema.

A oficina foi composta por uma dinâmica que solicitava que os profissionais de saúde conceituassem promoção da saúde e relatassem quais atividades desenvolviam sobre a temática no âmbito da ESF. As tarjetas com tais informações foram lidas e fixadas em cartolina, formando um painel integrado que serviu como fomento para a roda de conversa e a exposição dialogada, onde foram apresentadas bases históricas, conceituais e legais sobre a promoção da saúde.

Durante o planejamento da oficina foi definido como instrumento avaliativo da prática educativa a avaliação diagnóstica, que permite verificar os conhecimentos prévios dos participantes sobre o assunto (desenvolvida através da dinâmica de grupo que procurava saber qual a concepção e práticas acerca de promoção da saúde de cada profissional da ESF); a formativa, que serve para analisar o processo de aprendizagem e identificar possíveis dificuldades de aprendizagem; a de satisfação, que serve para conhecer o grau de contentamento com relação ao conteúdo e a forma como a temática foi trabalhada (estas duas últimas aconteceram através da aplicação de um questionário com perguntas abertas e fechadas). A avaliação é um método pelo qual se procura identificar, aferir, investigar e analisar como se processou a construção do conhecimento e se o resultado correspondeu às expectativas esperadas (GOMES, 2011).

Quadro 1- Oficina sobre Promoção da Saúde para a Estratégia Saúde da Família.

<b>DINÂMICA DE GRUPO</b>	
<p><b>1º Momento:</b> Distribuição de duas tarjetas para responderem as seguintes perguntas:</p> <p>“O que você entende por Promoção da Saúde?”;</p> <p>“Quais ações de Promoção da Saúde você desenvolve enquanto Profissional de Saúde?”</p>	<p><b>Objetivo:</b> Conhecer a concepção que possuem acerca de Promoção da Saúde, bem como as atividades que desenvolvem sobre a temática.</p>
<b>PAINEL INTEGRADO</b>	
<p><b>2º Momento:</b> Leitura e Fixação das tarjetas no Painel, seguindo a categorização de ideias semelhantes.</p>	<p><b>Objetivo:</b> Socializar o conceito e as atividades realizadas por cada membro da equipe.</p>
<b>RODA DE CONVERSA</b>	
<p><b>3º Momento:</b> Cada integrante teve oportunidade de falar e expressar o que pensa acerca do que ele próprio e todos os outros membros descreveram.</p>	<p><b>Objetivo:</b> discutir e possibilitar o aprofundamento do diálogo com a participação democrática, a partir da riqueza que cada pessoa possui sobre o assunto.</p>
<b>EXPOSIÇÃO DIALOGADA</b>	
<p><b>4º Momento:</b> Explicação sobre Promoção da Saúde/ Prevenção de Doenças; Determinantes Sociais; Qualidade de Vida; Marcos Históricos e Conceituais da Promoção da Saúde e Política Nacional de Promoção da Saúde e sua revisão.</p>	<p><b>Objetivo:</b> ampliar o conhecimento acerca de Promoção da Saúde; proporcionar o desenvolvimento da consciência crítica; promover debate de ideias; e estimular a educação participativa.</p>
<b>AValiação</b>	
<p><b>5º Momento:</b> Aplicação de questionário com perguntas abertas e fechadas.</p>	<p><b>Objetivo:</b> avaliar os saberes agregados e a satisfação dos participantes quanto à prática educativa.</p>

Fonte: elaborado pelos autores

## Reflexões sobre a experiência

As concepções dos profissionais de saúde da ESF sobre promoção da saúde foram agrupadas no Quadro 2, bem como as atividades realizadas por eles acerca da temática no Quadro 3. Em seguida fizemos uma reflexão sobre a experiência à luz da literatura.

Quadro 2- Concepção dos Membros da Equipe da Estratégia Saúde da Família acerca de Promoção da Saúde.

<b>O QUE VOCÊ ENTENDE POR PROMOÇÃO DA SAÚDE?</b>	
CUIDADOS CURATIVISTAS/ PREVENÇÃO DE DOENÇAS.	“Promover saúde é acompanhar o paciente com Hanseníase, Tuberculose, Hipertensão, Diabetes, Saúde da Mulher (...)”.
	“É o serviço que prestamos aos que possuem problemas de saúde, como os hipertensos e diabéticos, mas também as orientações que damos para prevenir doenças, como câncer de colo e de mama, vacinação, DST, etc”.
	“É evitar doenças e promover saúde”.
	“São meios utilizados para evitar doenças”.
	“É receber assistência quando chega ao serviço, ser bem acolhido e ter seu problema de saúde resolvido”.
	“É dar informação relacionada à saúde de forma correta, tais como aleitamento, vacinação e outras formas de evitar doenças (...)”.
	“É o elo que temos com a comunidade para melhoria da saúde e evitar que adoecemos”.
BEM ESTAR/ QUALIDADE DE VIDA.	“Promover saúde é propor métodos para a melhoria da qualidade de vida e para o bem estar físico e mental”.
	“Promoção de saúde são ações que visam levar o bem estar físico, mental e social (...)”.

Fonte: elaborado pelos autores.

Quadro 2- Atividades desenvolvidas pelos Membros da Equipe de Estratégia Saúde da Família acerca de Promoção da Saúde

“QUAIS AÇÕES DE PROMOÇÃO DA SAÚDE VOCÊ DESENVOLVE QUANTO PROFISSIONAL DE SAÚDE?”	EN-
AÇÕES VINCULADAS AOS PROGRAMAS DE SAÚDE/ PRÁTICAS EDUCATIVAS TRADICIONAIS	“(...) visita domiciliar, busca ativa de faltosos e realização de palestras educativas”.
	“(...) informações de como evitar doenças através de palestras ou conversa com as pessoas”.
	“Acompanhar HAS/DM, HANSEN/TB, Gestantes, Crianças através de visitas informativas e de busca ativa; palestras e grupos comunitários; etc”.
	“Acompanhamento e orientação para que não façam o que prejudica a saúde, como fumar e beber”.
	“Orientações e acompanhamento sobre vacinação, medicação para hipertensos e diabéticos, sobre o funcionamento da UBS, e alimentação mais saudável”.
	“(…) promove através de visitas ações como orientação quanto à vacinação para que não tenham atrasos e perdas; quanto à alimentação e importância da amamentação; cuidados com a medicação de hipertensos, diabéticos e grupos de risco em geral; também quanto a higiene, convívio familiar, bons costumes, entre outros”.
	“Observando, ajudando e orientando através de palestras e individual também”.
	“Palestras, visitas, orientar atividade física e dieta”.
	“Conscientizar para as pessoas evitarem doenças”.

Fonte: elaborado pelos autores.

Quanto à concepção acerca de promoção da saúde, a grande maioria dos membros da ESF relacionou aos cuidados curativistas, demonstrando a visão flexneriana da atenção à saúde e trazia seu conceito vinculado ao tratamento ou à prevenção de doenças; a minoria dos membros relacionou promoção da saúde ao bem-estar e qualidade de vida. Quanto às atividades desenvolvidas enquanto profissionais de saúde, pontuaram ações vinculadas aos programas pactuados pelo MS, bem como práticas



educativas tradicionais, baseadas na transmissão verticalizada do conhecimento, tais como as orientações e palestras.

Evidenciou-se dificuldade de reconhecimento pelos profissionais das diferenças entre o termo prevenção de doenças e promoção da saúde, bem como uma vaga compreensão deste último tema. As concepções sobre promoção de saúde apresentaram-se, hegemonicamente, como se o modelo da história natural da doença, de Leavell e Clark, vigorasse como referência teórica atual, havendo uma relativa ausência de menção aos questionamentos a seu respeito, bem como aos conhecimentos e discussões sobre o processo saúde-doença, seus determinantes e a promoção da saúde numa visão pós-*Carta de Ottawa*. Houve menções genéricas associando promoção com melhora da qualidade de vida, mas as práticas e os exemplos de ações de promoção mencionados tendiam fortemente para a prevenção de doenças e de riscos específicos. Estudo realizado por Tesser et al. (2011) sobre a compreensão dos significados das práticas e ideias acerca de promoção da saúde e educação permanente em equipes da ESF de três municípios da grande Florianópolis (SC), mostrou resultado semelhante.

De acordo com Tesser, Poli Neto e Campo (2010), a medicalização da assistência à saúde é um processo sociocultural complexo, que vai transformando em necessidades médicas as vivências, os sofrimentos e as dores que eram administrados de outras maneiras, no próprio ambiente familiar e comunitário, e que envolviam interpretações e técnicas de cuidado autóctones. A medicalização acentua a realização de procedimentos profissionalizados, diagnósticos e terapêuticos, desnecessários e, muitas vezes, até danosos aos usuários. Há ainda, uma redução da perspectiva terapêutica com desvalorização da abordagem do modo de vida, dos fatores subjetivos e sociais relacionados ao processo saúde-doença.

Promoção da saúde foi reduzida, na grande maioria das exposições, às práticas assistenciais como orientações individuais e/ou coletivas desenvolvidas durante as visitas domiciliares e em palestras ou grupos que acontecem na Unidade Básica de Saúde (UBS) com o intuito de prevenir ou controlar doenças. Alguns estudos também apontaram resultados similares, tais como “Promoção da Saúde na Atenção Básica: estudo baseado no método de Paulo Freire” que identificou limitações de uma política de promoção da saúde manifestada na prática dos profissionais, relacionando-a aos procedimentos de rotina, ações comunitárias, atividades de educação em saúde, programas e projetos assistenciais governamentais ou não, revelando ainda que, mesmo quando ocorrem ações de promoção da saúde, elas não são entendidas como política e objetivos que devem ser incorporadas pelas equipes no seu processo de trabalho (HEIDEMANN; WOSNY; BOEHS, 2014).

Tesser et al. (2011) afirma que neste caso, a promoção da saúde é subsumida completamente pela educação em saúde com enfoque preventivo, seja numa perspectiva individual ou familiar mais ou menos contextualizadora, mas claramente centrada na transmissão unidirecional de conteúdo, ou seja, os profissionais teriam como fun-

ção veicular as informações corretas e atualizadas aos usuários e comunidades, para que estes possam se comportar adequadamente e prevenir as doenças, e estariam assim promovendo sua saúde. Essa visão preventivista, e talvez mesmo hegemônica, continua coerente em termos de representações sociais medicalizadas sobre o processo saúde-doença (TESSER; POLI NETO; CAMPO, 2010).

Em alguns momentos a promoção da saúde foi abordada como ações de transformação dos comportamentos individuais, focando no estilo de vida e podendo projetar-se, no máximo, para a dimensão da família. Neste caso, as ações de promoção da saúde relacionam-se aos hábitos e estilos de vida, deixando de lado todos os fatores que estejam fora do controle dos indivíduos. Como exemplo dessa abordagem, podemos citar a forma como algumas práticas são consideradas para manter ou melhorar a saúde, tais como o incentivo ao aleitamento materno, à alimentação saudável e prática de atividade física regular; bem como o abandono de hábitos nocivos à saúde, tais como o tabagismo, uso abusivo de álcool e outras drogas, comportamentos promíscuos. Assim, são priorizadas ações educativas relacionadas a fatores de risco comportamentais individuais, transferindo a responsabilidade pela saúde para o próprio indivíduo (HAESER; BÜCHELE; BRZOZOWSKI, 2012).

Heidemann et al. (2010), apresenta uma pesquisa realizada numa Unidade de Atenção à Saúde, pertencente à Rede Básica de um município no interior do Estado de São Paulo, objetivando apresentar o Método de Paulo Freire através da utilização do ideário da promoção da saúde, às equipes da ESF, usuários e lideranças comunitárias. Mostrou uma compreensão ingênua e tradicional, persistindo o enfoque na mudança de estilos de vida, para alcançar um estado ótimo de saúde. Em outro estudo, a promoção da saúde é destacada como forma de ajudar a manter a saúde de aposentados, beneficiar indivíduos e comunidades, melhorar o comportamento de pessoas com deficiência, auxiliá-las em situações de doenças crônicas, apoiar a saúde de idosos, jovens e adultos bem como de pessoas pobres para obter maiores expectativas de vida (WILSON; PALHA, 2007 apud HEIDEMANN; WOSNY; BOEHS, 2014).

Segundo Buss (2010), a prevenção de doenças consiste em estabelecer estratégias que resultem em menor risco de adquirir ou controlar uma doença. Promoção da saúde extrapola as determinações biológicas focadas na doença, é bem mais que prevenir ou controlar patologias, significa apropriar-se da importância dos determinantes das condições de saúde. Estas estão intimamente relacionadas com a qualidade de vida, alimentação, nutrição, educação, habitação, saneamento, recreação e condições agradáveis no lar e no trabalho, estilo de vida responsável e um espectro adequado de cuidados de saúde.

Trata-se, portanto, de um enfoque da promoção da saúde centrado no indivíduo, com projeção para a família e a sociedade que faz parte. Portanto, apenas mudanças comportamentais não podem ser suficientes, há todo um aparato socioeconômico, criação de políticas favoráveis, responsabilidade de intersetorial, ou seja, é preciso uma ação coordenada entre todos os envolvidos, tais como governo, setor saúde,

setores sociais e econômicos, organizações voluntárias, não governamentais, autoridades locais, indústria e mídia. Além disso, o conhecimento popular e a participação social estão na base da formulação conceitual da promoção da saúde (HAESER; BÜCHELE; BRZOWSKI, 2012).

Os achados revelaram também a promoção da saúde centrada na transmissão verticalizada de informações ou orientações, seja de cunho individual (em consultas ou em visitas domiciliares) ou coletivo (palestras e grupos), demonstrando assim enfoque educativo tradicional. Este também é definido como educação bancária, na qual o papel do educador consiste em depositar conhecimento nos educandos que devem apenas absorvê-lo e reproduzi-lo, e o único responsável pelo fracasso do ensino é o educando, caso não cumpra o que foi imposto pelo educador (FREIRE, 2011a).

Estudo realizado por Oliveira e Wendhausen (2014) com trabalhadores de saúde de três equipes de ESF de um município do litoral paranaense, intitulado “(Re)significando a educação em saúde: dificuldades e possibilidades da Estratégia Saúde da Família”, revelou nos seus resultados as dificuldades dos sujeitos em diferentes aspectos do agir educativo em suas práticas e como são fortes os resquícios de uma prática bancária, preventiva e medicalizada.

Outra pesquisa, “Participação popular nas ações de educação em saúde: desafios para os profissionais da atenção primária”, realizada com trabalhadores de saúde e usuários em cinco Centros de Saúde da Família de Fortaleza (CE) mostrou resultado similar. Neste, as ações de educação em saúde eram realizadas de forma pontual, porém, na maioria, com metodologias tradicionais e abordagens individuais que não favoreciam a participação da população, apontaram ainda a falta de qualificação adequada para o desenvolvimento dessas ações e a sobrecarga de trabalho pela baixa cobertura da atenção primária. Nas intervenções mediadas pela educação popular, houve maior autonomia, protagonismo, participação popular, confirmando o potencial dessa metodologia para favorecer a participação dos usuários e o diálogo entre o saber científico e o popular (OLIVEIRA et al., 2014).

De acordo Reis et al. (2013), as ideias e concepções de Paulo Freire têm apontado novos rumos às práticas educativas no campo da saúde, pautados na educação problematizadora, que reconhece o diálogo como necessário para o desenvolvimento do processo educativo, propõe que o educando seja o principal responsável por seu processo de aprendizagem, contribuindo para a formação de cidadãos reflexivos e críticos. Esse caráter libertador da educação seria uma práxis de alforriar o homem de toda situação de opressão, ao qual se encontra sujeitado, através da emancipação de sua consciência, tornando-o capaz de transformar sua realidade e inserir-se na sociedade de forma efetiva (FREIRE, 2011b).

Pesquisa realizada por Alves, Boehs e Heidemann (2012), que objetivou conhecer a percepção dos usuários e profissionais da ESF sobre grupos de saúde desenvolvidos num município do Sul do Brasil através de círculos de cultura, desvelou nos seus resul-

tados que as ações de promoção da saúde realizadas nestes grupos estão fortemente alinhadas com a reorientação dos serviços de saúde e o desenvolvimento de habilidades pessoais e que as ações de lazer efetuadas mostram indícios de intersectorialidade e participação social. Nesse sentido, é importante trabalhar com a educação libertadora, ideário metodológico freireano, através dos círculos de cultura, que proporcionam o diálogo e possibilitam a autonomia dos atores envolvidos. A promoção da saúde tem uma relação bastante significativa com os grupos, por meio da categoria *empowerment*, a qual trata as relações de poder de maneira horizontalizada, possibilitando a formação de competências e habilidades para a vida em sociedade.

Durante a exposição dialogada além da discussão sobre a diferença entre promoção da saúde e prevenção de doenças, a influência dos determinantes sociais na saúde e qualidade de vida, da abordagem dos marcos históricos e conceituais da promoção da saúde (Conferências Internacionais, suas metas, elementos essenciais e documentos produzidos por elas) e a divulgação da PNPS (Introdução, Objetivos, Diretrizes, Estratégias, Responsabilidades e Ações Específicas) e sua revisão, outro assunto apresentou grande repercussão, que foi a importância da ESF como reorientadora da assistência equânime e integral na Atenção Básica, ressaltando o trabalho em equipe multiprofissional de forma colaborativa e interdisciplinar, integrado e aliado à participação dos usuários, estabelecendo assim vínculo e corresponsabilidade, todos em busca do mesmo ideal, que é a promoção da saúde e a melhoria da qualidade de vida da coletividade.

Segundo Shimizu e Carvalho Junior (2012), a ESF é considerada a principal ferramenta para o reordenamento da Atenção Primária à Saúde (APS), propõe-se ultrapassar o modelo de atenção baseado na biomedicina, que tradicionalmente tem como objeto do trabalho em saúde, o corpo. Este é socialmente estruturado, codificado e dividido em partes específicas, em que o que se busca são anomalias estruturais ou funcionais, materializadas no tecido biológico. Além disso, dentre os diversos modelos de gestão do processo de trabalho, deparamo-nos na APS com o modelo taylorista – baseado na divisão entre executores e planejadores, na normatização de processos e procedimentos, e na não cooperação entre indivíduos e especialidades.

Assim, faz-se necessária a reorganização do processo de trabalho dos profissionais de saúde da ESF, pois o sucesso do trabalho em equipe depende da interação organizada entre indivíduos com competências e habilidades distintas, ou seja, não basta ter equipe multiprofissional, esta deve atuar de forma interdisciplinar, e com inovações do relacionamento destes com a população. Equipes responsáveis e atuantes promovem o fortalecimento do vínculo e acesso da comunidade na UBS, revela a importância da ESF na implantação e desenvolvimento das ações de promoção da saúde. A abordagem interdisciplinar permite o desenvolvimento de atividades de promoção da saúde, com continuidade e acompanhamento, maior envolvimento com os familiares e comunidade. É relevante que os membros da equipe de saúde da família atuem em harmonia interagindo com a comunidade, com amor, paciência e vontade (HEIDEMANN; WOSNY; BOEHS, 2014).

Shimizu e Carvalho Junior (2012), afirmam que a busca por um modelo de atenção integral à saúde, no qual o objeto de intervenção seja mediado pela família e pela comunidade onde está inserido, é imprescindível. A proximidade dos profissionais de saúde da ESF com a população possibilita a operacionalização de intervenções para uma perspectiva mais ampliada de promoção da saúde. Esta aproximação promove o vínculo, a acessibilidade e o desenvolvimento de um ambiente favorável da saúde de acordo com os princípios do SUS. O estabelecimento de vínculo, principalmente através das visitas domiciliares e atividades educativas, promove a relação mais próxima entre a comunidade e a equipe de saúde, e facilita a adesão da população ao serviço (OLIVEIRA; SPIRI, 2006apudHEIDEMANN; WOSNY; BOEHS, 2014).

Uma dificuldade apontada para o desenvolvimento de atividades de promoção da saúde foi à infraestrutura inadequada da Unidade, bem como a falta de recursos materiais para a operacionalização de práticas educativas, bem como a necessidade de estímulo e apoio institucional, pois a maioria das vezes este se resumia a educação continuada e fragmentada para atender aos indicadores de saúde. Estes foram aspectos também identificados em estudo realizado por Heidemann, Wosny eBoehs (2014), que para o êxito das atividades de saúde, inclusive de promoção da saúde, depende de espaço físico adequado, recursos apropriados, bom material didático, boa divulgação e operacionalização das atividades, além de temáticas de interesse da população. Tudo isso favorece o interesse da comunidade para participação nas práticas educativas.

O instrumento de avaliação solicitava que os profissionais de saúde revisitassem o conceito que possuíam inicialmente sobre promoção da saúde e o reformulassem, caso fosse necessário. Todos reformularam seus conceitos, demonstrando uma visão mais abrangente acerca de promoção da saúde. Quanto às atividades de promoção da saúde, consideraram que ainda tinham muito o que aprender para protagonizá-las como pede a PNPS, principalmente no que compete à condução de práticas educativas horizontalizadas que proporcionam diálogo e reflexão, empoderamento dos sujeitos e participação social. Apontaram a necessidade de reorganização do processo de trabalho e de educação permanente significativa. Gostariam de ter maior apoio institucional para alavancar essas novas ideias. Consideraram a atividade desenvolvida como bastante satisfatória, principalmente pela ampliação do conhecimento e pela participação ativa que tiveram durante as discussões.

## Considerações finais

A promoção da saúde, como vem sendo entendida desde a Carta de Ottawa, representa uma estratégia promissora para o enfrentamento dos múltiplos problemas que afetam as populações humanas e seus entornos ao longo de séculos. Partindo de uma concepção ampliada do processo saúde-doença e de seus determinantes, propõe a articulação de saberes técnicos e populares, e a mobilização de recursos institucionais públicos e privados, bem como comunitários, além de políticas que favoreçam seu enfrentamento e resolução, objetivando melhorias de saúde e qualidade de vida.

A ESF surgiu para reorganizar a APS, pautada nos referenciais teóricos da promoção da saúde e para atender aos princípios do SUS. Configura-se como a principal diretriz para reformulação das práticas de saúde, que proporcione assistência integral e contínua às famílias adscritas, contando para isso com equipe multiprofissional e interdisciplinar que além de atuar na prevenção, cura e reabilitação, identificar situações de risco, e em parceria com a comunidade enfrentar os determinantes sociais com foco na promoção da saúde e qualidade de vida. Infelizmente, muitos avanços ainda são necessários, pois várias pesquisas mostram que, apesar da organização em áreas de atuação delimitada e do enfoque familiar, muitas ESF não possuem articulação multiprofissional e interdisciplinar, continuam centradas no modelo biomédico, o enfoque educativo é preventivista e não há vínculo com a comunidade e colaboração para a promoção da saúde.

Ao revisitar as concepções e práticas dos profissionais dessa ESF, percebeu-se que corroborava os muitos estudos realizados em todo o país. A promoção da saúde era confundida com prevenção de doenças, estando suas atividades voltadas às demandas de cuidados específicos e de cunho preventivo, restritas à educação tradicional ou com caráter de transmissão do conhecimento, quase sempre através de orientações individuais (em visitas domiciliares ou consultas) ou coletivas (palestras ou grupos). Raras menções de promoção da saúde como estratégia para a qualidade de vida.

A partir desses achados, implementou-se a discussão acerca das diferenças entre promoção da saúde e prevenção de doenças, da influência dos determinantes sociais na busca pela qualidade de vida, dos marcos históricos e conceituais, da PNPS e seu processo de revisão. O momento caracterizou-se como extremamente importante por ter proporcionado aos profissionais, reflexão crítica e reorientação dos seus conceitos para ressignificação da prática em promoção da saúde. Contribuiu ainda para a ampliação de perspectivas de reorganização do processo de trabalho da equipe partindo da leitura da própria realidade, da valorização das potencialidades, como por exemplo, ter uma enfermeira mestranda em Saúde da Família pela RENASF, bem como o despertar do interesse pelo ideário da educação libertadora (problematizadora, crítica e reflexiva, e uso de metodologias ativas de ensino-aprendizagem), além de permanente (imersa no próprio ambiente de trabalho) e significativa (que considera o saber progresso dos envolvidos).

Outro quesito ressaltado foi à corresponsabilidade para o desenvolvimento da promoção da saúde, que passou a ser considerada pela equipe da ESF como estratégias planejadas que devem ser executadas intersetorialmente, articuladas entre serviços, instituições, profissionais de saúde e usuários para intervir sobre os determinantes de saúde, proporcionando assim o empoderamento dos atores envolvidos, com foco na melhoria da qualidade de vida.

## Referências

- ALVES, L. H.; BOEHS, A. E; HEIDEMANN, I. T. S. B. A percepção dos profissionais e usuários da Estratégia de Saúde da Família sobre os grupos de promoção da saúde. **Texto Contexto Enfermagem**, v. 21, n. 2, p. 401-408, 2012.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Política Nacional de Atenção Básica** / Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. – 4. ed. Brasília: Ministério da Saúde, 2007. 68 p. Série E. Legislação de Saúde. Série Pactos pela Saúde, v. 4, 2006.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. **Política Nacional de Promoção da Saúde**. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. 3. ed. Brasília: Ministério da Saúde, 2010. 60 p. Série B. Textos Básicos de Saúde. Série Pactos pela Saúde, v.7, 2006.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Política Nacional de Atenção Básica**. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Brasília: Ministério da Saúde, 2012. 110 p. Série E. Legislação em Saúde.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Gabinete do Ministro. Portaria nº 2.446, de 11 de novembro de 2014. **Redefine a Política Nacional de Promoção da Saúde (PNPS)**. 2014.
- BUSS, P. M. O conceito de promoção da saúde e os determinantes sociais. **Eco Cidadania & Meio Ambiente**. 15 p. fevereiro [periódico na Internet]. 2010. Disponível em: <<http://www.ecodebate.com.br/2010/02/12/o-conceito-de-promocao-da-saude-e-os-determinantes-sociais-artigo-de-paulo-m-buss/>>. Acesso em: 25 setemb. 2014.
- DURAND, M; HEIDEMANN, I. T. S. B. Promoção da autonomia da mulher na consulta de enfermagem em saúde da família. **Revista Escola Enfermagem**. v. 47, n. 2, p. 288-295, 2013.
- FREIRE, P. **Pedagogia do oprimido**. 50. ed. Rev. e atual. Rio de Janeiro: Paz e Terra, 2011a.
- FREIRE, P. **Educação como prática de liberdade**. 14. ed. Rev. e atual. Rio de Janeiro: Paz e Terra, 2011b.
- GOMES, S. G. S. **Avaliação da aprendizagem**. Aula 10. Tópicos em Educação a Distância. e-Tec Brasil. 2011. Disponível em: <[http://ftp.comprasnet.se.gov.br/sead/licitacoes/Pregoes2011/PE091/Anexos/Eventos\\_modulo\\_1/topico\\_ead/Aula\\_10.pdf](http://ftp.comprasnet.se.gov.br/sead/licitacoes/Pregoes2011/PE091/Anexos/Eventos_modulo_1/topico_ead/Aula_10.pdf)>. Acesso em: 28 setemb. 2014.
- HAESER, L. M.; BÜCHELE, F.; BRZOSOWSKI, F. S. Considerações sobre a autonomia e a promoção da saúde. **Physis Revista de Saúde Coletiva**, v. 22, n. 2, p. 605-620, 2012.



HEIDEMANN, I. T. S. B. et al. Incorporação teórico-conceitual e metodológica do educador Paulo Freire na pesquisa. **Revista Brasileira Enfermagem**, v. 63, n. 3, p. 416-420, 2010.

HEIDMENN, I. T. S. B.; WOSNY, A. M.; BOEHS, A. E. Promoção da Saúde na Atenção: estudo baseado no método Paulo Freire. **Ciências e Saúde Coletiva**, v. 19, n. 8, p. 3553-3559, 2014.

JUAZEIRO. **Prefeitura de Juazeiro do Norte-CE**. Material Eletrônico. Disponível em: <<http://www.juazeiro.ce.gov.br/>>. Acesso em: 31 out. 2014.

OLIVEIRA, L. C. et al. Participação popular nas ações de educação em saúde: desafios para os profissionais da atenção primária. **Interface-Comunicação, Saúde, Educação**. v. 18, n. 2, p. 1389-1400. 2014.

OLIVEIRA, S. R. G.; WENDHAUSEN, A. L. P. (Re) significando a educação em saúde: dificuldades e possibilidades da Estratégia saúde da família. **Trabalho Educação Saúde**. v. 12, n. 1, p. 129-147, 2014.

PULGA, V. L. A educação popular em saúde como referencial para as nossas práticas na saúde. In: BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Gestão Participativa. **II Caderno de educação popular em saúde**. Departamento de Apoio à Gestão Participativa. Brasília: Ministério da Saúde, 2014.

REIS, T. C. et al. Educação em saúde: aspectos históricos no Brasil. **J HealthSci Inst**. v. 31, n. 2, p. 219-23. 2013.

SHIMIZU, H. E; CARVALHO JUNIOR, D. A. O processo de trabalho na Estratégia Saúde da Família e suas repercussões no processo saúde-doença. **Ciências & Saúde Coletiva**, v. 17, n. 9, p. 2405-2414, 2012.

TESSER, C. D.; POLI NETO, P.; CAMPO, G. W. S. Acolhimento e (des) medicalização social: um desafio para as equipes de saúde da família. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 15, n. 3, p. 3615-3624, 2010. Suplemento.

TESSER, C. D. et al. Estratégia saúde da família e análise da realidade social: subsídios para políticas de promoção da saúde e educação permanente. **Ciência & Saúde Coletiva**. v. 16, n. 11, p. 4295-4306, 2011.

SUHR, I. R. F. Usando o painel integrado nas capacitações. **Educação Corporativa Uninter**, fevereiro, 2012. Material Eletrônico. Disponível em: <<http://educacaocorporativauninter.blogspot.com.br/2012/02/usando-o-painel-integrado-nas.html>>. Acesso em: 27 setemb. 2014.



## PROMOÇÃO DA SAÚDE, EMPODERAMENTO E ENVELHECIMENTO: VISÕES DOS PROFISSIONAIS DA ESTRATÉGIA SAÚDE DA FAMÍLIA.

*Ana Paula Ribeiro de Castro,*

*Maria Irismar de Almeida,*

*Maria Fátima Maciel Araújo,*

*Maria Vieira de Lima Saintrain,*

*Marlene Lopes Cidrack.*

### Introdução

O envelhecimento humano pode ser entendido, segundo a Organização Pan-Americana de Saúde (OPAS), como um processo sequencial, natural, individual, irreversível, universal, acumulativo, contínuo e não patológico, em que se observa diminuição gradual e progressiva das capacidades funcional e cognitiva, decorrentes do processo de senescência e senilidade (BRASIL, 2006a). Compreender esse conceito, incorporando-o na prática profissional diária, é fundamental para trabalhar a população sexagenária, de modo a garantir que a pessoa idosa seja sujeito ativo e reflexivo do seu papel na sociedade, possuidor de direitos e deveres, participando da tomada de decisões sobre o seu processo de saúde/doença.

O conceito de promoção da saúde é amplo e debatido desde as conferências internacionais sobre esse tema, em que se observam múltiplas concepções sobre o seu significado, pois envolve não apenas o setor saúde, não atinge um indivíduo isoladamente, nem uma comunidade específica.

O presente estudo se embasa no conceito trazido pela Carta de Ottawa, resultante da 1ª Conferência Internacional Sobre Promoção da Saúde, no Canadá, em 1986, define promoção da saúde como “... o processo de capacitação da comunidade para atuar na melhoria da qualidade de vida e saúde...” (BRASIL, 2002, p. 20), enfatizando a necessidade de participação e controle social para a sua concretização. Assim, a promoção da saúde tem como objetivo assegurar igualdade de oportunidades para que as pessoas possam realizar o seu potencial de saúde. Os indivíduos e as comunidades devem conhecer e saber controlar os fatores determinantes da sua saúde (BUSS, 2009).

A promoção da saúde vem acompanhada da concepção de que o sujeito deve ser emponderado, e para isso, a sua participação ativa nas decisões sobre a sua saúde e de seu território é fundamental. O termo “empowerment” é um dos núcleos filosóficos e uma das estratégias-chave para promoção da saúde e a partir dele se “pretende capacitar e (ou) possibilitar que os indivíduos e coletivos se preparem para responder, de maneira criativa, os desafios biopsicológicos e sociais da vida social” (CARVALHO, 2007, p. 62). Para haver o “sujeito emponderado”, uma das premissas é existir a participação comunitária, no processo de planejamento e execução das ações de saúde.

As áreas estratégicas da Atenção Básica do município de Juazeiro do Norte, lócus do estudo em questão, estão organizadas de acordo com os princípios gerais da Política Nacional de Saúde (BRASIL, 2006b), atuando em áreas estratégicas que são a eliminação da hanseníase, o controle da Tuberculose, o controle da hipertensão arterial e diabetes mellitus, a saúde bucal, a saúde da criança, a saúde da mulher, a saúde do idoso e promoção da saúde (grifo nosso). Sendo a Estratégia Saúde da Família (ESF) a forma de reorganização das práticas de saúde, buscando substituir o sistema centrado na doença, de forma que os profissionais conhecessem o território a ser trabalhado de forma contínua e integral, fazendo com que a comunidade tivesse uma postura pró-ativa frente aos seus problemas de saúde/doença, sendo esse território espaço para construção da cidadania.

Apesar das experiências exitosas com a implantação da ESF, a visão centrada na doença ainda persiste, principalmente em relação à população idosa, observadas nas consultas ambulatoriais por “livre demanda”, visitas domiciliares restritas ao tratamento das doenças crônicas e consultas para o acompanhamento da Hipertensão e Diabetes, prevalecendo às práticas curativas ou baseadas em patologias. Observa-se que estratégias voltadas para promoção da saúde no processo de trabalho da equipe multidisciplinar, respaldadas nas políticas lançadas pelo Ministério da Saúde (MS), ainda não foram incorporadas nos processos de trabalho das mesmas.

O paradigma biologicista, cuja medicalização predomina, é a principal forma de atenção à população. A apreensão e ampliação da visão do processo saúde-doença como resultado de múltiplos fatores e que a sua “resolução” extrapola o setor saúde, necessitando de meios além da clínica, deveria ser preponderante. Todavia, observam-se, predominantemente, estratégias curativistas, centradas nos sinais e sintomas,

cujo usuário se torna dependente do sistema e do profissional de saúde, contrapondo a visão de promoção da saúde.

Diante das reflexões alguns questionamentos surgiram: qual a compreensão de promoção da saúde pelos profissionais da ESF? Como os profissionais da ESF compreendem essa promoção da saúde na terceira idade?

Objetivou-se assim compreender o significado da promoção da saúde pelos profissionais da ESF em relação à população idosa. Esse estudo é um recorte da dissertação de mestrado acadêmico em Saúde da Família pela Universidade Estadual do Ceará (UECE).

## Materiais e métodos tipo e abordagem do estudo

Estudo exploratório, com abordagem qualitativa. Nas pesquisas exploratórias, a principal finalidade é desenvolver, esclarecer e modificar conceitos e ideias, com objetivo de formulação de problemas mais precisos ou hipóteses pesquisáveis para estudos posteriores (GIL, 2011).

No que diz respeito às pesquisas qualitativas, Minayo (2010) afirma que este tipo de abordagem se preocupa com um universo que não pode ser quantificado, pois envolve a investigação de significados, motivos, aspirações, crenças, valores e atitudes, sendo questões muito particulares e não podendo se reduzir à operacionalização de variáveis.

## Contexto do estudo

O estudo foi desenvolvido no município de Juazeiro do Norte, situado na região do Cariri, ao sul do Ceará, com área total de 248.558 km<sup>2</sup>, sendo o segundo município do Estado em desenvolvimento. A sede do município possui área estimada de 141Km<sup>2</sup>, correspondendo a 60% da área total. A população é estimada em 249.939 habitantes. A taxa de urbanização é de 95,3% (JUAZEIRO DO NORTE, 2011).

A referida cidade conta com 30.227 pessoas acima de 60 anos cadastradas no Sistema de Informação da Atenção Básica (SIAB) até maio de 2012, sendo 12.104 do sexo masculino e 18.123 do sexo feminino (SIAB, 2012).

A Atenção Básica (AB) em Juazeiro do Norte é organizada em seis distritos, possuindo 64 Equipes de Estratégia de Saúde da Família (ESF), correspondendo a 86,96% de cobertura, 34 Equipes de Saúde Bucal (ESB) modalidade I (sem Técnico de Higiene Dental – THD), 530 agentes comunitários de Saúde (ACS) (JUAZEIRO DO NORTE, 2011).

Para a seleção do local do estudo foi observado o número de idosos em cada um dos Distritos. As ações de promoção da saúde voltadas para o território têm como referência as características da sua população, assim, espera-se que as equipes pla-

nejem suas ações de promoção para a terceira idade e tenham uma aproximação com a temática estudada. Previamente, foi realizado um levantamento pelo SIAB (2013) do número de pessoas com 60 anos e mais, sendo o Distrito V selecionado por conter 8.022 pessoas nessa faixa etária. Este conta com treze equipes da ESF.

## Participantes do estudo

Participaram do estudo os profissionais de nível superior (médicos, enfermeiros e dentistas) das equipes da ESF que se adequaram aos critérios de inclusão da pesquisa, sendo estes: ser profissional da ESF (médico, enfermeiro e cirurgião-dentista), com tempo de no mínimo um ano na unidade da ESF atual, permitindo que os sujeitos pesquisados representassem uma visão mais abrangente do trabalho com idosos envolvendo a promoção da saúde. Dos trinta e três (33) profissionais do distrito selecionado, vinte e dois (22) se adequaram aos critérios de inclusão da pesquisa.

Os critérios de exclusão foram: profissionais de nível superior (médico, enfermeiro e dentista) contratados ou que, mesmo com o concurso, estivesse há menos de um ano na equipe da ESF atual, também aqueles que estiverem afastados por motivo de licença de qualquer natureza. Dessa forma, três (3) profissionais foram excluídos por ter menos de um ano na ESF atual, e três (3) por não aceitarem participar da pesquisa.

Finalizando com dezenove (19) participantes (nove enfermeiros, quatro médicos e seis cirurgiões-dentistas). Foram atribuídos nomes de anjos para preservar o anonimato dos mesmos.

Para preservar o anonimato os participantes foram codificados por nomes de anjos. A participação dos profissionais foi firmada por meio da assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE), sendo explicado anteriormente todo o procedimento da pesquisa.

## Coleta de dados

Utilizou-se um roteiro para uma entrevista semiestruturada para a coleta dos dados, na qual constam tópicos com perguntas-chave, de modo a permitir a facilidade para abertura, ampliação e aprofundamento do diálogo com os sujeitos participantes (MINAYO, 2010). Sendo estas gravadas e previamente acordados data, horário e local para a sua realização.

## Organização dos dados

As entrevistas foram transcritas na íntegra e organizadas a partir das fases de Análise de Conteúdo de Bardin (2010), que são a pré-análise; a exploração do material; o tratamento dos resultados; a inferência; e a interpretação. Pois, “a análise de conteú-

do aparece como um conjunto de técnicas de análise das comunicações, que utiliza procedimentos sistemáticos e objetivos de descrição do conteúdo das mensagens” (BARDIN, 2010, p. 38).

Operacionalmente, a primeira etapa é a pré-análise que se decompõe em três tarefas, a leitura flutuante do conteúdo das informações obtidas; constituição do corpus, que retrato o universo estudado como um todo; e a formulação e reformulação de hipóteses e objetivos.

A leitura flutuante estabelece “contato com os documentos a analisar e em conhecer o texto, deixando-se invadir por impressões e orientações”, o corpus “é o conjunto dos documentos tidos em conta para serem submetidos aos procedimentos analíticos” (BARDIN, 2010, p. 96).

Nessa fase de análise, são determinadas as unidades de registro, de contexto, os recortes, as formas de categorização a modalidade de codificação e os conceitos teóricos que irão orientar a fase de análise do material coletado (MINAYO, 2010).

Em seguida, tem-se a fase de exploração do material e tratamento dos resultados obtidos e interpretação. A partir disso, o pesquisador “(...) propõe interferências e realiza interpretações, inter-relacionando-as com o quadro teórico desenhado inicialmente (...)” (MINAYO, 2010, p. 318).

Por meio da análise de conteúdo, podem-se verificar as hipóteses, em que serão buscadas as respostas para as questões, sendo confirmadas ou não, e ter a possibilidade da descoberta do que não é aparente, mas do que se mostra encoberto pelas falas dos sujeitos.

Emergiram duas categorias temáticas intituladas: Compreensão dos profissionais da ESF sobre a promoção da saúde e promoção da saúde da pessoa idosa.

### Aspectos éticos e legais

Foram respeitados todos os preceitos éticos e legais sobre a pesquisa que envolvem seres humanos, atendendo a Resolução 466/2012. Esta Resolução incorpora, sob a ótica do indivíduo e das coletividades, os referenciais da bioética, autonomia, não maleficência, beneficência, justiça e equidade, dentre outros, e visa assegurar os direitos e deveres que dizem respeito aos participantes da pesquisa, à comunidade científica e ao Estado.

A pesquisa foi registrada na Plataforma Brasil e enviada ao Comitê de Ética e Pesquisa (CEP) da Universidade Estadual do Ceará (UECE), como cumprimento das normas de estudos que envolvem seres humanos, sendo aprovada conforme parecer número 501.675, no dia 16 de dezembro de 2013.

## Resultado e discussão

### **Categorial: compreensão dos profissionais da esf sobre a promoção da saúde**

Iniciou-se o diálogo com os participantes com um questionamento sobre a compreensão de promoção da saúde, sendo revelados diversos olhares, dentro os quais a concepção de prevenção, educação em saúde e qualidade de vida se destacaram, contudo o autocuidado, a fuga da medicalização, a cultura de paz e a troca de saberes, também, ganharam destaque nas falas analisadas. Vejamos os relatos que se seguem:

... a promoção da saúde engloba muito a prevenção, ... depois vem o tratamento, a cura e assim sucessivamente (Amitiel).

... levar informações a respeito do seu estado de saúde ... prevenir as doenças, como também tratar as doenças ... para que ela tenha condições de perceber se tem fator de risco e a partir daí trabalhar as intervenções (Leo).

Verificou-se que alguns participantes compreenderam a promoção da saúde como prevenção, primeiro estágio para evitar as doenças, como forma de intervir no processo de adoecimento. Os profissionais se embasaram no conceito de que prevenir é antecipar, está atento antes que aconteça ou mesmo cuidar de fatores intrínsecos e extrínsecos para que não aconteça a doença. (ROQUAYROL e FILHO, 1999), associando o contexto da promoção da saúde à “História Natural das Doenças”, proposta por Leavell e Clark, em 1976, que a dividiu didaticamente em três níveis: primária, secundária e terciária, sendo a promoção da saúde uma das fases da prevenção primária, em que se teria que intervir no período pré-patogênico.

Para Czeresnia (2009), a prevenção engloba o controle de transmissão de doenças infecciosas, redução do risco de doenças degenerativas, ou seja, suas ações estão dirigidas para reduzir a incidência e a prevalência de doenças específicas na população. Por outro lado, a promoção envolve a ideia de fortalecer a capacidade individual e coletiva do sujeito para que este possa lidar com as desigualdades dos condicionantes sociais. A promoção leva o indivíduo a uma mudança de hábitos de vida, melhorando sua qualidade de vida, esta veio como crítica ao modelo biomédico hegemônico e sua insuficiência para enfrentar e resolver os complexos problemas da população.

A promoção da saúde vem acompanhada da concepção de que o sujeito deve ser emponderado, e para isso, a sua participação ativa nas decisões sobre a sua saúde e de seu território é fundamental. Para haver o “sujeito emponderado”, uma das premissas é existir a participação comunitária, no processo de planejamento e execução das ações de saúde (CARVALHO, 2007).

Percebeu-se a compreensão relacionada a uma tentativa de emponderamento, ou seja, os profissionais revelaram a necessidade de orientar para que as pessoas tenham a noção e a condição de se cuidar, sendo esse cuidado qualificado a ponto de modificar sua condição de saúde. Apesar de tímida, esse olhar pode revelar o interesse por parte das equipes no desenvolvimento de estratégias que possam permitir que o indivíduo, dentro da sua comunidade, possa ser um agente transformador de sua condição e melhorar sua qualidade de vida. Como verificamos nos relatos a seguir:

... é você orientar as pessoas a buscar melhorias, tanto do ponto de vista de já ter uma doença instalada... convivendo harmonicamente mesmo com um processo patológico associado (Adonai).

... é um processo contínuo de orientações, de medidas que influenciem diretamente no autocuidado do paciente ... é um trabalho que você consegue ter resultados a longo prazo... (Barakiel).

... é você incentivar as pessoas a ter mais autocontrole na doença, saber se autocuidar, saber os cuidados pessoais que podem ter para adquirir uma saúde melhor, uma qualidade de vida melhor (Rafael).

Para isso, o emponderamento vai além de oferecer informações, “o indivíduo empowered deve ser capaz de analisar criticamente o contexto político e social ...” e assim conseguir se envolver em ações que o levem a uma mudança do seu status quo (CARVALHO, 2007, p. 62).

Importante ressaltar que o emponderamento e a participação social não devem ser separados, muito menos os profissionais assumirem uma condição de tutela do indivíduo, pois a garantia do acesso às informações e a ampliação do conhecimento em saúde sem que o mesmo não tenha a percepção de aumento de sua capacidade de controle e a perspectiva de mudança, pode-se resultar em uma sensação de impotência (RODRIGUES; RIBEIRO, 2012).

Os espaços de discussão representados pelos Conselhos de saúde Municipal, Conselhos Locais de Saúde, Conselhos Municipais de saúde da Pessoa Idosa, dentre outros, garantem a participação popular, o controle social e a gestão democrática das políticas e serviços públicos. Envolver o cidadão idoso no planejamento, discussão e acompanhamento da execução das políticas é fundamental para o emponderamento dos mesmos.

Ressalta-se que nas falas apresentadas os participantes colocaram o autocuidado como um aspecto essencial para promoção da saúde, necessitando de reflexão sobre seu significado. Para Litivoc e Brito (2004), o autocuidado pode ser compreendido como as ações e decisões de uma pessoa para a prevenção, o diagnóstico ou o tratamento de uma doença, ou seja, envolve todas as atividades individuais dirigidas à manutenção da sua saúde.

É possível verificar, ainda, que os mesmos apontaram nas ações de educação em saúde um caminho para evitar esse adoecimento, identificando os fatores de risco, explicitado nos trechos a seguir:

... na promoção entra a prevenção nas ações educativas, onde você tenta intervir antes do adoecimento da população, do doente (Purah).

É um conjunto de ações para que a gente promova a saúde da população por meio da educação em saúde, do aconselhamento, acolhimento na unidade de saúde ... (Michael).

A educação em saúde é uma ferramenta para a promoção da saúde, esta deve ser realizada em uma perspectiva transformadora, sendo o sujeito coparticipante do processo de transformação da sua realidade, com metodologias que busquem o desenvolvimento crítico do pensamento, de forma a valorizar suas experiências pessoais, sua cultura e história de vida. Necessário, pois, repensar práticas que envolvam a educação em saúde de forma dominadora ou com a finalidade de domesticar o sujeito para mudanças entendidas pelo pensamento dominante, profissional de saúde, como corretas e necessárias para se ter uma “saúde” adequada. O modelo de atenção proposta para a ESF agrega conceitos de Teorias da Problematização e Educação Popular em Saúde como necessária para o emponderamento do sujeito, sendo essencial para a promoção da saúde.

Os desafios da construção de novos paradigmas da promoção em saúde têm levado muitos profissionais a trabalhar de formas alternativas de educação em saúde referendadas na educação popular, e que envolvem compreensões plurais quanto à natureza e à extensão dos fenômenos, desde a ideia de classe subalternas – pobres, marginalizados, oprimidos e excluídos – e de todas as demais camadas da população... (ARAÚJO; ALMEIDA; NÓBREGA-TRERRIEN, 2013, p. 639).

A compreensão da promoção da saúde vem se ampliando desde a sua formulação inicial, pela Carta de Ottawa (1986), e pelos seguidos encontros e conferências internacionais que trataram do tema, objetivando diminuir as iniquidades e desigualdades sociais. O termo promoção da saúde foi usado a princípio para caracterizar um nível de atenção da medicina preventiva, contudo, seu significado mais recente representa um enfoque político e técnico em torno do processo saúde-doença-cuidado (LOPES et al., 2010; SASAKI; RIBEIRO, 2013; BUSS, 2000).

Dessa forma, deve ser compreendida para além dos cuidados clínicos que envolvem a manutenção da saúde e o adoecimento dos indivíduos. Os condicionantes pessoais, econômicos e sociais, associado ao potencial de participação do sujeito e comunidade para conseguir mudanças positivas no seu território, este visto como espaços não apenas geográficos, como também político, deve ser considerado.



Acho que não são apenas os cuidados médicos, mas tudo o que cerca a pessoa, uma boa alimentação, uma boa moradia, o estilo de vida, isso tudo vai interferir na promoção da saúde, não é só a estrutura física do posto, nem só o médico, mas o ambiente que a pessoa vive e os cuidados preventivos (Minil).

A saúde é compreendida não apenas como a “ausência de doenças”, que necessitam de intervenções médicas, esta passa a ser “considerada o resultado de um processo de produção, um objetivo a ser alcançado por tecnologias e saberes que têm por objeto a doença em sujeitos concretos...”, o objetivo não é curar a doença, mas trabalhar de forma holística o “sujeito concreto, social e subjetivamente constituído” (CARVALHO, 2007, p. 75).

A compreensão de promoção da saúde como qualidade de vida se destaca nas falas:

Uma qualidade de vida melhor para o paciente, de uma forma que ele possa levar em condições normais a sua vida do diaadia (Nanael).

Melhorar a qualidade de vida, que é o carro-chefe da história e não é só aquela história de só tratar a doença,... tem que ter responsabilidade com a área toda (Barman).

A associação da promoção da saúde com a qualidade de vida, representadas por esses dois profissionais, remete à ideia de busca por melhorias, além do tratamento de doenças, ou apenas pelo de controle das mesmas. Promover saúde se enquadra na concepção de que a responsabilização com o território e pelos sujeitos que o habitam devem existir.

Acrescentado a isso, o entendimento de que para se alcançar a promoção da saúde e a qualidade de vida desejável o sujeito necessita não apenas de cuidados clínicos e assistenciais, pode ser evidenciado na fala logo mais:

... é lazer, é educação, é saneamento básico, envolvem todos esses aspectos associados, a gente não vai conseguir a saúde só resumindo ao olhar do PSF, a gente tem que ter uma visão associadas a essas outras áreas, trabalho, tudo isso tem haver com a questão da saúde, isso é uma peça fundamental para que o indivíduo possa vir ter uma saúde, uma qualidade de vida (Sophia).

A promoção da saúde, entendida como a capacidade da comunidade de atuar para buscar sua melhoria de saúde, contribui diretamente para melhoria da qualidade de vida, esta compreendida não apenas como a melhoria individual, mas alcançando os aspectos ambientais, sociais, econômicos e culturais na vida dos sujeitos no seu território.

A noção de qualidade de vida configura-se, então, como uma relação entre a qualidade das condições de vida disponíveis (fatores ambientais, sociais e econômicos) e

a qualidade dos estilos de vida escolhidos (fatores comportamentais), de maneira que é a percepção individual desses elementos que os articula (GIMENES, 2013, p. 293).

Percebeu-se que, além da visão da promoção da saúde como qualidade de vida, nas falas, elucidaram a compreensão de outros pontos para alcançar a saúde, segundo a Carta de Ottawa, como a paz, enfatizando o desenvolvimento da cultura de paz, a criação de elementos favoráveis a saúde, desenvolvimentos de habilidades pessoais e reorientação do sistema de saúde (BUSS, 2000). Depoimentos a seguir confirmam o exposto:

Promoção da saúde é você concentrar todos os fatores que são referentes à saúde em um contexto ampliado que vai desde a saúde física do indivíduo, até ao acesso, ao transporte, educação, lazer, práticas de políticas de paz, então eu vejo como um aspecto mais ampliado no conceito de saúde. Promover saúde é você promover cultura de paz, é favorecer o cidadão ater acesso a transporte de qualidade, lazer, enfim (Hamon).

... promover a saúde, para melhorar o bem-estar, não só fisicamente, esteticamente, mas psicossocialmente (Dumah).

Necessário se faz discutir mais amplamente o conceito de promoção da saúde, a fim de que a compreensão desta seja embasada nos seus documentos sustentadores, sendo assim efetivamente construída a partir da atuação no território de profissionais, gestores e usuários.

## Categoria 2: promoção da saúde e a pessoa idosa

Quando questionados sobre a compreensão dos profissionais acerca da promoção da saúde em relação à pessoa idosa, a princípio, perceberam-se dificuldades em relatar sobre a indagação. Os participantes expressaram angústias em relação à especificidade da temática.

Compreende-se este fato, considerando ser uma área ainda com muito a se conhecer, principalmente no Brasil, pois, somente no Século XX, com as mudanças no quadro epidemiológico e demográfico mundial, o “homem” iniciou seus estudos sobre o fenômeno do envelhecimento. Até os anos de 1980, essa temática era tímida, quase imperceptível, em uma sociedade capitalista com a força do trabalho sendo destaque para a economia, as pessoas com idades mais avançadas eram consideradas improdutivas (VERAS, 2006).

No Brasil, ancorados aos documentos das conferências internacionais que trouxeram a discussão sobre a promoção da saúde, o Ministério da Saúde iniciou a elaboração de políticas destinadas a trabalhar com a temática “Promoção da Saúde” e “Pessoa Idosa”, sendo que alguns princípios relacionados à saúde dos idosos foram apontados como fundamentais para que as suas diretrizes alcançassem êxito, como:

a promoção do envelhecimento saudável; a manutenção da capacidade funcional; a assistência às necessidades de saúde do idoso; a reabilitação da capacidade funcional comprometida; a capacitação de recursos humanos especializados; o apoio ao desenvolvimento de cuidados informais; e o apoio a estudos e pesquisas (BRASIL, 2002; BRASIL, 2006<sup>a</sup>; BRASIL, 2006b).

Os relatos dos participantes, apresentados ao logo dessa categoria, em relação à promoção da saúde da pessoa idosa trazem a idéia da melhoria da qualidade de vida da pessoa idosa, como logo nas falas de alguns participantes.

... melhorar a qualidade de vida do idoso, eu acho que deve prorrogar essa vida, mas uma vida ativa, sem dependência... (Barman).

... começar a educar desde o atendimento quando vai para a unidade de saúde... orientando como ele (o idoso) deve ter uma qualidade de vida... (Amitiel).

Observou-se que os profissionais associaram à vida ativa, sem dependência, a uma melhor qualidade de vida, resultando na promoção da saúde desse indivíduo, sendo que para acontecer isso, deve-se orientá-lo para que o mesmo tenha qualidade de vida satisfatória.

A participação ativa das pessoas idosas é essencial para o alcance desses objetivos, gestão e profissionais irão alcançar essas metas, se o público-alvo reconhecer como importante tais medidas, assim, o envolvimento da população de 60 anos e mais nessa discussão é fundamental.

A compreensão de manutenção da independência como um meio de favorecer a sua cidadania, levando-os a se manterem produtivos na sociedade, e assim ser capaz de promover a saúde também foi colocada nas falas dos profissionais pesquisados como demonstra o relato a seguir:

... favorecer a independência do idoso, não tirar a cidadania do idoso, ...apesar de ser um público que exige um pouco mais de cuidados de saúde, ... ele deve ser o mais independente possível, então promover saúde na relação do idoso é protegê-lo de violência, ... no sentido de não excluí-los da sociedade, deixá-los ainda como sujeitos produtivos, ativos no seu cuidado, ativos na sua comunidade... (Hamon).

Importante ressaltar que alguns entrevistados reconheceram que para a promoção da saúde na terceira idade, necessário se faz a mudança do olhar dos profissionais da Atenção Básica, sendo fundamental a compreensão do idoso diferente de uma pessoa que possui apenas doenças e que essas lhe causam sofrimento e incapacidades, evidenciado no relato que se segue:

Para promover a saúde do idoso, a gente tem que ver o idoso como um todo, a gente trabalha na Saúde da Família a saúde do idoso por partes, idoso hipertenso, idoso diabético, o idoso que toma algum psicotrópico, a gente não ver o idoso, ver partes do idoso, então teria que ter um conhecimento mais amplo e mais tempo disponível para esse idoso, para trabalhar ele de forma geral, tanto em relação às prevenções das patologias como em relação à socialização desse idoso... (PATHIEL).

O estereótipo da imagem da pessoa idosa como alguém que perdeu a sua capacidade e estar incapaz de cuidar de sua saúde, pode influenciar nos modos como os próprios idosos e os profissionais venham a trabalhar a promoção da saúde nesse grupo específico, pois se deve reconhecer a potencialidade desse grupo na participação ativa na sociedade e sendo capaz de transformar a sua realidade. A medida que os profissionais percebem a pessoa de 60 anos e mais apenas como portadoras de doenças crônicas e incapacidades pela senilidade, as ações curativas e de recuperação da saúde irão se sobressair das de promoção e prevenção. A imagem da população idosa associada a pessoas que necessitam de ajuda, como dependentes do cuidado, podem resultar em atitudes que ressaltam a medicalização e outras medidas estritamente voltadas ao processo do adoecimento.

O processo de envelhecimento não deve ser visto apenas como resultado de alterações fisiológicas, mas, também, como um fenômeno influenciado pela cultura. Uma visão negativa e deficitária da fase idosa, muito presente no Ocidente, resulta de uma sociedade focada nos modos de produção para o lucro, para a juventude, cujo dinamismo no fazer é preponderante. A educação para a compreensão dessa etapa da vida deve ser discutida nos diversos espaços para uma construção positiva do envelhecimento. Sendo iniciada na família, em que todos os membros possam compartilhar de experiências e afeto. Nos espaços escolares, com a organização de grupos intergeracionais, por meio de rodas de conversas e construção de espaços de trocas com idosos da própria comunidade, sendo importante o debate de inclusão de temas sobre o envelhecimento nos currículos escolares. E, nos espaços de trabalho, com a valorização de habilidades e experiências adquiridas no decorrer da sua vida, sendo necessária preparação mais adequada para aposentadoria (FERREIRA et al., 2010).

A discussão sobre o emponderamento não pode ser restrita a grupos populacionais compreendidos como “ativos”, “empreendedores”, “saúáveis”, excluindo os que se consideram “incapazes”, “fragilizados”, “inativos”. A necessidade de reconhecer a população idosa como um grupo populacional cada vez mais crescente e com potencialidades a serem trabalhadas e desenvolvidas é emergente.

O “empowerment” deve ser considerado como uma condição indispensável para a efetivação e viabilidade das políticas públicas de saúde (BUSS, 2000), necessário para a sua concretização parcerias entre setores sociais, econômicos, religiosos, enfim parceiros que intersetorialmente consolidem as políticas para a efetivação da promoção da saúde.

A leitura das falas dos participantes remeteu à necessidade de discussão sobre como estes “enxergam” a pessoa idosa, pois, perceberam-se nuances na visão de ser “um idoso”, especialmente centrados na concepção de serem pessoas vulneráveis, portadoras de doenças crônicas, excluídas da sociedade e de sua família, que sofrem devido à condição de senilidade, e que isso é um resultado de um estilo de vida.

Para uma atitude proativa dos profissionais em relação à população geriátrica, faz-se necessária política de saúde no município, resultando em ações exitosas de todos os setores ligados à promoção da saúde. Contudo, os entrevistados sinalizaram fragilização dessas políticas dentro do setor saúde, apontando a necessidade de fortalecimento das estratégias de acompanhamento das necessidades desse público.

... ele é um público muito vulnerável, e hoje eu diria que o sistema de saúde ele ainda não se encontra devidamente atento, eu diria até não preparado para enfrentar as necessidades específicas dessa população (Kalaziel).

As políticas de saúde têm a função de contribuir para o alcance do melhor estado de saúde possível, pois considerando a saúde de forma ampliada, reforçaremos a necessidade de mudança do contexto atual em que vivemos, tornando possível a produção de ambiente social e cultural mais favorável para a população idosa no Brasil (CIOSAK et al., 2011). O envelhecimento não deve ser visto como uma incapacidade de modo que as pessoas sexagenárias deixem de realizar suas atividades, mas buscar meios de se adequar às suas limitações, contudo, torna-se necessário preparar esse público para um envelhecimento ativo bem sucedido (BEZERRA et al., 2009; ALENCAR et al., 2010; ALMEIDA et al., 2012).

Outros participantes se referiram à população idosa como portadoras de Doenças Crônicas Não Transmissíveis (DCNT), principalmente a Hipertensão Arterial e Diabetes, expondo uma concepção de um grupo etária necessariamente doente ou acometido por uma afecção crônica, demonstrados nos depoimentos que se seguem:

... são aqueles que mais procuram a unidade, porque já tem algum problema crônico, é uma hipertensão, diabetes, osteoporose, já esse grupo que agente aborda nessa faixa etária...(Diniel).

... porque a população idosa acomete muito a hipertensão, diabetes... (Michael).

... quando a gente chega numa certa idade, uma série de doenças podem acontecer, como diabetes, doenças cardiovasculares, doenças relacionadas também à saúde bucal... (Nanael).

Sabe-se que à medida que a população envelhece, a incidência e prevalência das DCNT aumentam, resultado de alterações no metabolismo orgânico do indivíduo, e que

podem ser evitadas, pois seus determinantes não se restringem à fatores genéticos ou à idade, devem-se, também, a fatores de risco ambientais e comportamental (OLIVEIRA; MENEZES, 2011; GONDIM et al., 2012). No estudo de Alencar et al. (2010), sobre a percepção dos profissionais da ESF a respeito da atenção à pessoa idosa, as ações estavam centradas especialmente na recuperação e tratamento, pela grande demanda do programa HIPERDIA (Sistema de Gestão Clínica de Hipertensão Arterial e Diabetes Mellitus da Atenção Básica), que objetiva o acompanhamento e controle da Hipertensão arterial e Diabetes. Realidade semelhante no município estudado.

A temática envelhecimento é complexa, pois, que todas as fases do ciclo vital tem a sua especificidade. Tornando necessária a reflexão, pois ao considerar a velhice como sinônimo de doença, privação, dependência, tristeza, frustração, levando a pensar ser o idoso um fardo pesado para a sociedade e os “mais ativos”, as intervenções voltadas à medicalização irão se sobressair em relação às de promoção da saúde para esse grupo etário. Pois, “O que torna a velhice sinônimo de sofrimento é mais o abandono que a doença; a solidão que a dependência...” (MINAYO; COIMBRA JÚNIOR, 2002, p. 14).

A visão da pessoa idosa excluída pela sociedade, imposta pelo sistema econômico em que vivemos, e por ser alguém com muita experiência a ser compartilhada, emergiu nas falas de alguns profissionais entrevistados.

... Quando você vê que o idoso é alguém que tem a capacidade de está passando experiência para ensinar, nem sempre ele é incluído nesse processo... (Barman).

... o idoso ele é um pouco esquecido, enquanto a gente é jovem, enquanto é produtivo, temos várias pessoas ao nosso redor, mas quando agente deixa de ser produtivo, então geralmente as pessoas mais jovens elas se afastam, porque elas ainda estão na fase de produção... (Adonai).

O avanço tecnológico trouxe a modernidade e a oportunidade de experimentar o novo de forma rápida, em um mundo cibernético, quase não há espaço para o que não é atual. Esses avanços contribuíram para o controle das doenças transmissíveis e endêmicas, para o diagnóstico e tratamento de doenças crônicas, favorecendo o aumento da esperança de vida ao nascer, resultando no envelhecimento populacional.

Contrapondo a isso, a concepção de que a população de 60 anos e mais, que experimenta um crescimento resultante desses avanços, aparece como um problema a ser resolvido, sanado ou mesmo controlado. Como colocam Minayo e Coimbra Júnior (2002), ao afirmarem que para a família e sociedade a velhice sempre foi pensada como uma carga econômica, pois numa sociedade socialmente jovem e com necessidades lucrativas, envelhecer se torna uma ameaça às mudanças, resultando numa exclusão dessa parcela da população, sendo subtraído dos mesmos o seu papel de pensar o seu próprio destino.

Farinatti (2008, p. 48-49), coloca que “mesmo quando os conhecimentos e motivações existem, nem sempre são suficientes para induzir hábitos desejáveis, uma vez que o comportamento esteja fortemente integrado à vida cotidiana...”. Enfatiza, ainda, que “sensibilizar os indivíduos e fornecer-lhes opções de escolha, melhorar as condições que afetam seus modos de vida, encorajar a adoções de comportamentos saudáveis...”, sem uma imposição, são pontos positivos para trabalhar a promoção da saúde.

## Considerações finais

Questionar sobre a compreensão da promoção da saúde se torna necessário para que as ações dos profissionais da atenção primária resultem no emponderamento do indivíduo na sua comunidade.

Nesse estudo, emergiram várias concepções sobre a compreensão da promoção da saúde, por meio dos diálogos com os profissionais da ESF, desde o entendimento como prevenção, educação em saúde, qualidade de vida, autocuidado e cultura de paz. Concepções essas que devem ser discutidas nos espaços das unidades de saúde e na comunidade, ancoradas em documentos sustentadores para efetivamente embasar a atuação dos profissionais e gestores no território.

Ao adentrar no universo da pessoa idosa, a compreensão da promoção da saúde não se diferencia, são associados termos como qualidade de vida, manutenção da saúde e capacidade de manter a vida com independência.

Entretanto, faz-se necessária uma reflexão sobre a ampliação do debate sobre a visão da sociedade, profissionais de saúde e gestores sobre o “ser idoso”. As pessoas sexagenárias, diferente do que se apresentou no estudo, não deve ser representadas por adjetivos como “incapazes”, “dependentes”, “doentes”, pois para esse público ser sujeito ativo, estar emponderado, e assim ser um agente transformador de sua condição de doença e saúde, imprescindível a compreensão da senescência como uma condição fisiológica e única, e que cada pessoa idosa pode vivenciá-la de maneira saudável.

A necessidade de ampliar o estudo sobre essa temática é essencial. Alargar o debate e reflexão sobre a promoção da saúde nos mais diversos espaços, dialogar com a pessoa idosa sobre a temática e expandir a investigação para os outros profissionais que atuam na Atenção Primária potencializa a visão crítica, reflexiva e construtiva para a consolidação de estratégias exitosas no campo da promoção da saúde.

## Referencias

ALMEIDA, V. C. F. et al. Envelhecer com Saúde. In: ROCHA, A. M.; ISIDORO, N. J. X. (Org.) A Terceira Idade em Múltiplos Olhares e Saberes. Fortaleza: Imprece, 2012. p. 55-65.

ALENCAR, M. S. S. et al. Percepções dos profissionais de saúde da família a respeito da atenção à pessoa idosa em Teresina-PI. *Rev Bras Geriatr Gerontol.*, Rio de Janeiro, v. 13, n. 3, p. 475-485, 2010.

ARAÚJO, M. F. M.; ALMEIDA, M. I.; NÓBREGA-THERRIEN, S. M. Educação em Saúde: Reflexões para a Promoção da Vigilância à Saúde. In: ROUQUAYROL, M. Z.; GURGEL, M. (Org.) *Epidemiologia & Saúde*. 7. ed. Rio de Janeiro: MedBook, 2013.

BARDIN, L. *Análise de Conteúdo*. Edições 70 Lda. Lisboa/ Portugal, 2010.

BEZERRA, J. M. et al. O Serviço de Saúde Pública em Juazeiro do Norte na Visão dos Idosos. In: NÓBREGA-THERRIEN, S. M.; ALMEIDA, M. In; ANDRADE, J. T. *Formação Diferenciada: a Produção de um Grupo de Pesquisa*. Fortaleza: EdUECE, 2009.

BRASIL. Ministério da Saúde. Saúde, Secretaria de Políticas de Saúde, Projeto Promoção da Saúde. *As Cartas da Promoção da Saúde*. Brasília: Ministério da Saúde, 2002.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. *Envelhecimento e saúde da pessoa idosa*. Brasília: Ministério da Saúde, 2006a. (Caderno 19).

BRASIL. Ministério da Saúde. Política Nacional de Atenção Básica. Brasília: Ministério da Saúde, 2006b.

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

CARVALHO, S. R. *Saúde coletiva e promoção da saúde: sujeito e mudança*. 2.ed. São Paulo: Hucitec, 2007

CIOSAK, S. I. et al. Senescência e senilidade: novo paradigma na Atenção Básica de Saúde. *Rev Esc Enferm USP*, v. 45, n. esp. 2, p.1763-1768, 2011.

CZERESNIA, D. (org.) *Promoção da Saúde: Conceitos, reflexões, tendências*. 2ª Ed. Rio de Janeiro, Editora: FIOCRUZ, 2009.

FARINATTI, P.T. V. *Envelhecimento, promoção da saúde e exercício: bases teóricas e metodológicas*. Barueri, São Paulo: Manole, 2008.

FERREIRA, O. G. L. et al. Significados atribuídos ao envelhecimento: idoso, velho e idoso ativo. *Psico-USF*, v. 15, n. 3, p. 357-364, 2010.

FLEURY-TEIXEIRA, P. et al. Autonomia como categoria central no conceito de promoção de saúde. *Ciência e Saúde Coletiva*, v.13, supl. 2, p. 2115-2122, 2008.

GIL, A. C. *Métodos e técnicas de pesquisa social*. 6. ed. São Paulo: Atlas, 2011.

GIMENES, G.F. Uso e significados da qualidade de vida nos discursos contemporâneos de saúde. *Trab Educ Saúde*, v. 11, n. 2, p. 291-318, 2013.

GONDIM, A. P. S. et al. Autopercepção do Idoso Sobre Qualidade de Vida e Satisfação com a Saúde. In: SAINTRAIN, M. V.; PINHEIRO, C. P. O.; SILVA, R. M. (Org.). *Saúde do*



Idoso: estudos e práticas no processo do envelhecimento. Fortaleza: Edições UFC, 2012. p. 251-268.

JUAZEIRO DO NORTE. Relatório Anual de Gestão. Juazeiro do Norte, 2011.

LITVOC, J.; BRITO, F. C. Envelhecimento: Prevenção e promoção da Saúde. São Paulo: Atheneu, 2004.

MINAYO, M. C. O desafio do conhecimento. 12. ed. São Paulo: Hucitec, 2010.

MINAYO, M. C.; COIMBRA JÚNIOR, C. E. A. Entre a Liberdade e a Dependência: Reflexões Sobre o Fenômeno Social do envelhecimento. In: MINAYO, M. C.; COIMBRA JUNIOR, C. E. A. (Org.). Antropologia, Saúde e Envelhecimento. Rio de Janeiro. Editora: FIOCRUZ, 2002. p. 11-24.

OLIVEIRA, L.P.B.; MENEZES, R.M.P. Representações de fragilidade para idosos no contexto da Estratégia Saúde da Família. Texto Contexto Enferm., v. 20, n. 2, p. 301-309, 2011.

RODRIGUES, C. C., RIBEIRO, K. S. Q. S. Promoção da Saúde: A concepção dos profissionais de uma unidade de saúde da família. Rev Trab Educ Saúde, v. 10, n. 2, p. 235-255, 2012.

ROUQUAYROL, M. Z.; GOLDBAUM, M. Epidemiologia, História Natural e Prevenção de Doenças in: ROUQUAYROL, M. Z.; FILHO, N. A. Epidemiologia e Saúde. 5.ed. Rio de Janeiro: MEDSI, 1999, p 15-30.

SASAKI, A. K.; RIBEIRO, M. P. D. S. Percepção e prática da promoção da saúde na estratégia saúde da família em um centro de saúde em São Paulo, Brasil.

Rev Bras Med Fam Comunidade, v. 8, n. 28, p. 155-163, 2013.

SISTEMA DE INFORMAÇÃO DA ATENÇÃO BÁSICA. Consolidado da Ficha A das Equipes da ESF em Juazeiro do Norte. Juazeiro do Norte: Secretaria de Saúde de Juazeiro do Norte, 2011.

SISTEMA DE INFORMAÇÃO DA ATENÇÃO BÁSICA. Consolidado da Ficha A das Equipes da ESF em Juazeiro do Norte. Juazeiro do Norte: Secretaria de Saúde de Juazeiro do Norte, 2013.

VERAS, R. Envelhecimento Humano: Ações de promoção a saúde e prevenção de doenças. In: FREITAS, E. V. et al. Tratado de Geriatria e Gerontologia. 2. ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2006.



## A PROMOÇÃO DA SAÚDE NA PERSPECTIVA DA AUTONOMIA DO SUJEITO COM DIABETES

*José Adailton da Silva,*

*Karla Patrícia Cardoso Amorim*

### Introdução

Sabe-se que a diabetes *mellitus* é uma das doenças crônicas mais frequentes na população mundial, sendo caracterizada por disfunção metabólica com potencial degenerativo, que envolve todas as fontes energéticas, resultante das alterações na produção e secreção e/ou no mecanismo de ação da insulina. Segundo a Estatística Mundial de Saúde (2012), um em cada dez adultos têm diabetes, sendo esta a responsável direta por 3,5% das mortes (WHO, 2012).

A diabetes *mellitus* possui, na maioria dos casos, fatores predisponentes e condicionantes como obesidade, hábitos alimentares pouco saudáveis, sedentarismo, estresse e hereditariedade. Com exceção desse último fator, todos os outros podem ser prevenidos ou controlados com as ações de promoção da saúde.

Conviver com diabetes exige mudanças no estilo de vida, em especial, a aptidão para o autogoverno, impondo constante monitorização da glicemia, adoção de hábitos de vida saudáveis, atividade física regular e até mesmo a autoadministração de medicamentos. Muitos estudos voltados para a prevenção da diabetes são realizados. Porém, os sujeitos que têm o diagnóstico confirmado se veem ao obscuro de uma patologia que exige rigoroso controle e autocuidado para manter o equilíbrio, requerendo ações complexas de promoção da saúde.

É comum que os sujeitos com diabetes se tornem dependentes dos serviços de saúde, pois não são adequadamente trabalhados para a autonomia e acabam por ter baixa qualidade de vida, seja pelo sentimento de dependência de familiares ou dos serviços de saúde, ou por não conseguirem evitar as complicações da diabetes.

Diversos fatores favorecem tal dependência, mas, principalmente, o desconhecimento dos pacientes a respeito da *diabetes* e o fato de terem que seguir “regras” nem sempre aceitas e incorporadas por eles. Afinal, a capacidade de estabelecer e seguir

as próprias regras, com consciência e responsabilidade, determina o empoderamento (*empowerment*) dos sujeitos.

Nietsche & Backes (2000) caracterizam a autonomia como a habilidade de auto-determinação, de ser independente, isto é, o indivíduo tem o poder e a habilidade de decidir ou agir sobre si próprio.

Diante desta realidade surge o interesse e a necessidade de se discutir a promoção da saúde na perspectiva da autonomia, o respeito pelas escolhas das pessoas, mesmo diante de situações limitadoras, pois o “agir, mesmo na diferença, é o que faz um homem ser ético e permite-lhe organizar e hierarquizar a vida (...)” (NUNES, 2008). Além disso, para que tais escolhas sejam feitas de forma consciente e responsável, é necessário que todos estejam esclarecidos e livres para a tomada de decisão. Na doença crônica, há limitações, mas é imprescindível que sejam oferecidas opções de escolha, para que a fragilidade causada pela doença não influencie na autonomia dos sujeitos.

Deste modo, este estudo tem como objetivo identificar as experiências, necessidades e expectativas dos sujeitos com diabetes, na perspectiva da autonomia, para a promoção da saúde.

## Método

O presente estudo é um recorte do trabalho de conclusão de curso do Mestrado Profissional em Saúde da Família, da Rede Nordeste de Formação em Saúde da Família – RENASF/UFRN. A pesquisa maior teve como objetivo propor estratégias no âmbito da promoção da saúde na ESF, que contribuam para melhor autonomia e qualidade de vida aos portadores de diabetes *mellitus*, a partir de sua percepção, na qual foram articuladas as abordagens quantitativa e qualitativa, e participaram ao todo 65 pacientes, não havendo recusa em participar do estudo. Esta foi aprovada pelo Comitê de Ética do Hospital Universitário Onofre Lopes – HUOL – UFRN.

A pesquisa ocorreu no Município de Santa Cruz/RN, mais especificamente no território de saúde da família sob responsabilidade da Unidade de Saúde da Família do DNER. O território de saúde da família em estudo possui 7 micro-áreas de saúde, comportando uma equipe de Saúde da Família com Equipe de Saúde Bucal. A equipe é responsável pela coordenação do cuidado de 2758 pessoas adscritas, sendo 1303 do sexo masculino e 1455 do sexo feminino. A escolha do campo de pesquisa foi por conveniência.

Assim, neste recorte, dessa pesquisa maior, é descrito as experiências, necessidades e expectativas dos sujeitos com diabetes sobre autonomia, autocuidado e qualidade de vida que foram captadas através de uma abordagem qualitativa. Realizaram-se entrevistas semiestruturada – aqui compreendido como uma conversa orientada por um roteiro de pesquisa – com 6 participantes, sendo 3 com maior incidência de complicações da diabetes (Mégara, Esparta e Atenas) e 3 com menor incidência (Delfos,

Olímpia e Sárdis). Esses 6 sujeitos escolhidos foram selecionados, após a análise do perfil clínico e socioeconômico de todos os 65 participantes da pesquisa, através de formulários e questionários, em etapas anteriores da pesquisa, dentre aqueles com mais complicações e sem complicações provocadas pelo diabetes. Vale ressaltar que apenas 3 pesquisados tinham ausência de complicações (4,61% do universo pesquisado), seja autorreferida ou registrada em prontuário.

O roteiro da entrevista foi construído com base nos objetivos da pesquisa e na análise do perfil clínico e socioeconômico, sendo previamente testado. As entrevistas foram realizadas pelo próprio pesquisador responsável e profissional da ESF na Unidade de Saúde. Vale ressaltar que, nas pesquisas sociais, esse duplo papel de pesquisador e cuidador, a depender de como seja conduzida a pesquisa, pode ser positivo, no sentido de contribuir para o estabelecimento de elementos necessários para o bom andamento do estudo — laços de confiança e simpatia com as pessoas pesquisadas, fato que pudemos observar no presente estudo, pela forma espontânea que os entrevistados se portaram.

As entrevistas foram gravadas, transcritas e o tratamento do material empírico seguiu os passos explicitados por Bardin (BARDIN, 2009) acerca da análise de conteúdo. Nesse sentido, a análise temática de conteúdo desdobrou-se em três fases: pré-análise, exploração do material empírico e tratamento dos resultados e interpretações.

A primeira destas fases, caracterizada como de pré-análise, correspondeu a um período de intuições, tendo por objetivo sistematizar as ideias básicas iniciais tornando-as operacionais de modo a conduzir a um esquema preciso do desenvolvimento das operações sucessivas num plano de análise.

A segunda fase da análise de conteúdo tratou da exploração do material empírico, que consistiu essencialmente em operações de codificação e decomposição. Foram definidas as categorias de análise e unidades de registros (UR). Assim, o *corpus* dessas entrevistas possui 120 UR apreendidas em 3 categorias: I. Vida e qualidade de vida; II. Diagnóstico e enfrentamento do problema; III. Autonomia, limites e dependência.

A terceira e última fase da análise de conteúdo constou do tratamento dos resultados. Neste sentido, foram realizadas sínteses, inferências, interpretações e articulações entre as informações obtidas e o aporte teórico da pesquisa.

Os nomes dos sujeitos foram substituídos por cidades da Antiga Grécia, pelo fato deste país ter importante contribuição na etiologia das palavras diabetes e autonomia, que tem origens grega, para resguardar suas identidades.

Dentre os participantes selecionados para as entrevistas semiestruturadas com mais complicações, chama atenção **Mégara** (17 anos), que possui diabetes tipo 1, sua última glicemia casual pandrial foi 157mg/dl, usa insulina regular e NPH com vários episódios de hipoglicemia registrados em seu prontuário. Embora jovem, já possui retinopatia diabética, teve doença periodontal e há várias queixas de poliúria registradas.

Mégara foi mãe solteira aos 16 anos, filho não diabético, ensino médio incompleto, vive com outro companheiro (família reconstruída) em casa alugada com renda de um salário mínimo. **Esparta** (48 anos) possui diabetes tipo 2, sua última glicemia casual pandrial foi 152mg/dl, faz uso de vários hipoglicemiantes orais associados, há vários registros de hipoglicemia em seu prontuário, sofre de retinopatia e teve nefropatia há alguns meses, já teve doença periodontal e há registros e queixas de abscessos dentários e poliúria em seu prontuário. Esparta é viúva, com família reconstruída, reside com a mãe e mais dois filhos, em casa própria, com renda de um salário mínimo, não concluiu o ensino médio e é agricultora. **Atenas** (52 anos) tem diabetes tipo 2, sua última glicemia pós-pandrial foi 189mg/dl, faz uso de hipoglicemiantes orais e iniciou atividade física recentemente, diagnóstico de diabetes há menos de um ano, porém já com retinopatia, doença periodontal, queixa de poliúria e labilidade emocional. É casada, dona de casa, concluiu o ensino médio completo, reside com o pai, sequelado de AVC, o esposo e dois filhos, em casa própria, com renda superior a 4 salários mínimos.

Dentre os sujeitos selecionados para as entrevistas semiestruturadas com menos complicações, chama atenção **Delfos** (85 anos), reside em casa própria apenas com sua esposa, também idosa, ambos aposentados. Delfos cozinha, trabalha no quintal de casa criando galinhas e podando a grama, frequenta mensalmente a unidade de saúde, última glicemia casual pandrial 110mg/dl, sem registros de complicações ou queixas autoreferidas, usa hipoglicemiantes orais (glibenclamida e metformina) e faz caminhada regular, não é alfabetizado e tem renda familiar de dois salários mínimos. **Olimpia** (60 anos), servidora pública aposentada, possui ensino médio completo, é casada, reside em casa própria com esposo e 4 filhos, com renda de 3 salários mínimos, última glicemia casual pós-pandrial 170mg/dl, usa apenas metformina, faz academia regularmente e depois de aposentada trabalha na própria casa em um pequeno restaurante. Não há registros de queixas ou complicações em seu prontuário ou autoreferidas. **Sárdis** (65 anos), idosa, aposentada, casada, reside em casa própria com seu esposo, com renda de dois salários mínimos. Foi diagnosticada com diabetes recentemente e está em recuperação de mastectomia decorrente de câncer de mama. Não há queixas ou registros de complicações em seu prontuário ou autoreferidas, usa hipoglicemiante oral (glimpirida), faz dieta e atividade física com grupo de fisioterapia, cuida do lar e sua última glicemia pandrial registrada foi de 71mg/dl.

## Resultados

Os resultados a seguir estão organizados por categoria.

### Categoria I: Vida e Qualidade de Vida

Esta categoria reúne 37 Unidades de Registro - UR (fr: 27,61%) em duas subcategorias que agrupam aspectos relacionados à história de vida e perspectivas de futuro das pessoas com diabetes, sinalizando as experiências, necessidades e expectativas.

Os sujeitos com diabetes, deste estudo, descrevem suas vidas como se elas fossem divididas, antes e após o diagnóstico da diabetes, e mostram o sentimento diante da vida atual. Todos os sujeitos com diabetes que são aposentados consideram ainda que a vida produtiva no trabalho faz parte da história de vida passada, e justificam a diabetes e a idade avançada como situações que incapacitam para o trabalho.

Quando os participantes foram interrogados sobre o que achavam da vida atualmente, surge como unidades de registro a “estabilidade na vida” (Olímpia), “não ter mais saúde” (Atenas), “não viver maltratado” (Delfos) e “estar descuidado” (Mégara). Os sentidos negativos atribuídos à história de vida atual pertencem à Atenas e Mégara, que têm maiores índices de complicações. Os sentimentos tendem a ser mais negativos ou positivos naqueles pacientes com mais e menos complicações, respectivamente, conforme observado nas falas:

“Cansada, muito cansada... fracasso né, muito fracassada” (Esparta).

“Mesmo diante de todo o problema que tenho, sou feliz!” (Sárdis).

Fica evidente que Esparta traz o sentimento negativo de fracasso para sua história de vida. Isso pode ser justificado pelo fato de ela ter desenvolvido diabetes aos 48 anos de idade, quando ainda não havia garantido a estabilidade da família, no que diz respeito à vida financeira, apoiando-se exclusivamente no esposo para o sustento da família. Convém ressaltar que Esparta é viúva do primeiro casamento e sua relação de dependência financeira persiste pela segunda vez. Em contrapartida, embora com um sentido positivo de felicidade, Sárdis também aponta a diabetes como um problema, contudo, por se tratar de uma condição crônica, a diabetes deveria ser encarado apenas como uma especificidade de seu processo saúde-doença que requer maior atenção.

Quando indagamos, para os participantes desta pesquisa, a respeito de o que é ter uma vida com qualidade, assim eles se pronunciaram:

“... ter saúde, uma boa alimentação” (Esparta).

“A gente tem que ter uma vida bem alicerçada, não quer dizer só financeiramente mas boa alimentação, casa pra morar” (Olímpia).

“... tem que ter o lado do lazer” (Atenas).

Observamos que, para os sujeitos deste estudo, qualidade de vida aproxima-se do conceito ampliado de saúde, de acesso aos seus condicionantes e determinantes como alimentação, moradia, renda, lazer. Segundo Duchiate (1995) a saúde é um indicador de qualidade de vida, e é determinada, por sua vez, pelas condições gerais da existência. Assim, a própria autonomia é influenciada por tais determinantes. O

conceito de qualidade de vida para os entrevistados é polissêmico e é também afetado pelo “eu ter” diabetes, que para alguns pesquisados é tido como um problema ou anormalidade.

Neste estudo, os participantes expressam a qualidade de vida enquanto perspectivas para o futuro, desejos para uma vida melhor e sustentam suas esperanças em suas próprias crenças, como revelam as falas a seguir:

“Tenho muita fé em Deus que um dia posso melhorar, possa ter uma vida melhor” (Delfos).

“... se a gente for atrás né? A gente vai ter uma vida melhor, né?” (Esparta).

Tais crenças devem ser valorizadas, pois a motivação e esperança são indispensáveis para a qualidade de vida. Além disso, valores e crenças pessoais são importantes para o processo de negociação. Na saúde, as crenças são definidas como ideias, conceitos, convicções e atitudes tomadas pelos pacientes que estão relacionadas à saúde ou doença, e como estes fatores influenciam na qualidade de vida e saúde das pessoas (PEDROSA, 1991).

## **Categorias II: Diagnóstico e enfrentamento do problema**

Esta categoria reúne 37 UR (*fr*: 27,61%) em duas subcategorias que apontam o enfrentamento da doença crônica recém-descoberta e o processo de negação/aceitação, medo e insegurança (convívio) diante de novas regras a serem seguidas.

Dos 6 entrevistados, apenas 1 descobriu a diabetes na infância (diabetes tipo 1), os demais 5 descobriram na idade adulta (diabetes tipo 2). Para ambos, receber o diagnóstico teve os mesmos impactos em suas vidas, com processos difíceis de aceitação da condição crônica.

O primeiro processo de superação é reconhecer o diagnóstico. Segundo a OPAS (2010), no Brasil, dos “3.643.855 estimados como usuários do SUS com diabetes, quase metade desconhecia este diagnóstico e apenas 2/3 destes indivíduos estão em acompanhamento nas unidades de atenção básica” (p. 12). Isso pode ser observado na fala de Esparta, que desconhecia o diagnóstico.

“Eu não sabia que era diabética, meus pais não eram diabéticos (Esparta)”.

Segundo Esparta, seu diagnóstico foi feito, ocasionalmente, quando se sentiu mal na casa de um médico, onde prestava serviço de cozinheira, e fora assistida por ele, como relata a seguir:

“Estava sentindo uma tremura, muito cansada, muita sede, eu não sabia quais eram os sintomas do diabetes, né? (Esparta)”.



Nos participantes deste estudo o diagnóstico foi feito, na maioria dos casos, por sinais e sintomas identificados pelos próprios pacientes, ou por seus familiares, que os levaram às avaliações médicas, embora desconhecessem a sintomatologia da diabetes.

“Eu caía direto na escola, pernas pesadas, fracas, bebia muita água, xixi de noite... era direto (Mégara)”.

“Minha mãe e minha vó tinham morrido de diabetes... eu estava com 46 anos, aí a médica me atendeu, eu disse a ela os sintomas e ela disse, era diabetes!” (Olímpia).

Segundo a ADA (2013), existem várias formas de diagnosticar diabetes, porém, cada forma, geralmente, precisa ser repetida em um segundo dia para fechar o diagnóstico. Infelizmente, como observado nas falas anteriores, em muitos casos, a notícia do diagnóstico é imediata e impactante para os sujeitos, embora os sintomas precisem ser considerados, uma vez que a detecção precoce pode diminuir o risco de desenvolver complicações da diabetes. É importante saber que na diabetes tipo 1 os sintomas são facilmente identificados, contudo, no tipo 2 eles podem passar despercebidos.

Nesta pesquisa, a sintomatologia percebida levou os pacientes a buscarem avaliação médica. Entretanto, de posse do diagnóstico observamos surgir, muitas vezes, o processo de negação da doença, raiva, barganha e aceitação (ROSS, 1987).

Na negação, o paciente pode achar que o diagnóstico está equivocado, podendo até abandonar o tratamento e agir como se a doença não existisse, como podemos observar na fala a seguir:

“Eu achava que eu não era diabética, que era um momento... eu fiz um exame e levei no médico e ele disse – como é que fizeram este exame com você, pois você não é diabética... você poderia ter morrido (Atenas)”.

Após este estágio, pode emergir a fase da raiva, da revolta, do ressentimento, do inconformismo (ROSS, 1987), de ter uma doença crônica que poderia ter sido evitada. A diabetes tipo 1, tem no fator genético a maior influência, contudo, no tipo 2, o estilo de vida, como sedentarismo e alimentação hipercalórica que leva à obesidade central é o fator mais determinante. Desse modo, é natural um inconformismo temporário com a situação, o que não pode e não deve acontecer é que este inconformismo perdure e influencie no tratamento. O inconformismo pode ser observado na fala de Sárís, em que, para ela, o fato da diabetes ser crônica é mais difícil de ser encarada e aceita do que outros diagnósticos:

“Na descoberta do meu câncer eu não fiquei assim tão chocada... porque o câncer hoje tem cura, quando descoberto a tempo tem cura e o diabetes não (Sárdís)”

“Nunca fui de escolher o doce, escolhia o salgado, [mas agora] eu fiquei tão ansiosa... fui no mercadinho e comprei um pacote de doce e comi, comi, comi e acho que comi aquele pacote todo (Atenas)”.

O terceiro estágio é o da barganha, no qual o paciente tenta negociar a solução para o sofrimento gerado pela doença (ROSS, 1987). Em todos os estágios, o profissional de saúde e a família têm papel fundamental, e deve incentivá-lo a participar de grupos de promoção da saúde, onde a possibilidade de compreender o fenômeno da cronicidade seja real.

O quarto estágio é o da depressão, podendo se apresentar sob duas formas: depressão reativa e depressão preparatória. Na depressão reativa, o sujeito com doença crônica pode, momentaneamente, desenvolver sintomas depressivos, pelas circunstâncias em que se encontra. No paciente crônico, o período de depressão preparatória surge frequentemente ligada à morte simbólica, às perdas impostas pela cronicidade da doença.

O estágio da depressão expressa os medos e angustias dos pacientes em viver com situações limitadoras. Verificamos que o desconhecimento do próprio corpo e da própria patologia são fatores importantes e responsáveis para a baixa autonomia e conseqüente medo e insegurança, por isso a importância de serem implementadas ações que favoreçam o enfrentamento da realidade com autonomia e responsabilidade.

As falas a seguir expressam o sentimento de medo e angústia relativos à doença:

“Tenho [medo]... como aconteceu com uma amiga. No carnaval, passou mal e [foi no hospital]... não sabiam que ela tinha diabetes e ela veio a óbito” (Atenas)

“Desde 1981 que descobri, ai fiquei nervosa demais, não podia comer nada, pra mim tudo ia fazer mal né” (Olimpia)

O quinto estágio é o da aceitação, que, no caso das doenças crônicas, está ligado à própria permanência da doença (ROSS, 1987).

“Eu não queria aceitar não, eu aceitei depois que eu estava grávida” (Mégara).

“Na fase da descoberta eu não gostei, mas hoje já aceito, não me ataquei não” (Sárdis)

Supomos que no caso de Mégara, a aceitação da diabetes se deve à nova estrutura familiar, que agora requer dela maior segurança e responsabilidade para o enfrenta-

mento dos problemas. No caso de Sárdis, parece ter se conformado com a situação, por ter conhecimento de sua cronicidade, e pelo fato da diabetes não ter causado grandes transtornos em sua vida, aceitando o desafio de encarar a doença.

Contudo, os estágios aqui apresentados apenas ilustram as fases em que as falas foram identificadas, de modo que elas não são sequenciais, lineares ou universais. Isto pode ser justificado ao identificarmos que há pessoas com o diagnóstico da diabetes há vários anos e suas falas apontam para estágios iniciais na conceituação de Kubler Ross, o mesmo acontece em pacientes com diagnóstico recente e já referem à aceitação da condição crônica.

### **Categoria III: Autonomia, limites e dependência**

A categoria autonomia, limites e dependência reúne 46 UR (fr: 34,33%) em 4 subcategorias, que expressam os aspectos relacionados à dependência natural do outro e dos serviços de saúde, dependência provocada por situações limitadoras, a complexidade da autonomia e as dificuldades enfrentadas no controle da doença.

A autonomia foi a subcategoria mais frequente apontada pelos sujeitos nesta categoria (fi: 29, Fr: 21,64%). Há uma diversidade de sentidos atribuídos pelas pessoas com diabetes sobre o que seja autonomia: autocontrole, autogoverno, liberdade e capacidade de agir racional e esclarecido.

No sentido de autocontrole, os sujeitos revelaram que a doença crônica impõe mudanças nos hábitos de vida, nem sempre aceitas pelos pacientes, e o autocontrole, em situações tidas como “proibidas”, marca a autonomia dessas pessoas, como apontam as falas a seguir:

“Depende... se for com a alimentação, pra eu chegar e dizer eu não vou fazer isso, acho que eu não tenho autonomia [autocontrole], de ser segura e dizer, isso eu não quero” (Atenas)

“Eu acredito que não [tenho autonomia], eu tenho que controlar muito na parte da alimentação” (Esparta).

“Controlar o que pode comer é uma grande dificuldade, mas a gente tem que controlar, tem que passar por cima daquilo e controlar” (Delfos).

“Autonomia é eu querer fazer uma coisa hoje e me controlar. Tenho!” (Sárdis).

Quatro entrevistados atribuem o sentido de autocontrole para a autonomia. Sendo que, a afirmação de ter autocontrole está presente nos 3 entrevistados que não possuem complicações da diabetes. Dos que possuem complicações e atribuem o sentido de autocontrole para autonomia, todos afirmaram não tê-la, geralmente, como

observado nas falas anteriores. Os sujeitos atribuem à alimentação o fator que mais exige autocontrole.

Este sentido de autonomia articula-se ainda a outra subcategoria, os conflitos pessoais no controle da doença, pois há pessoas que falham no autocontrole a ponto de colocarem em risco sua própria vida, como constatado na fala de Esparta:

“Antes eu já passei três meses fazendo dieta e não sentia necessidade de comer outras coisas, mas aí quando começou essa pressão do diabetes eu perdi o controle realmente” (Esparta).

Nestes casos, observa-se que a negociação e processo de aceitação da condição crônica não foram totalmente concretizados, pois, tal relato foi feito por Esparta, paciente que já têm o diagnóstico há 11 anos. Beauchamp & Childress (2002) lembram que há desejos e preferências básicos de primeira e de segunda ordem, de modo que uma pessoa autônoma é aquela que é capaz de aceitar racionalmente. Ou, seja, embora a autonomia possibilite a escolha, ela deve ser feita de forma racional, porém, esta racionalidade deve ser entendida enquanto consciência e não regras impostas. Os sujeitos necessitam conhecer claramente seu processo saúde-doença, para, com responsabilidade, realizarem suas próprias escolhas e construir sua própria percepção crítica da realidade.

A autonomia, tida como o agir consciente e esclarecido, foi observada nas seguintes falas de pessoas sem complicações da diabetes:

“Autonomia é a pessoa ter consciência né? Eu acho que em certos pontos eu tenho [autonomia], eu controlo se é uma coisa que eu quero, mas sei que não pode fazer” (Sárdis).

“Autonomia é fazer o que acha que deve e [também] pode” (Olímpia).

Dentre os participantes com complicações da diabetes, o agir racional e esclarecido surge na fala de Esparta:

“Eu tenho que ter né, uma autonomia para largar isso e não fazer mais ... eu sou consciente que sou desobediente nesta parte” (Esparta).

Tal afirmação se refere ao desejo compulsivo de comer pão. Esparta relata que não tem autonomia para comer o alimento moderadamente, mas tem consciência que precisa mudar seus hábitos. Isso nos remete ao pressuposto se Esparta estaria realmente esclarecida sobre sua alimentação ou se as opções que lhes foram oferecidas são restritas.

Em alguns questionamentos, observamos que boa parte dos entrevistados desconhecem sinais e sintomas da doença, convivem com elas e não estão adequadamente

emancipados para identificar, cuidar e controlar a doença. Mais que isso, observamos que alguns pacientes seguem normas prescritas pelos profissionais de forma alienada, sem entender “o porquê” estão realizando determinados procedimentos.

Dentre os pesquisados que fazem o exame de glicemia capilar diariamente está Mégara, que realiza uma ação mecanizada, por que lhes foi prescrita sem a devida negociação, o que provoca o sentimento negativo:

“... acho que da diabetes está muito “desconstruída”, eu não sei como é que toma a insulina, tô muito assim, perturbada, eu não sei como é que faz o teste” (Mégara).

Outro sentido de autonomia atribuído pelos participantes deste estudo aproxima-se do conceito de liberdade. Embora a liberdade - independência do controle de influências - e a ação - capacidade de ação intencional - sejam condições importantes para a autonomia, esta liberdade não pode afetar a liberdade de outrem. Sobre isso, “Kant defende a tese de que o ordenamento jurídico é responsável por harmonizar as liberdades externas” (TREVIZAN & NETA, 2010). Trata-se de garantir uma ordem moral, fundada em princípios universais contra os interesses não racionais.

O sentido implícito na fala dos entrevistados traz a liberdade enquanto a capacidade de querer e ser livre para fazer determinadas escolhas.

[autonomia] ... é você querer uma coisa e ser segura em dizer eu quero isso e ser determinado para aquilo (Atenas).

“Autonomia é seguir em frente com o que a gente quer” (Mégara).

A liberdade enquanto sentido para a autonomia não foi relatada por nenhum dos três pacientes sem complicações da diabetes e foi apontado por todos os três que tem complicações. Esta informação é importante, pois há restrições no caso das doenças crônicas, que precisam ser consideradas e não podem ser confundidas com a ideia de liberdade absoluta que influencia negativamente no controle da doença.

Já a ideia de autonomia enquanto autogoverno foi pouco frequente (3 UR), embora, para os que citaram, fique claro este sentido, como pode ser visualizado nas falas:

“Autonomia é a pessoa se autodigir...” (Olímpia)

“...é se governar” (Sárdis).

Talvez, a pouca frequência deste sentido se dê pelo fato de que nem todas as pessoas tem a capacidade de se autodeterminar. Hogeman afirma que

“Esta capacidade [é] matura durante a vida do indivíduo, e algumas pessoas perdem esta capacidade total ou parcialmente devido a doenças, distúrbios mentais ou circunstâncias que severamente restrinjam a liberdade”. (HOGE-MAN, 2003, p. 54)

A capacidade de se autodeterminar, autogovernar-se, também implica em confiança em lidar com as situações cotidianas da vida.

Sobre a dependência, identificamos que ela foi a segunda subcategoria mais frequente (13 UR) na categoria de autonomia, limites e dependência. As Unidades de Registro encontradas correlacionam à ideia de dependência natural do outro, dependência provocada pelo outro ou por situações limitadoras e dependência dos serviços de saúde, com constatamos nas falas:

“Precisar do outro a gente precisa, por que tem que precisar, a gente é pecador, é humano...” (Delfos)

“Está muito difícil, mas não é só por não ter quem me ajude, e em termos do diabetes também né” (Esparta)

“Estou precisando, estou procurando, estou dependendo mais, bem mais do que antes [dos serviços de saúde], antes eu podia, agora não posso mais.” (Atenas)

Os limites impostos foi outra subcategoria encontrada no estudo. Nesta, os limites que são impostos pela doença e os limites que são impostos pelo outro/sociedade, muitas vezes, causando dependência. Esta subcategoria, embora pouco citada (*fi*: 4, *fr*: 2,99%), pode representar desde a lei moral, quando as limitações são reais, até a heteronomia, quando estas limitações são impostas por outros. “Heteronomia, ao reverso, é o poder que se dá, ou que alguns profissionais pretendem ter, de determinar como seus pacientes devem se comportar, impondo sua vontade” (MARCHI & SZTAJN, 1998). Isso ocorre com muita frequência quando se orienta apenas a caminhada, como se fosse regra geral e não qualquer atividade física existente, ou quando o profissional diz quais alimentos permitidos ou proibidos para a diabetes, desconsiderando as vontades e o contexto do paciente.

Quando investigado se os pacientes deste estudo tiveram a oportunidade de negociar com a equipe de saúde como gostariam de se tratar observamos na fala de Olímpia a limitação que esta falta de negociação produz em suas vidas, principalmente em relação a alimentação:

“Pelo que os médicos dizem, com diabetes não pode comer nada! O que você vai comer? Eu não sou camaleão pra comer só folha” (Olímpia).

Além das limitações impostas pelos profissionais de saúde, existe a limitação provocada pela sociedade em geral, ao não ofertar opções suficientes aos sujeitos com diabetes.

“Tem lugares que você não tem aquela alimentação certa, só oferece aquilo que você não pode comer, ali você já vai limitada, sem poder ficar como as outras pessoas” (Atenas).

“Meu limite é que... a gente não pode fazer [coisas] por causa do diabetes...” (Delfos).

## Discussão

Com a análise dos resultados é possível observar que os sujeitos pesquisados compreendem a relação intrínseca entre equilíbrio do processo saúde-doença da diabetes, e a necessidade de autonomia para que consigam ter melhor qualidade de vida. Contudo, a discussão sobre autonomia perpassa não somente na relação entre sujeito e sua relação com a sociedade, mas um exercício necessário nas ações de promoção da saúde.

A doença crônica, comumente, é percebida como sinônimo de dependência do outro e, muitas vezes, os pacientes crônicos tornam-se extremamente dependentes dos serviços de saúde e de seus familiares ou cuidadores, tratando-se de uma característica inerente à cronicidade, que pode levar a limitações para a vida dos sujeitos, conseqüente estímulo à dependência de cuidados e incapacidades para a tomada de decisão.

É importante lembrar que as ações de promoção da saúde são fundamentais para a consolidação dos princípios do SUS, previstos desde sua criação. Ressalta-se ainda, que o Plano de Reorganização da Atenção à Hipertensão Arterial e Diabetes Mellitus, elaborado desde 2001, já dava ênfase à promoção da saúde quando dispõe sobre a autonomia necessária ao autocuidado para garantir a qualidade de vida, e também ao considerar a educação como norteadora das práticas de promoção da saúde (BRASIL, 2002a).

Por outro lado, os tradicionais grupos de “HiperDia”, comumente presentes nas equipes de saúde da família, nem sempre conseguem garantir autonomia e atenção integral eficazes, visto que, muitos deles, não são planejados com base na promoção da saúde, mas centrando-se em um perfil meramente educativo, que “unem” duas patologias com essências diferentes (Hipertensão e Diabetes) sem considerar a equidade dos sujeitos, que não se empoderam da autonomia necessária, nem são construídos com base nas linhas de cuidado integral.

Para a construção de ações de promoção da saúde na perspectiva da autonomia é fundamental entender profundamente a situação atual dos sujeitos, conhecer sua história de vida e identificar suas potencialidades e fragilidades para a autonomia. A capacidade dos sujeitos encarar sua realidade com responsabilidade implica em sua autonomia e qualidade de vida.

É importante lembrar que a tão desejada qualidade de vida envolve a gestão de condições externas e internas, sendo que atrela também a superação e o controle de sentimentos conflitantes trazidos pela doença, como o medo, a dificuldade na aceitação e a capacidade de equilíbrio entre “o poder fazer” e o “querer fazer”, enquanto responsabilidade para a autonomia.

Obviamente que a autoconfiança e o autocontrole devem ser a base para o cuidado da diabetes, que exige atenção ao corpo e aos sinais de complicações, autocuidado contínuo e monitoramento do estado de saúde. Os sujeitos com diabetes necessitam estar capacitados para a tomada de decisões e há inúmeras possibilidades, que devem ser escolhidas pelos próprios sujeitos, quando possuem a autonomia necessária, através de ações de promoção da saúde adequadamente planejadas.

Contudo, é quase hegemônico nos serviços de saúde nos deparar com consultas ambulatoriais verticalizadas, com orientações do que não se pode comer, “dieta”! E que se deve fazer “caminhada”! Em muitos casos, o paciente não participa de seu diagnóstico e da conduta que deverá seguir, tornando-se marginalizado de seu processo saúde-doença, influenciando diretamente em sua qualidade de vida. Tais situações, conhecidas como ações paternalistas, com doutrinas e normas fundadas no curativismo, caracterizam-se por não considerar a preferência do usuário ou aceitar sua participação no processo decisório de tratamento.

A orientação restrita da caminhada regular, como se fosse a única prática de atividade física disponível, sem possibilitar a identificação do próprio sujeito diante de suas preferências e opções viáveis e disponíveis em sua rede social. Algumas vezes, o pré-julgamento de considerar os sujeitos incapazes para realizar outras práticas impõe a prescrição de exercício único. Os diferentes tipos de atividades físicas caracterizam uma heterogeneidade perante o sentido e efeitos de sua prática. Sendo, portanto, um risco generalizar afirmações referentes à relação existente entre determinadas atividades físicas e a saúde (RIBEIRO *et al*, 2012)

É preciso considerar que as limitações decorrentes da doença, não devem ser somatizadas pelo paciente para a redução ou perda de sua autonomia. Deve-se considerar que, o estímulo desta é parte integrante do tratamento e cabe aos profissionais uma postura ética diante do paciente.

Contudo, é necessário que, para garantir o exercício da autonomia, mesmo em situações limitadoras, sejam ofertadas opções de escolha diversas para os pacientes e que os sujeitos estejam capacitados para agir conscientemente e de forma responsável. Com isso afirmamos que, quanto maior o acesso à informação e ao conhecimento



sobre a doença, mais adequadas serão as escolhas e melhores serão as medidas implementadas. Para alguns, o conceito de autonomia pode estar relacionado a presença mais ou menos clara dos fenômenos que os cerca, para isso é necessário estar devidamente esclarecido.

No campo da saúde, reconhecer a autonomia nas pessoas para que elas determinem seu próprio curso de vida, implica, em garantir que eles conheçam todas as possíveis alternativas diagnósticas e terapêuticas, explicitando os riscos e os benefícios de cada uma delas e certificar-se que todas as informações foram claramente compreendidas, para então respeitar a sua decisão final (LUNARDI, 2007) livre e esclarecida e também cobrar-lhes responsabilidades.

Machado & Vieira (2007) afirmam que a participação dos sujeitos é meio e fim para o *empowerment*, é um exercício democrático, e empoderar-se é ter consciência crítica sobre a realidade, para alcançar a emancipação e a autonomia. Compartilhamos deste pensamento, ao acreditarmos que as ações de promoção da saúde, quando planejadas e estratégicas autonomizam os sujeitos, sejam com orientações individuais, treinamento de habilidades devem estar sustentados na participação e protagonismo e baseados na compreensão concreta da experiência cotidiana, com a tomada de decisão para a ação. A tomada de decisão é aqui entendida como um processo consciente que envolve a avaliação de alternativas em confronto com a hierarquia pessoal de preferências.

Quando falamos de diabetes, ou de qualquer doença crônica que exige cuidados à longo prazo, devemos entender a liberdade não como o sentido de ser livre para fazer o que quer, mas de ser livre para fazer as próprias escolhas com responsabilidade. Agich (2008) refere que a autonomia verdadeira tem como pré-requisito a capacidade de fazer suas próprias escolhas, porém, as opções disponíveis para tais escolhas não podem reprimir ou negar a integridade e o valor da própria pessoa. As opções e possibilidades de escolha devem ser significativos para os sujeitos e isso implica em considerar as crenças e valores básicos dos sujeitos.

A imagem do indivíduo que antes era desimpedido e agora apresenta limitações, mesmo “as mais banais subjacentes à necessidade de cuidado de longo prazo, devem ser prontamente evidentes. Alguns indivíduos [...] geralmente não são plenamente autoconfiantes” (AGICH, 2008, p. 36), e precisam ser incentivados para a maximização, ou ao menos a manutenção, da autonomia diante da situação limitadora.

É importante ressaltar que, a dependência natural do outro faz parte da vida em sociedade, ninguém é soberano a ponto de nunca necessitar do outro, seja para interação, troca de afeto, compartilhar ideias ou apoiar-se em situações limitadoras, como em qualquer doença. Para Agich (2008) a dependência é característica essencial da existência humana, vem do contexto social, e a autonomia precisa ser reinterpretada e acomodar novos “arranjos sociais como a família, a amizade e associações comunitárias” (p.188), por isso, os grupos podem contribuir para que a dependência não seja encarada como fragilidade.

Contudo, a condição de dependência passa a ser a própria situação limitadora de autonomia, quando o cuidado efetuado pelo outro deixa de ser um simples apoio, para ser a base de tudo, inclusive das próprias decisões. Isso é muito comum em idosos com doenças crônicas, que, muitas vezes, passam a ter sua vida e seu cuidado totalmente controlado por outros, confundindo a dependência e a vulnerabilidade natural, com o poder de decisão e de autonomia.

“A condição de dependência pode estar, em grande parte, associada ao fato de ter um cuidador que implementa os cuidados, mas que não estimula o próprio paciente a cuidar de si” (COSTA et al, 2007, p. 56). Quando atrelamos esta dependência aos serviços de saúde, muitas vezes, deixamos de considerar as opiniões dos pacientes para realizarmos ações técnicas ou mecanizadas. Os profissionais precisam adotar estratégias que colaborem para a ampliação da autonomia e independência dos sujeitos. “Ao vivenciar uma doença crônica, necessidades anteriormente atendidas sem a participação e interferência alheia podem requerer disponibilidade de cuidado por parte de outro” (COSTA et al, 2007, p.56). Contudo, fica evidente que, ser portador de uma doença ou condição crônica não impossibilita o indivíduo de gerenciar sua própria vida, de ser autônomo. As limitações inerentes ao processo, como a necessidade de manter um equilíbrio entre ingestão de alimentos e o exercício físico, o autocuidado e a disciplina, precisa ser continuamente trabalhado.

Convém ressaltar que, nas doenças crônicas, a autonomia é mais importante que a independência, visto que há possibilidade de restaurar aquela por completo, mesmo quando o paciente continua na dependência (PASCOAL, 1996). Para Pascoal (1996, p. 316), “pessoa autônoma é a que retira de si mesma a fonte de poder, tendo nela mesma a sua fonte de decisão, consegue, assim, tornar-se ela mesma e construir seu próprio caminho de vida”.

Quando um paciente depara-se com o diagnóstico de uma síndrome que envolve estilos de vida que precisam ser modificados, há uma grande alteração na percepção dos usuários sobre sua independência. Contudo, quando nos referimos à autonomia é o momento de maximizá-la, para que o sujeito com diabetes tenha a autodeterminação para criar e aceitar novas regras de vida, devendo, contudo, ser ofertadas opções para que ele próprio construa este caminho. Dependendo do contexto social em que o diagnóstico foi feito, há diversos modos de encarar a nova realidade, sendo imprescindível a capacidade de autogoverno da pessoa com diabetes dentro de seus próprios valores e possibilidades. Tais mecanismos de autogestão são possíveis de ser adquiridos através de ações de promoção da saúde que potencializem a autonomia.

## Considerações finais

Não existe saúde ou doença isoladamente, o que há é um equilíbrio entre ambas. Em se tratando de saúde coletiva, é incontestavelmente um processo. Este que têm

determinantes e condicionantes extremamente dependentes como a alimentação, a moradia, o saneamento básico, o meio ambiente, o trabalho, a renda, a educação, o transporte, o lazer e o acesso aos bens e serviços essenciais, entre outros. O Estado deve prover as condições necessárias para manter equilibrado este processo. Contudo, é indispensável que os próprios sujeitos sejam também corresponsáveis. A promoção da saúde surge não para responsabilizar ou culpabilizar os indivíduos pela sua saúde, mas para convidá-los para o mundo, para a vida em sociedade, que exige participação, empoderamento e autonomia.

Os sujeitos deste estudo vivem há anos com a doença, porém não estão adequadamente aptos a autogerenciar suas vidas, constatado por meio do alto índice de complicações e difícil controle da doença, quando investigamos, em alguns sujeitos com mais ou menos complicações do diabetes, buscando identificar e entender suas experiências, necessidades e expectativas sobre autonomia, autocuidado e qualidade de vida, percebemos que a autonomia está demasiadamente fragilizada, principalmente nos pacientes com mais complicações associadas.

Constatamos que a vida e a qualidade de vida dos sujeitos com diabetes, neste estudo, é desafio rotineiro, divide suas vidas antes e após o diagnóstico, e com necessárias mudanças em seus hábitos de vida, que nem sempre são negociadas. O diagnóstico e o enfrentamento do problema parecem ser processos difíceis de convívio e adaptação à doença, principalmente em relação à alimentação, que é considerado o principal desafio enfrentado pelos sujeitos.

A autonomia, dependência e limites foi a categoria mais frequente no estudo, sendo que a autonomia é experimentada em diversas percepções pelos sujeitos, desde enquanto autocontrole, liberdade, autogoverno e capacidade de agir conscientemente e com responsabilidade. Muitas vezes, a ideia de não ter autonomia se confunde com a dependência do outro, que deve ser compreendida como natural, pois somos seres dependentes e vulneráveis. Já os limites impostos pela doença crônica, apesar de afetarem a autonomia, precisam ser encarados com consciência e responsabilidade, e isto só ocorre quando os sujeitos estão capacitados para a ação. Observamos que, na maioria dos casos, os sujeitos desconhecem seu próprio corpo, a doença e os sinais que ela produz, não estando, portanto, adequadamente aptos a agirem com consciência e responsabilidade.

Por ser um tema complexo, é necessário aprofundar mais a investigação sobre a autonomia na população também em outros territórios, sendo, portanto, uma limitação do estudo a delimitação em um único território de saúde da família.

Consideramos que é por meio da autonomia que os sujeitos tornam-se verdadeiramente cidadãos, ao reconhecerem seus direitos e responsabilidades e conscientemente serem protagonistas de sua própria história, com base em seu contexto, valores e significados. Para isso, é necessário que as pessoas sejam participantes ativos na sociedade, tenham consciência crítica da realidade e, diante das opções que lhes estão disponíveis, tomarem decisões seguras e responsáveis.

A diabetes exige das pessoas mais que o simples controle glicêmico, requer de-las mudanças em seus hábitos de vida que, quando são feitas de forma normativa e prescritiva, não garantem a aderência do paciente e, muitas vezes, quando ocorre é de forma alienada, no qual o paciente segue regras sem senso crítico, robotizado, implicando na ineficácia da prática terapêutica, afetando negativamente na autonomia e qualidade de vida do paciente.

## Referências

Agich, GJ. Dependência e autonomia na velhice: um modelo ético para o cuidado de longo prazo. Trad. Luiz Carlos Borges. São Paulo: Loyola, Centro Universitário São Camilo, 2008.

American Diabetes Association: Diagnosis and Classification of Diabetes Mellitus. Diabetes Care 2010; 33( Suppl. 1): S62–S6

Bardin, L. Análise de Conteúdo. Lisboa, Portugal; Edições 70, LDA, 2009.

Beauchamp, TL, Childress, JF. Princípios de ética biomédica. Trad. Luciana Pudenzi. São Paulo: Layola, 2002.

Brasil. Ministério da Saúde. Política Nacional de Atenção Básica. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Brasília: Ministério da Saúde, 2012a.

Costa VT; Lunardi VL; Filho WDL. Autonomia versus cronicidade: uma questão ética no processo de cuidar em enfermagem. Rev. Enferm. UERJ;15(1):53-58, jan.-mar. 2007.

Duchiade M P. “População Brasileira: um retrato em movimento” In: Os muitos Brasis: saúde e população na década de 80. (M. C. Minayo., org.) São Paulo-Rio de Janeiro: 1995, Hucitec-Abrasco.

Hogeman ERRS. Conflitos bioéticos: o caso da clonagem humana. Rio de Janeiro: Editora Lumen Juris, 2003.

Machado MFAS, Vieira NFC. Compreensão das Mudanças Comportamentais do Usuário no PSF por meio da Participação Habilitadora [Tese]. Universidade Federal do Ceará. Fortaleza: 2007.

Marchi MM, Sztajn R. Autonomia e heteronomia na relação entre profissional de saúde e usuário dos serviços de saúde. Rev. Bioética; 6(1):39-45, 1998.

Nietzsche EA, Backes VMS. A autonomia como um dos componentes básicos para o processo emancipatório do profissional enfermeiro. Texto Contexto Enferm. 2000; 9(3): 153-74.

Nunes L. Ética em cuidados paliativos: limites ao investimento curativo. Rev Bioética. 2008;16(1):41-50.

OPAS - Organização Pan-Americana da Saúde. Linhas de cuidado: hipertensão arterial

e diabetes. / Organização Pan-Americana da Saúde. Brasília: Organização Pan-Americana da Saúde, 2010. 232 p.: il.

Pascoal SMP. Autonomia e Independência. IN: PAPALETTO NETTO, M. Gerontologia. São Paulo: Atheneu, 1996. P. 313-323

Pedrosa LAK. Crenças das pessoas portadoras de suas ações em saúde [dissertação]. Ribeirão Preto (SP). Esc. De enf. de Ribeirão Preto, 1991.

Ribeiro MC, Santos PCF, Ribeiro MV. A caminhada e seus benefícios para a saúde. Anais dos Encontros de Iniciação Científica da Universidade Vale do Rio Verde (Unin-Cor) v. 2, n. 1 (2012):

Ross EK. Sobre a morte e o morrer. São Paulo: 1987, Ed. Martins Fontes.

Trevizan TC, Neta VBSD. A Liberdade Sob a perspectiva Kant: Um Elemento Central da Ideia de Justiça. Cadernos da EMARF, Fenomenologia e Direito, Rio de Janeiro, v.3, n.1, p.1-132, abr./set.2010.

World Health Organization (WHO).[Internet]. World health statistics 2012. [acesso 19 dez 2013]; Disponível em [http://www.who.int/gho/publications/world\\_health\\_statistics/EN\\_WHS2012\\_Full.pdf](http://www.who.int/gho/publications/world_health_statistics/EN_WHS2012_Full.pdf).



## CORPO E CUIDADO DE SI NA ESTRATÉGIA SAÚDE DA FAMÍLIA NA INTERFACE UNIVERSIDADE-SERVIÇO- COMUNIDADE

*Maria Isabel Brandão de Souza Mendes,  
Iasmim Pontes de Araújo,  
Ricardo Henrique Vieira de Melo,  
Rosana Lúcia Alves de Vilar,  
Ana Karenina de Melo Arraes Amorim.*

### Introdução

O corpo, como costuma dizer Baudrillard (2009), é visto como objeto na sociedade de consumo. Nesse contexto, assiste-se a uma exacerbação do culto ao corpo e visualizam-se propagandas que associam produtos a certo padrão de corpo com vistas à venda de mercadorias, o que implica, para o homem, na mecanização do seu corpo e no controle deste mesmo corpo pela lógica de mercado, baseada em ‘especialismos’ científicos e tecnológicos, que competem entre si, na barbárie moderna, em busca de corpos de consumidores, temperados pelos valores de prestígio, poder e glamour (LEFEVRE; LEFEVRE, 2009). Temos, assim, que o agenciamento do corpo pelos pressupostos do consumo mercadológico favorece a redução do ser humano a uma metáfora mecânica de manipulação técnica e psicológica (MARTINS, 2013).

Em sentido oposto, conforme destaca Merleau-Ponty (1999), o corpo pode ter uma compreensão fenomenológica, sendo apreendido enquanto o próprio ser humano atado ao mundo em que vive. Neste contexto, torna-se importante a concepção do corpo enquanto dispositivo capaz de facilitar o sujeito social a reencontrar o humano, através de experiências liberatórias de si mesmo; um desprendimento em relação a novas significações da vida e da saúde, com reflexões criativas, afetivas e singulares; uma espécie de restauração da dignidade humana contra os mecanismos tradicionais de controle simbólico e político do sujeito social (MARTINS, 2007).

Em relação aos cuidados com o corpo, faz-se necessário refletir sobre o conceito de cuidado de si, que, de acordo com Foucault (2006), se estabelece nas relações com os outros e está ligado à arte da existência. Este autor retoma o conceito grego de cuidado de si, que envolvia os exercícios e práticas de si com base na noção de ‘médico de si mesmo’ e segundo o qual estava nas mãos de todo e qualquer homem o cuidado em relação a si mesmo, envolvendo um aperfeiçoamento individual para a vida coletiva na ‘Pólis’. “Para que a prática de si alcance o eu por ele visado, o outro é indispensável”. Esse autor ainda reforça que “não se deve fazer passar o cuidado dos outros na frente do cuidado de si: o cuidado de si vem eticamente em primeiro lugar, na medida em que a relação consigo mesmo é ontologicamente primária” (FOUCAULT, 2004, p. 271).

Ao tratar do cuidado de si, não podemos deixar de lado o caminho para se chegar a esse cuidado. Na perspectiva fenomenológica, só é possível cuidar de algo quando tomamos consciência sobre o que, de fato, será cuidado. Então, para cuidar do corpo, teremos que ter consciência do mesmo, uma consciência corporal, que significa tomar consciência do próprio eu e do corpo como um todo. “Para ter prazer, para ter poder sobre a vida e sobre sua própria vida, é preciso em primeiro lugar ter consciência do corpo” (BERTHERAT; BERNSTEIN, 2001, p. 128).

Ayres (2004), neste sentido, discute sobre a importância do cuidado nas práticas de saúde:

Assistimos em tempos recentes a emergência de [...] novos discursos no campo da saúde pública [...], tais como a promoção da saúde, vigilância da saúde, saúde da família, redução de vulnerabilidade, entre outros. Tais discursos trazem [...] ao debate, diversos convites à renovação das práticas sanitárias [...]. Acreditamos que há uma série de aspectos filosóficos que precisam ser revisitados para que, aos avanços conceituais já alcançados, possam corresponder transformações práticas mais expressivas. [...] É nesta condição de uma desconstrução teórica, com vistas a contribuir para a reconstrução em curso nas práticas de saúde, que se quer trazer ao debate a presente reflexão sobre o Cuidado (AYRES, 2004, p.73).

O aparecimento de experiências capazes de resgatar espaços democráticos pode favorecer a conscientização das pessoas enquanto protagonistas de uma melhor qualidade de vida e, ao mesmo tempo, tornar apreensíveis as sabedorias práticas das vivências dos sujeitos que interagem com o serviço de saúde, através de interpretações e compreensões compartilhadas, mediante a consideração de que todos são capazes de contribuir com suas potencialidades para a realização de ações úteis e bem-sucedidas na produção de saúde.

De acordo com Lacerda et al. (2014), em uma pesquisa realizada com Agentes Comunitários de Saúde (ACS) sobre a percepção do autocuidado, a maioria dos participantes demonstrou ou despertou o potencial de cuidar de si após as aproximações



com seu corpo e práticas envolvendo sua consciência corporal, experimentando a sensação de valorização pessoal, familiar e comunitária. E boa parte deles revelou que possui o desejo de retribuir os benefícios recebidos, aplicando-os ao seu cotidiano: a vontade de reproduzir a prática, compartilhando as vivências; a intenção de manter a continuidade da experiência; o compromisso espontâneo de incorporação das atividades nos serviços de saúde (LACERDA et al., 2014).

Nesta direção, o cuidado de si parece poder ser estimulado por práticas em saúde, permitindo aos sujeitos envolvidos a percepção da consciência corporal, identificando movimentos corporais significativos. Todavia, ainda são incipientes os estudos e as práticas sobre o desenvolvimento da consciência corporal com profissionais e usuários da Estratégia Saúde da Família (ESF). Sendo assim, nada mais justo do que unir, em um relato, a articulação entre uma pesquisa e um projeto de extensão, que desenvolveram, em passos de valsa, no mesmo território (cenário), aspectos relativos ao cuidado de si e do outro.

Este capítulo relata uma experiência de integração entre atividades de ensino, pesquisa e extensão, em uma Unidade da Estratégia Saúde da Família (USF), no município de Natal (RN). O eixo referente ao ensino envolveu o enlace entre as seguintes partes: o módulo de Promoção da Saúde, do Curso de Mestrado Profissional em Saúde da Família (MPSF), da Rede Nordeste de Formação em Saúde da Família (RENASF), na instituição nucleadora Universidade Federal do Rio Grande do Norte (UFRN); a disciplina Atividade Integrada de Educação Saúde e Cidadania (SACI), da UFRN; e o componente curricular Programa de Orientação Tutorial para o Trabalho Integrado em Saúde (POTI), também ofertado pela UFRN. A esfera da pesquisa envolveu o Departamento de Educação Física da UFRN através do estudo *“Consciência Corporal: reflexões dos profissionais da Estratégia Saúde da Família”*, que teve a colaboração de docentes do Departamento de Psicologia da mesma instituição. Por sua vez, no escopo da extensão, o projeto *“Cabelos de Prata: a maturidade em movimento”*, cadastrado na UFRN, complementou essa articulação realizada no cenário de prática compartilhado.

## O ensino

A RENASF possui a finalidade de fomentar a pesquisa e o ensino do tema Saúde da Família e correlatos, desenvolvendo a educação permanente, a produção do conhecimento tecnológico e inovação, neste campo, na região Nordeste. Como fruto desta missão, encontra-se o MPSF, oferecido de forma descentralizada, em rede, com a participação de instituições nucleadoras, colaboradoras e consorciadas. O formato do curso, na modalidade Mestrado Profissional, reforça o objetivo de estabelecer parcerias com os gestores municipais e universidades, para fortalecimento de redes de saúde-escola, desenvolvendo competências profissionais para o exercício da preceptoria, inclusive na graduação (MORAIS et al., 2012). Assim, na esfera da formação,

aconteceu uma aproximação entre a pós-graduação (RENASF e Departamentos de Educação Física e Psicologia da UFRN) e a graduação (SACI e POTI, na UFRN).

A disciplina SACI foi criada na UFRN em 2000, e passou a fazer parte do Programa de Educação Tutorial na Saúde (PET-SAÚDE) no ano de 2009, através de edital de convênio entre o Ministério da Saúde (MS), a UFRN e a Secretaria Municipal de Saúde (SMS) do município de Natal (RN), pelo reconhecimento institucional do seu papel estruturante de mudanças na formação dos profissionais de saúde. Trata-se de uma atividade que envolve, simultaneamente, ações de ensino, pesquisa e extensão, e se coloca como iniciativa de flexibilização dos Projetos Pedagógicos dos Cursos da Área da Saúde, sendo desenvolvida com um programa estruturante de educação, formalizada e integralizada nos currículos acadêmicos como uma disciplina obrigatória ou optativa e complementar, ofertada semestralmente aos alunos matriculados no primeiro ou no segundo período dos cursos de Educação Física, Enfermagem, Farmácia, Fisioterapia, Fonoaudiologia, Gestão de Sistemas de Saúde, Medicina, Nutrição, Odontologia e Serviço Social da UFRN (MEDEIROS JÚNIOR et al., 2011).

A atividade POTI compõe o segundo elenco de ações desenvolvidas nos cursos da área da saúde, sendo de caráter curricular obrigatório para os que integram atualmente a equipe mínima da ESF (Medicina, Enfermagem e Odontologia) e atividade complementar para os demais cursos. Tem como propósito fortalecer o desenvolvimento do pensamento coletivo, crítico e reflexivo dos estudantes, preceptores e tutores, através dos fundamentos da pesquisa aplicada e em evidências que retratam a realidade social vivenciada. Pelo estabelecimento da relação educação-trabalho-saúde, os estudantes, juntamente com seus preceptores, têm a oportunidade de participar de vivências multiprofissionais e interdisciplinares, na integração com a comunidade (MEDEIROS JÚNIOR et al., 2011).

## A pesquisa

A investigação *“Consciência Corporal: reflexões dos profissionais da Estratégia Saúde da Família”*, desenvolvida pelo Departamento de Educação Física da UFRN, colaborou com o desenvolvimento dessa temática. Nesse sentido, o objetivo deste estudo foi refletir sobre a consciência corporal de profissionais que atuam na ESF, no sentido de identificar como os participantes reagiram diante da vivência de práticas corporais.

O cuidar de si, apreendido durante a reflexividade da práxis, também revela a necessidade de desenvolvimento e estímulo de habilidades pessoais, e de empoderamento a *partir da* ou *para a* atividade profissional, na tentativa de ampliação do escopo formativo focado hegemonicamente em competências técnicas e instrumentais, que separam os sujeitos de seu corpo e da própria consciência dele nos processos de trabalho (SOUSA et al., 2014).

## A extensão

O projeto de extensão universitária vinculado a UFRN “*Cabelos de Prata: Maturidade em Movimento*”, em execução desde 2013, foi um redimensionamento local do grupo de ginástica ligado ao programa -*viver a vida com mais saúde*- da SMS do município de Natal (RN), que visava proporcionar um espaço para o desenvolvimento de atividades corporais com idosos, fortalecendo aspectos físicos, psicológicos e relacionais (sociais), favorecendo a troca de conhecimentos, atitudes e hábitos saudáveis de cuidado.

O programa *viver a vida com mais saúde* é uma ação intersetorial, criada em 2008, que promove atividades físicas em 32 unidades de saúde no município de Natal (RN), contemplando portadores de diabetes, hipertensão, transtornos mentais e problemas reumáticos, principalmente através de caminhada, ginástica e alongamento.

O objetivo geral da extensão foi promover a melhoria da qualidade de vida do idoso, a partir da participação em práticas de exercícios e atividades físicas supervisionadas, com a proposta de auxiliar no controle do sedentarismo e das doenças degenerativas crônicas não transmissíveis, na unidade da ESF. Seus objetivos específicos contemplaram: articular a formação do grupo de idosos na perspectiva de integração entre os usuários, uns com os outros, com a equipe de saúde, com o Núcleo de Apoio à Estratégia Saúde da Família (NASF) e com os participantes do PET-Saúde; ampliar o acesso ao cuidado, buscando a integralidade e potencialidades das ações oferecidas; e promover atividades integradas de educação participativa através de rodas de conversa, compartilhando saberes ao estimular a capacidade de reflexão acerca das questões gerais da vida cotidiana do idoso.

O desenvolvimento deste projeto no mesmo contexto das práticas formativa e investigativa vem contribuindo para estimular o exercício da autonomia e do autocuidado, em sentido amplo; para formar multiplicadores de saúde, visando à troca de experiências, bem como apoio e suporte, em outros grupos, (de usuários não idosos e profissionais, por exemplo), e ao fortalecimento dos laços entre ensino, pesquisa, atenção e extensão, na interface Universidade-assistência-comunidade; e induzir mudanças de comportamento através de atividades cotidianas de promoção de saúde e prevenção de sedentarismo.

## O cenário

O cenário desta integração compreendeu o território da unidade da ESF de Cidade Praia, no município de Natal (RN), que é composta por 2 equipes de saúde, com força de trabalho formada por 11 ACS, 2 Cirurgiões-Dentistas, 2 Técnicos em Saúde Bucal, 2 Enfermeiros, 4 Técnicos em Enfermagem e 2 Médicos, além de 1 Diretor, 1 Administrador, 1 Agente de Serviços Gerais e 5 Agentes Patrimoniais (Vigilantes).

Quanto ao perfil social e epidemiológico, a área de abrangência é predominantemente residencial: uma parte de seus domicílios pertence a um conjunto habitacional

e a outra parte é composta por loteamentos. Tem uma população predominante de adultos jovens, e não dispõe de equipamentos comunitários de lazer, esportes ou convivência. A população está distribuída em números praticamente iguais em relação ao gênero, com leve predominância do sexo feminino.

As morbidades mais comuns são as enfermidades crônico-degenerativas e as demandas sazonais agudas. Cerca de 14% de sua população não sabem ler nem escrever. O quantitativo de pessoas com plano de saúde é de 12,44%. O total de pessoas adscritas é de 6.949, para 1.958 famílias, em que a faixa etária maior de 60 anos, corresponde a 8,77%. As crianças com menos de um ano de idade totalizam 0,93%; as pessoas com menos de 20 anos somam 31,42%; e as mulheres de 10 a 49 anos somam 31,42% (MELO, 2014).

Desde o início de seu funcionamento (em 2002), a unidade procurou organizar as agendas de atenção à saúde por ciclo de vida, por via da prática do acolhimento, na intenção de romper com a lógica das agendas fechadas e pré-definidas, buscando redirecionar a demanda espontânea para uma oferta programada. Assim, o usuário era convidado a participar dos grupos que estivessem constituídos naquele momento.

As principais práticas coletivas de promoção à saúde que fazem parte da agenda permanente da unidade de saúde eram: rodas de conversa (espaços democráticos de diálogo utilizados para desenvolvimento de atividades de educação em saúde); terapia comunitária (espaço compartilhado de escuta e/ou verbalização de relatos sobre o sofrimento e as dificuldades cotidianas, usados para resgate de autoestima, autonomia e respeito); grupo de atividades físicas (práticas corporais de ginástica e caminhada); grupo de gestantes (ministração de curso com temas referentes ao ciclo gravídico-puerperal); e grupo de dança (promoção de hábitos saudáveis e cultura do movimento).

O território é campo de prática de discentes bolsistas e não bolsistas do PET-Saúde, de forma que seu Grupo Tutorial (GT) desenvolve diversas atividades, através de projetos de extensão, que procuram a integração precoce dos estudantes de graduação aos cenários reais da atenção básica, para que possam compreender e enfrentar, em um ambiente democrático, os diversos fatores relacionados à produção e à determinação do processo saúde-doença-cuidado. A unidade de saúde contava com o suporte do Educador Físico do NASF, desde o ano de 2012, fato que constituiu uma parceria importante através da prática de apoio matricial.

## Metodologia

A pesquisa fez parte de um estudo mais amplo denominado “*Corpo, cultura e cuidado de si: reflexões e ações em Estratégias de Saúde da Família*”, aprovado por Comitê de Ética em Pesquisa, da UFRN, no parecer nº 508.435 e no Certificado de Apresentação para Apreciação Ética (CAAE) nº 07562712.0.0000.5537, e foi desenvolvida durante o ano de 2014.

Caracteriza-se enquanto estudo de campo, onde o objeto é abordado em seu meio ambiente próprio, de natureza qualitativa, ancorada no suporte da fenomenologia de Merleau-Ponty (1999). Nesta perspectiva, a expressividade e a sensibilidade transpõem o estabelecido pela técnica, na tentativa de esclarecer as questões que a subjetivam. É um caminhar na interseção de experiências usando descrição, distanciamento e interpretação do fenômeno estudado, relacionando as pessoas com as situações vividas e comunicadas (PEREIRA, 2014).

Para Merleau-Ponty (1999), o corpo humano é condição de existência e está atado ao mundo em que vive. Além de ser objeto, é sujeito; visível e invisível, impreciso, polissêmico e inacabado. Com base na compreensão fenomenológica de corpo, o lúdico germina nas experiências vividas pelos sujeitos, em cada contexto singular, estando relacionado a diversos interesses, pessoais ou coletivos, mesmo em momentos de contradições, conflitos e tensões (MENDES; MELO, 2010).

A construção dos dados foi feita nas condições em que os fenômenos ocorreram. Sendo assim, foram diretamente observados, em intervenção e manuseio, por parte dos pesquisadores. Abrange desde os levantamentos, que são mais descritivos, até estudos mais analíticos. Os sujeitos da pesquisa foram todos os profissionais, de nível superior e médio, das equipes de saúde da USF Cidade Praia, que desejassem participar espontaneamente da experiência investigativa.

Os instrumentos de pesquisa utilizados foram: o questionário (antes da realização das oficinas); e o diário de campo para o registro da observação direta (das oficinas). No total, 24 profissionais responderam ao questionário, entretanto, houve uma variação da quantidade de participantes nas oficinas, somando uma média de 16 pessoas em cada uma delas.

O questionário contribuiu para o levantamento inicial de dados, bem como para a percepção inicial de como os profissionais estavam relacionados ao cuidado de si, que tipos de atividades praticavam diariamente e de que momentos oferecidos pela pesquisa desejariam participar.

Posteriormente, foi planejada, coletivamente, a oportunidade da vivência de três Oficinas de Práticas Corporais, com base nas respostas dos questionários dos profissionais de saúde: a primeira, denominada “técnicas de respiração, alongamento e relaxamento”; a segunda, “técnicas de consciência corporal e elementos da dança”; e a terceira, “Técnicas de cuidado de si e do outro com quadrilha e poesia”. Todos leram e assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido. As oficinas foram conduzidas por uma pesquisadora, enquanto que outra pesquisadora fazia o registro das observações no diário de campo. Após o encerramento de cada oficina, as investigadoras (externas ao contexto) complementaram as observações evidenciadas no diário de campo.

Em relação ao projeto de extensão, por envolver atividade corporal, inicialmente, foi realizada a avaliação física multidisciplinar de cada um dos componentes/participantes

(usuários, alunos, profissionais). Na ocasião, os próprios médicos da ESF forneceram (ou não) o atestado de aptidão física. Em alguns casos foram solicitados pareceres de especialistas (cardiologista, endocrinologista, pneumologista etc.) da rede de serviços de saúde. Na atividade vinculada à extensão, os depoimentos dos usuários (um total de 15) foram registrados em diário de campo, após perguntas diretas de forma verbal. E as reflexões dos alunos (um total de 09), a partir das narrativas contidas nos portfólios de aprendizagem, tendo como principal questão norteadora: ‘o que essa vivência ofereceu a você?’

As atividades aconteceram em manhãs de terças e quintas, e tiveram uma hora de duração. Foi feita a aferição da pressão arterial em todos, antes e após os exercícios. O profissional de Educação Física fez a supervisão e o controle da intensidade das caminhadas, da duração, da frequência, da execução dos exercícios, dos aquecimentos e dos alongamentos. Também foi verificado o índice de massa corporal (IMC), e realizados o preenchimento do mapa nutricional, a revisão, o acompanhamento e o incentivo à adesão à dieta.

Uma técnica de enfermagem e duas agentes de saúde coordenaram as atividades do grupo. Os demais integrantes da equipe de saúde participaram de forma intercalada, ficando livre sua entrada ou saída do grupo, bem como a opção de escolha por qual tipo de oficina, assim como em relação aos alunos do PET-Saúde, ao qual tiveram a participação na vivência ofertada por convite verbal. Os demais profissionais do NASF, bem como alguns membros do Conselho Comunitário do bairro, participaram de forma eventual. Geralmente, essas atividades foram estendidas na intenção de integrá-las a outras ações ofertadas, a exemplo do “café com saúde”, da “cozinha alternativa do SESI”, da “terapia do abraço”, da “terapia do sorriso” e da “corrente de orações”, entre outras, bem como a possibilidade de participação em outros horários (terapia comunitária, comemorações festivas, passeios lúdicos etc.).

A análise dos dados foi fundamentada na fenomenologia que se propõe a interpretar e compreender os registros feitos através da versão de sentido. O pesquisador leva em consideração, primeiramente, o mundo vivido, ou seja, o que ele percebeu ao abordar o fenômeno e, posteriormente, suas interpretações perante as falas dos sujeitos da pesquisa, tendo como base os objetivos traçados, descrevendo e dialogando com os achados e os referenciais teóricos, que possibilitam a percepção de outros sentidos.

## Resultados e discussão

No início da pesquisa, os profissionais de saúde investigados demonstraram que no dia a dia acabam tendo uma visão instrumental do corpo e não dão tanta atenção aos cuidados com a saúde, reproduzindo uma lógica produtivista no trabalho em saúde. Já os usuários, apresentaram-se sensíveis à acolhida e vínculo, pela oportunidade cotidiana de compartilhar experiências, saberes e sentimentos, de forma alegre e espontânea. E em relação aos alunos, o sentido do cuidado estava relacionado ao emprego

de estratégias efetivas para uma assistência humanizada, valorizadora de tecnologias relacionais e interativas, muito embora predominasse, nos seus discursos, uma visão biomédica centrada em protocolos, normatizações e medicamentos.

O cuidado com o corpo faz parte das inovações das ginásticas, terapias e dos exercícios, porém, as pessoas buscam, muitas vezes, na realidade, um padrão de beleza socialmente aceito, e acreditam que estão se referindo ao cuidado de si.

Na contemporaneidade, há uma emergência dos discursos sobre o corpo, das terapias corporais, de diferentes atividades físicas. Por sua vez, aumenta também o número de pessoas que buscam essas atividades. Junto a essa emergência, faz-se necessária uma reflexão acerca dos discursos, práticas e valores atribuídos a essa 'onda do corpo', evitando assim uma possível, e já viável, banalização do corpo e do movimento humano (NÓBREGA, 2005. p. 18).

As pessoas, na verdade, buscam a estética a partir de um padrão de beleza reificado. O sentido do valor estético, divulgado no movimento pela saúde e pela qualidade de vida, está relacionado aos percentuais de gordura, definição muscular, estatura e condicionamento físico, o que envolve alimentação, ingestão de produtos químicos, atividade corporal, cosméticos e cirurgias, entre outras formas de intervenção no corpo. Este mesmo sentido é divulgado pela cultura consumista, impondo imagens idealizadas de corpo para gerar uma corrida às técnicas de transformação corporal (NÓBREGA, 2005).

Longe de compreender a estética a partir de um padrão de beleza, Nóbrega (2005) adverte que o sentido etimológico da palavra *aisthesis*, vem do grego, e significa sensibilidade, vivência, sentir o outro e a si mesmo. Logo, o sentido a ser ressaltado é o da sensibilidade, do cuidado com o corpo, longe da evidência do corpo enquanto um padrão ditado pelos moldes da moda.

O corpo não é uma massa material e inerte, mas o lugar de nossas ações originais. A originalidade do ser no mundo está expressa no corpo-próprio. O ser no mundo refere-se ao homem em sua unidade existencial, onde não há separação entre o psiquismo e o biológico [...] o corpo não se coloca como objeto, ele é o próprio Ser, em sua identidade e expressão original (NÓBREGA, 2005, p. 62).

O corpo não é algo superficial, ele tem significado no mundo em que vivemos. “O corpo não está no espaço como um objeto. Ele desenha o espaço, garantindo uma conformação original de acordo com a situação” (NÓBREGA, 2005, p. 63).

Para viver melhor poder-se-ia compreender melhor o corpo. Observa-se a importância do cuidado com o corpo, mas para existir este cuidado é importante tomar consciência do corpo, algo que não é tão fácil quanto parece:



E, quando compreendermos como nosso corpo vive a vida, talvez estejamos preparados para ajudá-lo a funcionar melhor, sabendo tratá-lo e mantê-lo através de métodos que levam em conta sua relação com a natureza (BERTHERAT; BERNSTEIN, 2001, p. 106).

Essa compreensão e essa conscientização não são dadas apenas por meio de movimentos de sensibilização, mas também através de outros tipos movimentos, ao longo da vida nas ações humanas.

Queremos deixar claro que o processo de conscientização corporal de percepção do corpo não se restringe à vivência com as técnicas de sensibilização, podendo ser viabilizado por outras expressões de movimento que se contraponham à racionalização dos processos corporais que visem ao resgate da sensibilidade que funda e acompanha todas as ações humanas e nos caracteriza como seres corporais críticos criativos (NÓBREGA, 2005, p. 77)

Diante de cada movimento que o corpo produz, uma história vai sendo criada ao longo da vida. O movimento é algo intencional, tem sentido e significado. “Realizar um movimento é realizar os projetos de nossa existência, é saber-se enquanto ser de potencialidades originais” (NÓBREGA, 2005, p. 67). O corpo é um *Ser*, considerado realidade biológica, cultural e existencial na abordagem fenomenológica.

A cada movimento, o ser humano vai percebendo o seu corpo, vai despertando a consciência corporal. Neste sentido, refletimos sobre esta descoberta por meio dos movimentos realizados nas oficinas aplicadas aos profissionais da ESF Cidade Praia, em Natal (RN). Para uma compreensão melhor de como eles se sentiram durante todo o processo foram feitas algumas perguntas. Ao falar sobre o cuidado de si e com os outros, eles destacaram que os pontos positivos foram:

União. Ligação. Amizade. Aproximação. Resgate do afeto, de algo que estava se perdendo. Contato que não tinham no dia a dia (PROF. 13).

Um toque, um abraço que passa despercebido. Os problemas acabam afastando uns dos outros. Até um ‘bom dia’ acabava faltando (PROF. 08).

Há uma necessidade de encontros, de um diálogo. O desabrochar de um ser mais humano para as práticas de saúde. É preciso, para realizar as atividades no dia a dia (PROF. 11).

Aprender as dinâmicas para intervir com os pacientes (PROF. 05).

Apesar de serem profissionais de saúde, eles perceberam que necessitavam de atenção ao cuidado consigo mesmos, de modo a se aproximarem mais da dimensão humana nas relações interpessoais e de cuidado em saúde. Nas falas acima, percebe-



mos o despertar para a consciência corporal, o sentir o mundo através dos movimentos. Tornaram-se mais maduros, conhecendo o próprio corpo, para cuidar melhor do próximo.

A partir de certa idade, somos responsáveis pelo rosto e corpo que temos. Mas a maturidade consiste também em assumir responsabilidades para com os outros. [...] Para com os pacientes, se somos médicos, enfermeiros ou psicanalistas (BERTHERAT; BERNSTEIN, 2001, p. 139).

Durante as oficinas, os movimentos eram feitos para que a percepção do corpo fosse atingida de forma a despertar a consciência deste corpo, o cuidado de si, o cuidado com o próximo.

Necessita-se ter o cuidado consigo para ser mais humano (PROF. 15).

Fazer uma dança com os pacientes. Se a equipe gostou, os pacientes irão gostar. Fazer uma quadrilha na terapia comunitária (PROF. 02).

Amizade, saúde, foram temas abordados nessas dinâmicas (PROF. 10).

As dificuldades que os profissionais tiveram diante dos movimentos são afirmadas por Berherat e Berstein (2001) como censuras das ações, por eles desenvolvidas, de tal modo que deixam de conhecer o corpo, e assim também a vida. Conhecemos o corpo diante dos movimentos, através das sensações; um toque, uma massagem ou sentindo a própria respiração.

Contamos, sobretudo, com nossos olhos, com as sensações de dor e com o tato, para obtermos informações sobre nós mesmos. Porque censuramos nossas sensações e diminuimos aos próprios olhos nossas reais dimensões, temos a impressão de não existir suficientemente. Quanto mais desconhecemos o corpo, mais desconhecemos a vida. Não tendo a posse do corpo, não podemos dele gozar. Falta-nos confiança; há tanta coisa que não ousamos fazer. Sentimo-nos incapazes e, com frequência, temos razão (BERTHERAT; BERBSTEIN, 2001, p. 58).

Aqui chamamos atenção para o fato de que, distantes do corpo ou da potência do corpo, e entregues ao controle biopolítico do corpo na atualidade do mercado e das referências estéticas, enfraquece-se ou perde-se a dimensão política e emancipadora das práticas de cuidado (FOUCAULT, 2004). Quando consideramos a realidade dos profissionais de saúde, os usos do corpo como meros reprodutores de procedimentos estruturados, distantes do campo da sensibilidade, esta pode ser uma das principais razões das falências das práticas de saúde, da sua capacidade de aliar 'êxito técnico com sucesso prático', promovendo saúde ao resgatar a dimensão emancipadora das práticas em saúde (AYRES, 2004). Assim, se as paralisias, anestésias e censuras do

corpo estão se produzindo na realidade das relações em saúde, também ocorrem fragilidades na potência libertadora e produtora de vida em sentido amplo, pelos sujeitos e coletivos envolvidos.

Muitos desses profissionais se diagnosticaram enquanto sedentários, devido a motivos diversos, implicando em uma falta de consciência corporal.

A imobilidade é, com efeito, um grande obstáculo à percepção do corpo e carregamos partes do nosso corpo que não se mexem há ano. Quanto mais tivermos zonas mortas, menos vivos nos sentiremos (BERTHERAT; BERBSTEIN, 2001, p. 60).

Diante das respostas positivas em relação às atividades feitas, foi feito o seguinte questionamento: como percebem que essas atividades podem contribuir para o dia a dia? E os profissionais responderam que:

Podemos desenvolver com os usuários (PROF. 03).

É difícil cuidar do outro, se não cuidar de si (PROF. 09).

É preciso desenvolver esse cuidado com o outro (PROF. 05).

Portanto, o cuidado do outro não é algo que se produz distante do cuidado de si. Através destas respostas é perceptível que eles tomaram consciência da importância do cuidado do corpo, conhecendo melhor seus próprios corpos e suas potências para a promoção de vida e saúde.

Enfim, pelo contato consigo mesmo, aquele que tomou consciência do próprio corpo estabelece novos contatos com o 'próximo', que, anteriormente, era conservado à distância. Às vezes, porém, o outro não deixa abordar (BERTHERAT; BERBSTEIN, 2001, p. 140).

Um dado importante foi a observação da interação entre a equipe no final das oficinas. A participação os levou a um conhecimento diferente do corpo, interligando-os, algo que não se percebia no início, no momento da primeira oficina. Uma tomada de consciência do próprio corpo, conforme Bertherat e Berstein (2001, p. 3): "Por isso, tomar consciência do próprio corpo é ter acesso ao corpo inteiro [...], pois o corpo e espírito, psíquico e físico, e até força e fraqueza, representam, não a dualidade do ser, mas sua unidade". E este movimento de tomada de consciência do corpo inclui necessariamente o corpo do outro, que afeta e constitui corpo próprio, de tal maneira que o si e o outro em relação seja condição para o encontro em saúde que se disponibiliza para o interesse amplo e legítimo pela vida do outro e, conseqüentemente, pela produção de saúde.

Através das práticas corporais, compreenderam-se de maneira diferente, observaram o mundo através dos movimentos. Com a comunicação entre os seus corpos e a afetação mútua promovida pelos encontros, esses profissionais perceberam a importância de interagirem para que o trabalho em equipe pudesse fluir cada vez melhor, com mais eficiência de práticas, no sentido atribuído por Ayres (2004), de forma mais prazerosa, por estar carregado de sentido para os sujeitos envolvidos.

Mendes (2005) nos fala que a linguagem dos gestos, como conhecimento, permite compreender o mundo através do corpo em movimento no ambiente. E, além de ser revelada através da movimentação do corpo, no tempo e no espaço, de cada indivíduo e da comunidade, a linguagem dos gestos, ao mesmo tempo em que é uma forma de se expressar, permite a comunicação entre diferentes pessoas.

Questionados sobre o conhecimento do corpo durante as atividades, os profissionais afirmaram:

Com certeza. Percebi a respiração. Vi como os profissionais não veem o lado do outro; só pensamos em nós mesmos (PROF. 07).

Sim, percebemos também que não conseguimos distinguir o pessoal do profissional. Perceber os limites, no cotidiano (PROF. 09).

Vivem como profissionais e não param para pensar em si, esquecem-se dos outros. A importância de cuidar de si e do próximo (PROF. 02).

Com a vivência, os profissionais que participaram das oficinas identificaram que precisam parar para se perceberem. Com as atividades, esquecem-se das dores e se fortalecem para lidar com as dificuldades. Querem tentar mudar esse modelo biomédico-curativo em que realizam seu trabalho. Foi perceptível a mudança nos semblantes e na maneira de agir de cada profissional. Como registramos em diário de campo: “Ao término das oficinas, estes estavam mais animados, entusiasmados. Dava para sentir a energia entre eles e a união, que no início não se notava, mas que ali na conversa final foi possível perceber, que estava bem melhor”.

Percebeu-se que os profissionais que participaram das oficinas adquiriram consciência corporal, no sentido atribuído por Bertherat e Bernstein (2001), mesmo que de forma temporária, pois o corpo está sempre em mudança, - como uma obra de arte -, aberto e inacabado. De modo que esse mesmo corpo seguisse sendo alvo dos encontros entre os profissionais da equipe, nas oficinas finais, foram citadas algumas maneiras de dar continuidade à experiência, junto aos usuários. Entre as estratégias para aumentar a sustentabilidade local das oficinas de cuidado com o corpo, estavam: a aplicação das práticas vivenciadas nas reuniões sistemáticas das equipes de saúde; e a reprodução de alguns aprendizados nas reuniões com outros grupos da unidade, principalmente em relação ao grupo de atividades físicas, objeto (e sujeito) do projeto de extensão universitária, que estava acontecendo durante o desenvolvimento do estudo.

O sedentarismo, o tabagismo, a alimentação inadequada, os baixos níveis de coesão social e laços de vizinhança, relacionados ao estilo de vida da população em geral, somados à oferta ainda discreta de ações de promoção da saúde, contribuem para a baixa adesão aos programas de incentivo a práticas corporais e atividades físicas. Este amálgama social induz a elevação dos riscos de incremento da incidência de doenças do aparelho circulatório, bem como a ocorrência de sequelas. A complexidade da determinação social envolvida na cadeia de causas deste problema exige abordagens multidisciplinares e intersetoriais, para que seja possível incorporar hábitos saudáveis no cotidiano dos participantes.

A atividade física é um importante meio de promoção da saúde, principalmente dos idosos, e oferece inúmeros benefícios. Um programa de exercícios físicos direcionados tem como meta a melhora da capacidade física do indivíduo, diminuindo a deterioração das variáveis de aptidão física, como resistência cardiovascular, força, flexibilidade e equilíbrio, e aumentando o contato social e a redução de problemas psicológicos, como a ansiedade e a depressão.

Em relação à vivência proporcionada pelo projeto de extensão ‘Cabelos de Prata’, os usuários reconheceram alguns desses benefícios:

A gente quer vocês com a gente e a gente com vocês [...]. Interagir. Quem está na frente desses grupos tem amor à gente e à profissão (USUÁRIO 06).

Quando eu cheguei ao grupo, encontrei pessoas bem idosas, e tão alegres, e que já passaram por tantas situações. Me espelhei nelas e, graças a Deus, estou melhor (USUÁRIO 07).

A rotina é a amizade, a gente ter o prazer de poder conversar, dialogar, eu me sinto muito feliz ao lado de todos (USUÁRIO 08).

As vantagens do exercício regular e da atividade física contribuem para um estilo de vida independente e saudável, melhorando a capacidade funcional e a qualidade de vida do indivíduo. O exercício contribui na prevenção das quedas, fortalecendo os músculos das pernas e costas, melhorando os reflexos e a sinergia motora das reações posturais; facilita a velocidade de andar, aumenta a flexibilidade e mantém o peso corporal. Também promove melhoria na mobilidade e diminui o risco de doença cardiovascular, além de tornar a vida mais alegre (COSTA et al., 2008).

Aprendi a dar valor às pequenas coisas que a gente pensa que ‘é’ insignificante [...]. Um abraço, um bom dia, um sorriso (USUÁRIO 10).

A gente chega no grupo e sai uma pessoa renovada, fica participando das conversas e faz bem para a mente (USUÁRIO 03).

As amigas que eu ganhei lá no grupo é uma coisa que eu valorizo muito. Isso me faz e me fez muito bem (USUÁRIO 05).

Em relação às atividades coletivas, conforme demonstrado por Micussi et al (2006), foi observada uma inovação social local pela inserção, ampliação e articulação de posturas preventivas de vigilância à saúde dos agravos relacionados com a Síndrome Metabólica, através de vivência, mobilização e troca de informações e experiências no cotidiano do território que contribuíram para fortalecer a integração comunitária no uso de espaços e ambientes favoráveis ao bem-estar.

É você participar, interagir [...]. Eu já estive muito depressiva [...]. E, para mim, interagir no grupo é a medicação (USUÁRIO 11).

Na dança [...], não é uma dança para aprender a dançar. É uma dança para movimentar o corpo. O acordo que a gente tem na dança é a alegria (USUÁRIO 09).

A iniciativa foi capaz de experimentar alternativas metodológicas de ensino, pesquisa e extensão, acompanhando o desenvolvimento local de políticas públicas prioritárias, pela melhor vinculação com a comunidade através da interação do conhecimento e de vivências articuladas entre a academia, o saber popular e os serviços de saúde. Também estimulou a formação de laços de solidariedade e de sociabilidade locais, pela valorização das relações mútuas de confiança, incentivando a autonomia e a responsabilização dos participantes pelo seu próprio estado de saúde. Os discentes envolvidos com a experiência relataram, nos portfólios reflexivos de aprendizagem, a oportunidade de vivenciar as atividades durante seu trânsito pela ESF:

Gosto muito de aprender, e tudo aquilo que venha a somar em experiências novas, me estimula a participar (ESTUDANTE 01).

Troca de conhecimentos e experiências, aprendizado, harmonia, bem estar, amizade. Carinho, amor e o respeito que existe nos grupos, o espírito de amizade e companheirismo (ESTUDANTE 06).

Existe muito proveito, no aprendizado e, principalmente, no lazer, o laço de amizade que é criado com a comunidade (ESTUDANTE 08).

Tudo isso contribuiu para fortalecer o conhecimento dos usuários, dos estudantes e dos profissionais de saúde, através da oferta de espaços de escuta e reflexão, estimulando a consciência crítica de si e de sua autenticidade. A continuidade das atividades poderá constituir um dos pilares de sustentação para a redução da dependência de terapias medicamentosas exclusivas, consolidando a prática cotidiana de exercícios físicos associados a outras iniciativas que reforcem a cultura de hábitos de vida saudável, para que possa ocorrer a diminuição do número de hospitalizações e sequelas provenientes de complicações referentes às doenças crônicas não transmissíveis, me-

lhorando a resolutividade local e prevenindo sofrimentos emocionais, pelo combate aos estados de ansiedade, tristeza, depressão e isolamento social.

Sendo assim, o enlace entre a pesquisa, ensino e extensão, ampliou os estudos sobre consciência corporal, na porta de entrada do Sistema Único de Saúde (SUS), auxiliando os profissionais a identificar melhorias ocorridas a partir de momentos reflexivos, na percepção de si e do outro, e de seus modos de tocar a vida cotidiana, como base para o trabalho que desenvolvem e a sua própria qualidade de vida.

Desta forma, a redescoberta da autonomia e da possibilidade de aprender a partir de si mesmo, das potencialidades do próprio corpo, despertou impulsos criativos para se pensar coletivamente em modos de dar continuidade à experiência, revelada pela vontade e pelo desejo da maioria dos participantes, de aplicar mudanças no processo de trabalho na ESF, de modo que compreendessem e respeitassem os limites e potencialidades de cada um, compartilhando parte do que foi aprendido, junto aos discentes dos cursos da saúde e à comunidade recebidos em preceptoría na USF.

## Considerações finais

As reflexões acerca do corpo, da consciência corporal e do cuidado de si, em diferentes grupos, no contexto da ESF, permitem concluir que as práticas propostas, de ensino, pesquisa e extensão, produziram efeitos e transformações no cotidiano da ESF. Os participantes geralmente iniciavam a realização dos encontros formativos e de observação em pesquisa, e as oficinas de práticas corporais, de forma descrente e apática, como ficava evidente em sua postura corporal, cansaço e fadiga, e em verbalizações ao falarem do cotidiano e suas impotências diante de algumas demandas cotidianas, uma vez que não possuíam rotina ou tradição no cuidado de si, já que, muitas vezes, as práticas da universidade não produzem efeitos demandados pelos profissionais e usuários.

No decorrer da pesquisa, com os profissionais de uma USF, foi vista a transformação do que poderia ser o cuidado com o corpo como um todo, de ter a percepção do próprio corpo e cuidar do corpo de uma forma sensível, e não apenas a busca da estética a partir de um padrão socialmente idealizado.

Assim, o que inicialmente representava uma espécie de rejeição, manifesta pela recusa em participar de algumas atividades propostas nas oficinas, no decorrer dos trabalhos passou a dar lugar às expressões de encantos, pela descoberta gradativa e positiva de conhecimento, de forma diferente, dos seus corpos e das potências do corpo. Conforme vivenciamos nosso corpo, temos possibilidades de conhecê-lo, para podermos perceber suas variações no tempo e no espaço em que estamos inseridos, contribuindo para um movimento em direção ao cuidar do próximo com maior instrumentalização e facilidade, pois se percebe que o cuidado de si é condição para práticas eficazes em saúde.

O enlace entre as atividades de pesquisa, ensino e extensão, na esfera da ESF, sobre o desenvolvimento da consciência corporal e do lugar do corpo e do cuidado de

si, nas práticas, foi convergente com a proposta da promoção da saúde, através da reinvenção de estratégias de combate ao sedentarismo e ao individualismo, com vistas à melhoria da qualidade de vida e do resgate da dimensão emancipadora das práticas em saúde coletiva. Nessa perspectiva, contribuiu para a constituição de um guia referencial, orientador, do processo de trabalho na ESF, valorizando e conhecendo ações vivenciadas e avaliadas para as pessoas que interagem entre serviços e comunidade, enquanto cenário ambiental, social, cultural e político, produto e produtor de saúde.

A ação transformadora local revelou certo impacto social, pela contribuição para a inclusão de grupos sociais, e no desenvolvimento de meios e processos de produção que incluam o corpo. Ficou evidente, com base nos registros das observações, o impacto na percepção, verbalizadas pelos profissionais, da importância do trabalho corporal e voltado para o cuidado de si como suporte para o trabalho em saúde, ampliando oportunidades pedagógicas pela inovação e transferência de conhecimentos. Portanto, tratou de atividades dialógicas capazes de estimular práticas interdisciplinares na triangulação entre universidade (ensino-pesquisa-extensão), serviço e comunidade, estimulando os alunos e os profissionais envolvidos, na busca da valorização e do alcance de competências e habilidades fundamentais ao exercício profissional.

O cerzimento de laços de solidariedade e de sociabilidade locais, pela valorização das relações mútuas de confiança, aproveitou oportunamente a transversalidade da dimensão cuidadora, pedagógica e emancipadora dos serviços de saúde, para melhorar a qualidade de vida e fortalecer a cidadania, ao incentivar a autonomia e a responsabilização dos participantes pelo seu próprio estado de saúde.

O estudo realizado encontra seus limites na não continuidade da ação, que poderia envolver também um número maior de usuários e a comunidade, em oficinas de práticas corporais que pudessem ser progressivamente incorporadas no cotidiano da USF. Entendemos que a investigação em outras unidades de saúde da família poderia trazer outras contribuições e evidências para a qualificação da atenção por meio de práticas corporais. Eis o caminho aberto para novas investigações nesse sentido.

## Referências

- AYRES, J. R. C. M. Cuidado e reconstrução das práticas de saúde. *Interface*. v. 8, n. 14, p. 73-92, set. 2003-fev. 2004.
- BAUDRILLARD, J. *A sociedade de consumo*. Lisboa: Edições 70, 2009.
- BERTHERAT, T.; BERNSTEIN, C. *O corpo tem suas razões: antiginástica e consciência de si*. 19ª ed. São Paulo, 2001.
- COSTA, S. M. et al. Caminhada saúde e vida: fortalecendo as práticas corporais e atividades físicas do Grupo Viver. *Divulg. saúde debate*, v. n. 42, p. 51-56, 2008.
- FOUCAULT, M. *A Hermenêutica do sujeito*. São Paulo: Martins Fontes, 2006.

\_\_\_\_\_. A ética do cuidado de si como prática da liberdade. In: FOUCAULT, M. *Ética, sexualidade, política*. Ditos e escritos, vol. V. Rio de Janeiro: Forense Universitária, 2004. p. 264-287.

LACERDA, L. A.; SOUSA, I. M. C.; BEZERRA, A. F. B. Um olhar empírico sobre a dádiva: percepção do autocuidado dos Agentes Comunitários de Saúde sobre as Práticas Integrativas e Complementares. In: MARTINS, P. H.; BEZERRA, A. B.; SILVA, A. S.; SOUSA, I. M. C. (Org.). *Produtivismo na saúde: desafios do SUS na intervenção da gestão democrática*. Recife: EDUFPE, 2014. p. 209-227.

LEFEVRE, F.; LEFEVRE, A. M. C. *O corpo e seus senhores: homem, mercado e ciência: sujeitos em disputa pela posse do corpo e mente humana*. Rio de Janeiro: Vieira & Lent, 2009.

MARTINS, P. H. O movimento das terapias humanizantes: corpo, cultura e ressignificação do humano. In: PUTTINI, R. F.; ALBUQUERQUE, L. M. B. (Org.). *Aventuras antropológicas no campo da saúde*. São Paulo: Annablume; Fapesp, 2013. p. 87-118.

\_\_\_\_\_. O paradigma energético e os novos significados do corpo e da cura. In: PELIZZOLI, M. (Org.). *Bioética como novo paradigma*. Petrópolis: Vozes, 2007.

MEDEIROS JUNIOR, A.; LIBERALINO, F. N.; COSTA, N. D. L. (Orgs). *Caminhos da tutoria e aprendizagem em Saúde e Cidadania*. Natal: EDUFRN, 2011.

MENDES, M. I. B. S. O conhecimento do corpo na Educação Física escolar. In: GUERRA, J. B. C.; NÓBREGA, T. P. (Org.). *O ensino de Educação Física de 5º a 8º Série*. Livro didático 3. Natal: Paidéia, 2005.

\_\_\_\_\_; MELO, J. P. Notas sobre corpo, saúde e ludicidade. In: *Cenários lúdicos em Unidades de Saúde da Família*. MENDES, M. I. B. S.; OLIVEIRA, M. V. F. (Org.). Natal: IFRN, 2010. p 17-30.

MELO, R. H. V. *Análise de redes do cotidiano a partir do encontro entre usuários e profissionais da estratégia saúde da família*. 2014. 143 f. Dissertação (Mestrado em Saúde da Família) - Universidade Federal do Rio Grande do Norte, Natal, 2014.

MERLEAU-PONTY, M. *Fenomenologia da percepção*. São Paulo: Martins Fontes, 1999.

MICUSSI, F. A. et al. SPA comunitário: uma experiência de reeducação alimentar e física no PSF de Santa Cruz-RN. In: Brasil. Ministério da Saúde. *II Mostra Nacional de Produção em Saúde da Família: trabalhos premiados*. Brasília: Ministério da Saúde, 2006. p. 30-45.

MORAIS, A. P. et al. *Curso de Mestrado Profissional em Saúde da Família*. Caderno do Aluno. Ceará, Maranhão, Rio de Janeiro, Rio Grande do Norte: 2012.

NÓBREGA, T. P. *Corporeidade e educação física: do corpo-objeto ao corpo-sujeito*. 2. ed. Natal: EDUFRN, 2005.



PEREIRA, H. C. M. C. *Ginástica Rítmica: um concerto para o corpo*. 2014. 150f. Dissertação (Mestrado em Educação Física) – Universidade Federal do Rio Grande do Norte, Natal, 2014.

SOUSA, I. M. C.; BEZERRA, A. F. B.; GUIMARÃES, M. B. L. Integrar-se: uma experiência anti-utilitarista por meio das Práticas Integrativas e Complementares para profissionais da Atenção Primária em Saúde. In: MARTINS, P. H.; BEZERRA, A. F. B.; SILVA, A. S.; SOUSA, I. M. C. (Org.). *Produtivismo na saúde: desafios do SUS na intervenção da gestão democrática*. Recife: EDUFPE, 2014. p. 187-208.



## EDUCAÇÃO EM SAÚDE: PERCEPÇÕES E PRÁTICAS DAS EQUIPES DE SAÚDE BUCAL DE SOBRAL, CEARÁ.

*Janice Dávila Rodrigues Mendes,*

*Cibelly Aliny Siqueira Lima Freitas,*

*Maria Socorro de Araújo Dias,*

*Mirna Marques Bezerra*

### Introdução

No Brasil, o movimento de reestruturação do modelo assistencial à saúde iniciou-se após a implantação do Sistema Único de Saúde (SUS) e, sobretudo, a partir da criação do Programa de Saúde da Família (PSF), em 1994. Este programa surgiu como forma de reorganização da atenção à saúde, buscando operacionalizar os princípios do SUS no âmbito da atenção básica. Em 1997, o Ministério da Saúde reconheceu que o PSF, embora rotulado como programa, por suas especificidades, fugia à concepção usual dos demais programas concebidos, já que não era uma intervenção vertical e paralela às atividades dos serviços de saúde. Pelo contrário, caracterizava-se como uma estratégia que possibilitava a integração e promovia a organização das atividades em um território definido, com o propósito de propiciar o enfrentamento e resolução dos problemas identificados. Desta forma, o PSF passou a ser considerado uma Estratégia de Saúde da Família (ESF), entendida como uma proposta substitutiva com dimensões técnica, política e administrativa inovadoras (BRASIL, 1997).

Em 1998, uma pesquisa realizada pelo IBGE (Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística), em convênio com o Ministério da Saúde, mostrou números alarmantes em relação à saúde bucal dos brasileiros, como, por exemplo, 29,6 milhões de brasileiros nunca tinham frequentado um consultório odontológico. Revelaram, também, que a saúde bucal estava recebendo uma parcela escassa de recursos em relação ao total de investimentos do SUS, pois, apenas 5,24% dos investimentos em saúde se destinavam

aos procedimentos odontológicos. Os resultados deste estudo motivaram o Ministério da Saúde a propor medidas que contribuíssem para a melhoria da Saúde bucal da população (BRASIL, 2002).

Outro estudo que também contribuiu para expor as condições de saúde bucal da população no Brasil foi o “Projeto SB Brasil 2003- Condições de Saúde Bucal da População Brasileira”, que teve início em 1999, e cujos resultados foram publicados em 2003, tendo mostrado elevados índices de cárie entre adultos e idosos, grave perda dentária precoce, confirmando que o edentulismo continua sendo um grave problema em nosso país, especialmente entre os idosos. Disparidades relacionadas ao acesso a serviços também foram identificadas (BRASIL, 2004a).

Assim, como estratégia de reorganização da Atenção Primária à Saúde, houve a inclusão de equipes de saúde bucal na Estratégia de Saúde da Família (ESF), através da publicação da Portaria GM/MS, nº 1.444, de 28 de dezembro de 2000, que estabelece incentivo financeiro para a reorganização da atenção à saúde bucal prestada aos municípios. Desta forma, as ações de saúde bucal foram definitivamente incluídas na ESF. Em março de 2001 foi publicada a Portaria GM/MS nº 267, que aprovou as normas e diretrizes de inclusão da Saúde Bucal na Atenção Primária (BRASIL, 2002).

Neste contexto de reorientação do modelo de atenção à saúde bucal, em 2004, o Ministério da Saúde publicou um documento contendo as Diretrizes da Política Nacional de Saúde Bucal. Esta política teve como embasamento epidemiológico a conclusão do “Projeto SB Brasil 2003 – Condições da Saúde Bucal da População Brasileira”, e suas diretrizes tinham como objetivo principal promover uma reorganização da atenção em todos os níveis, tendo o conceito do cuidado como eixo de reorientação do processo, respondendo a uma concepção de saúde não centrada somente na assistência aos doentes, mas, sobretudo, na promoção da boa qualidade de vida e intervenção nos fatores que a colocam em risco (BRASIL, 2004b).

Estas diretrizes da Política Nacional trouxeram considerações importantes sobre as ações de saúde bucal na ESF, as quais devem se inserir no planejamento em conjunto com a equipe, numa inter-relação permanente com as demais ações da Unidade de Saúde. Estas ações incluem: promoção e proteção de saúde; recuperação e reabilitação.

Diante do exposto, para a Saúde Bucal esta nova forma de se fazer as ações cotidianas representa, ao mesmo tempo, um avanço significativo e um grande desafio. Um novo espaço de práticas e relações a serem construídas com possibilidades de reorientar o processo de trabalho e a própria inserção no âmbito dos serviços de saúde. Vislumbra-se a possibilidade de aumento de cobertura, de efetividade na resposta às demandas da população e de alcance de medidas de caráter coletivo. As maiores chances de ganho situam-se nos campos do trabalho em equipe, das relações com os usuários e da gestão, implicando uma nova forma de se produzir o cuidado (BRASIL, 2004b).

Dando seguimento aos avanços da Saúde Bucal no país, sete anos após o lançamento das Diretrizes da Política Nacional de Saúde Bucal, o Ministério da Saúde concluiu, em 2011, o quarto levantamento epidemiológico de âmbito nacional na área da Saúde Bucal, intitulado SB Brasil 2010 – Pesquisa Nacional de Saúde Bucal. Esta pesquisa analisou a situação da população brasileira com o objetivo de proporcionar ao SUS informações úteis ao planejamento de programas de prevenção e tratamento. O significativo crescimento de 390% das equipes de saúde bucal, a criação de 865 centros de especialidades odontológicas, a habilitação de 674 municípios com laboratórios de próteses dentárias, a distribuição de 72 milhões de kits de escova e pasta dentária, a ampliação do acesso à água tratada e fluoretada para cerca de sete milhões de brasileiros proporcionaram a redução do número de dentes extraídos. Houve ainda a ampliação do acesso aos serviços públicos odontológicos, principalmente para os mais pobres, elevando o Brasil ao grupo de países com baixa prevalência de cárie (BRASIL, 2012a).

Neste contexto das ações de saúde, embora tenha havido vários avanços na área odontológica, os agravos bucais e suas sequelas ainda se constituem em problemas de saúde pública, com graves consequências sociais e econômicas. Tais agravos são facilmente prevenidos através da mudança de hábitos de higiene bucal e de alimentação da população, assim como a realização de ações de educação em saúde. Assim, a educação em saúde bucal tem sido cada vez mais pública e coletiva (PAULETTO et al., 2004).

As ações de educação em saúde, numa concepção ampliada de cuidado de saúde, requerem a participação do usuário na mobilização, capacitação e desenvolvimento de aprendizagem de habilidades individuais e sociais para lidar com os processos de saúde-doença, estendendo-se à concretização de políticas públicas saudáveis (MACHADO; VIEIRA, 2009).

Atualmente, embora se enfatize a integração da prevenção às práticas de saúde, a menor parcela de estudos sobre medidas preventivas em odontologia é proveniente da América Latina (2,9%). A educação em saúde está sendo pouco descrita nos estudos de forma isolada, sendo as práticas mais avaliadas o flúor em dentifrícios e bochechos, assim como selantes oclusais. Há ainda um direcionamento dos estudos preventivos para grupos específicos, principalmente escolares. A regularidade e frequência do procedimento preventivo, as ações voltadas aos diferentes problemas bucais e as outras faixas etárias ainda são informações escassas (ALMEIDA; FERREIRA, 2008).

Portanto, o objeto de estudo deste trabalho foi analisar as atividades de educação em saúde realizadas pelas equipes de saúde bucal do município de Sobral, Ceará. Estas atividades podem ser desenvolvidas pelo cirurgião-dentista (CD), técnico em saúde bucal (TSB), auxiliar em saúde bucal (ASB) ou agente comunitário de saúde (ACS). Embora possam ser realizadas por estes profissionais, compete a toda a equipe de saúde bucal (ESB) planejá-las, organizá-las, supervisioná-las e avaliá-las. Este estudo

abordou as atividades educativas realizadas pelos CDs e ASBs, visto que, no município, eram estes os sujeitos mais atuantes no planejamento e na execução destas ações.

O município de Sobral foi um dos pioneiros a inserir a ESB na ESF, em 1998, dando seguimento ao Projeto de Reestruturação das Ações Odontológicas, que foi apresentado em outubro de 1997 pela Secretaria de Desenvolvimento Social e Saúde. Este documento foi o primeiro a realizar um diagnóstico de situação, apontar necessidades e proposições na área da saúde bucal do município (MENDES; VIANA, 2005).

O presente estudo buscou compreender como está estruturada a saúde bucal em Sobral, após 15 anos da inserção das primeiras equipes, e de todo um histórico de evolução do serviço no município, levando em consideração que muitos CD concluíram a Residência Multiprofissional em Saúde da Família (RMSF), pela Escola de Formação em Saúde da Família Visconde de Sabóia (EFSFVS), que traz consigo a proposta de qualificar os profissionais para atender aos princípios do SUS, embora, no momento da pesquisa, existisse um pequeno número daqueles entre os que se encontravam na assistência.

Estas atividades foram analisadas tomando-se como referencial teórico de educação em saúde o método da Educação Popular de Paulo Freire, o qual se coloca como referência no campo das práticas dos profissionais de saúde, trazendo contribuições para a formação de profissionais comprometidos com as questões sociais, não somente pela mudança de atitudes e comportamentos, mas, principalmente, pelo engajamento ativo nas lutas por direitos e comprometimentos com posturas acolhedoras e de construção da autonomia das pessoas e dos grupos sociais (BRASIL, 2007).

Assim, este trabalho teve como objetivo analisar as atividades de educação em saúde realizadas por estas ESB, assim como, desvelar o referencial teórico orientador destas práticas educativas.

## Metodologia

Com base em seus objetivos, esta pesquisa classificou-se como exploratória e descritiva com abordagem qualitativa. O cenário do estudo foi o município de Sobral, considerado Polo da Macrorregião Norte do Ceará. Existem 39 ESB, compostas por 39 CDs e 39 ASBs. O local do estudo foram as Unidades Básicas de Saúde da Família (UBS) e demais locais onde ocorrem atividades de Educação em Saúde Bucal.

Os sujeitos do estudo foram os cirurgiões-dentistas e auxiliares de saúde bucal que compunham as equipes de saúde da família. Os critérios de inclusão dos CDs foram: aqueles que estavam há mais de um ano na ESF no município; que aceitaram participar através da assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido; um representante de cada UBS; que atuavam na sede do município e em três distritos que se localizassem mais próximos geograficamente da sede e com maior número de habitantes. Para as ASBs, os critérios foram: além de todos os critérios dos CDs, terem

concluído ou estarem cursando um curso de ASB; estarem trabalhando com o CD que tivesse participado desta pesquisa. Participaram 09 CDs e 08 ASBs, totalizando 17 sujeitos da pesquisa.

As técnicas de coleta de dados foram a entrevista semiestruturada e a observação simples. Para a realização das entrevistas, foi utilizado um roteiro, contendo perguntas abertas, que permitiam aos sujeitos responder em seus próprios termos. As entrevistas eram realizadas nas UBS, mediante agendamento prévio, cuja data e horário eram pactuados com cada sujeito do estudo. Para as observações simples, o instrumento utilizado foi um diário de campo e um check-list, onde foi observado se os profissionais possuíam uma metodologia dialógica e participativa, buscavam estimular uma reflexão crítica na comunidade e a construção compartilhada do conhecimento, conforme os pressupostos da Educação Popular de Paulo Freire (BRASIL, 2007).

O período de coleta de dados foi de novembro de 2013 a janeiro de 2014, tendo sido realizadas 05 observações de atividades educativas desenvolvidas em diversos espaços, como escolas municipais, UBS, e Centro de Referência em Assistência Social (CRAS), as quais tiveram como público-alvo: idosos, escolares na faixa etária de 04 a 07 anos, adolescentes e pré-adolescentes de 08 a 12 anos, gestantes e adultos.

A fase de observações ocorreu concomitantemente à realização das entrevistas com os profissionais, sendo as mesmas gravadas e, posteriormente, transcritas. Os profissionais entrevistados foram identificados em seus depoimentos por meio de letras iniciais de sua profissão e por números (CD1, CD2, ASB1, ASB2), como forma de garantir o seu anonimato.

A organização dos dados deu-se através do processo de categorização, e na análise foi utilizado o método de Análise de Discurso, referenciada pela autora Orlandi, citada por Minayo (MINAYO, 2010).

A pesquisa foi desenvolvida de acordo com a Resolução nº 196/96, versão 2012, do Conselho Nacional de Saúde (BRASIL, 2012b), respeitando seus aspectos éticos descritos no capítulo III, tendo sido aprovada pelo Comitê de Ética em Pesquisa Local, com o número do CAAE: 22237213.4.0000.5053.

A análise dos resultados apoiada no referencial metodológico utilizado fez emergir as seguintes categorias de análise: referencial teórico de Educação em Saúde presente na percepção dos profissionais de Saúde Bucal, e desafios na realização das atividades de Educação em Saúde. A primeira categoria foi analisada com base em duas dimensões: modelo tradicional de Educação em Saúde e práticas educativas que se aproximam da Educação popular. Estas dimensões serviram para orientar a análise em cada um dos temas e foram definidas após a leitura flutuante das entrevistas, seguindo as orientações da autora de referência da análise de discurso.

## Resultados e discussão

### Modelo Tradicional de Educação em Saúde

Por intermédio dos relatos dos profissionais, foi possível perceber que a concepção de Educação em Saúde predominante na grande maioria dos discursos, ou seja, em 88%, refere-se ao Modelo Tradicional de Educação em Saúde, ou Educação Bancária, onde o profissional transmite o conteúdo na forma de verdade a ser absorvida, o usuário recebe passivamente os conhecimentos, tornando-se depósito de informações fornecidas pelo profissional, inúmeras recomendações e informações sobre comportamentos “certos” ou “errados” e instruções de higiene bucal são repassados:

Para mim Educação é tentar conscientizar a pessoa, se a pessoa está consciente é bem mais fácil o tratamento [...] por mim eu escovava os dentes de todo mundo, tipo, conscientizava e abria a cabecinha de todo mundo e colocava [...] (CD 5).

É passar um pouco o que a gente sabe pra alguém que não conhece [...] então eu tô promovendo saúde né, acho assim que é uma maneira de educar o paciente pra sua saúde bucal [...] (ASB 4).

Durante as observações simples, pode-se registrar que o tema principal de todas as atividades foi a instrução de higiene bucal, partindo-se do pressuposto que os usuários, tanto crianças quanto adultos, precisam ser ensinados, que não têm conhecimento ou que este é errado, como se a Equipe de Saúde Bucal (ESB) fosse conhecedora de todo o conhecimento, que precisa ser repassado para a comunidade. Mesmo que, em algumas vezes, tenham lhes perguntado anteriormente se eles sabiam a maneira correta de escovar os dentes, depois lhes é ensinado o “correto”, que a maneira como fazem não é o certo, sendo, sempre, da maneira que a ESB ensina. Portanto, não há um estímulo para a construção da autonomia dos sujeitos, tanto em relação às crianças quanto em relação aos adultos. Os métodos e instruções ensinados não são adequados à realidade de cada grupo, precisando-se sempre da figura de uma pessoa de fora, no caso, o CD ou a ASB, para que eles façam da maneira correta, visando sempre o repasse de informações.

Este “repasso de informações” enfatiza que os profissionais de saúde bucal, como educadores, têm colaborado mais no fortalecimento da educação bancária que da educação transformadora. Segundo Backes et al. (2008), esta visão também é observada na prática de outros profissionais da saúde, nas relações que estabelecem com os usuários e familiares, desconsiderando a multidimensionalidade deste processo.

Em um estudo de Mialhe et al. (2011), verificou-se que as atividades educativas em saúde bucal desenvolvidas pelos Agentes Comunitários de Saúde (ACS) eram realizadas de forma esporádica e voltadas prioritariamente às gestantes, mães e crianças, em



um modelo vertical de transmissão de informações, visando mudanças de comportamentos individuais e incorporação de hábitos saudáveis.

Portanto, percebe-se a concepção de uma educação doutrinadora, realizada por meio de transmissão de informações, objetivando que o indivíduo alcance saúde depois de ser educado, ainda está bastante presente na mentalidade dos profissionais da saúde.

Moretti-Pires et al. (2011), em um estudo sobre a percepção do estudante de odontologia sobre o trabalho dos ACS, apontaram que os acadêmicos possuíam falta de conhecimento apropriado sobre os princípios e processo de trabalho na ESF, em termos específicos da Odontologia, e sobre os saberes e práticas a compartilhar com os demais profissionais, entre eles o ACS. Tal situação poderia ser associada à grande carga de conhecimentos técnicos específicos da formação profissional, altamente biologicista. Houve total desconsideração sobre a possibilidade de trabalho conjunto, ou que extrapolasse o limite de protocolos, ou, mesmo, da Educação para a Saúde como ações de cunho diferente de palestras. O ACS não foi percebido como um profissional a serviço do empoderamento, sendo aludido como um recurso humano a serviço da vigilância em saúde, mas não da promoção em saúde.

Neste contexto, a visão bancária de ensino dificulta, segundo Freire (1987), um “pensar autêntico”. Indica que educar não significa adestrar, mas desenvolver capacidade de aprender como um sujeito crítico, epistemologicamente curioso, que constrói o conhecimento ou participa de sua construção. É necessário que, para a ação, não se usem as mesmas armas de dominação adotadas pela concepção “bancária”, mas que se tenha consciência de que o educando não é um ser “vazio”, pois traz consigo vivências que devem ser respeitadas.

## Práticas Educativas que se Aproximam da Educação Popular

Embora a grande maioria dos profissionais tenham demonstrado uma concepção de saúde baseada no modelo tradicional, alguns poucos sujeitos, cerca de 12%, manifestaram um entendimento de educação em saúde de uma forma mais ampliada, com uma certa aproximação com o modelo dialógico, da educação popular:

A minha percepção sobre educação em saúde não é apenas assim fazer esse repasse de informação, e sim ter o cuidado de trocar ideias, trocar informações entre nós e a comunidade (CD1).

Eu acho que é o momento de você tá dividindo alguma coisa com alguém, que no nosso trabalho seria com a nossa comunidade, com os nossos escolares, com os nossos grupos, então, assim, você tá compartilhando o que você tem com outras pessoas, e também, não serve só pra você tá passando para a pessoa, porque a partir daquele momento é que você também ganha conhecimento [...] (CD 7).

Durante as atividades de Educação em Saúde realizadas por estes sujeitos notou-se que havia uma mistura dos dois modelos educativos: Tradicional e baseado na Educação Popular, na tentativa de superação do primeiro, já que este ainda se apresentava fortemente inserido nas suas práticas profissionais.

Um estudo desenvolvido no município de Sobral mostrou que práticas educativas na perspectiva dialógica podiam ser observadas entre enfermeiros, ainda que não fossem tão expressivas. Ainda, destacou o fato de que alguns profissionais, ao prescreverem medicamentos e realizarem orientações, partiam das necessidades e da realidade dos usuários, evitando a prescrição absolutamente vertical de condutas, regras e tratamentos (SILVA et al., 2009).

De acordo com Figueiredo et al. (2010), o modelo dialógico de Educação em Saúde ou Educação Popular apresenta como vantagens a construção coletiva do conhecimento, proporcionando aos indivíduos uma visão crítica-reflexiva da sua realidade, corresponsabilizando-o e capacitando-o para a tomada de decisões relativas à sua saúde. Apresenta como desvantagem a falta de conhecimento e capacitação dos profissionais para a aplicação deste modelo durante as atividades de Educação em Saúde.

Percebeu-se, também, nos discursos dos sujeitos, que a realização das atividades de Educação em Saúde é uma tarefa desafiante no processo de trabalho das equipes:

Eu sou altamente a favor da educação em saúde, eu gosto do que eu faço, eu tô desestimulada, eu assumo, mas eu amo a minha profissão e amo também saúde pública, embora seja um ramo muito difícil, que você tem que amar cinco vezes mais pra conseguir trabalhar (CD 5).

Muitos profissionais sentem dificuldade em realizar atividades de educação em saúde por não se identificarem com a proposta da ESF, de trabalhos com grupos e fora do ambiente do consultório odontológico. A formação universitária voltada aos modelos biologicista e tecnicista é ainda superior para eles, o que exige um esforço extra para a manutenção das mudanças requeridas na prática profissional no setor público, que tenham como objetivo a promoção da saúde, para sua maior efetividade.

A aplicação dos princípios da Educação Popular em Saúde, nas práticas educativas na ESF, pode constituir um grande desafio, já que muitos profissionais de saúde podem não ter conhecimento sobre esse modelo, e outros podem não terem sido capacitados para aplicá-los a sua prática.

Neste sentido, Mialhe e Silva (2011) apontaram que a incorporação de novas estratégias pedagógicas baseadas na transdisciplinaridade e em espaços multiprofissionais de atuação, viabilizando a produção de novos conhecimentos, sem perder a determinação social do complexo promoção-saúde-doença-cuidado, seria também uma das formas de se superar a descontextualização das práticas pedagógicas baseadas na mera transmissão de informações. Só assim é que os acadêmicos teriam oportunidades

concretas de aprenderem uma educação em saúde de forma dialógica e crítica, dentro do perfil profissional necessário para reconfigurar as práticas assistenciais vigentes até então na ESF.

É importante enfatizar, também, que essas reflexões não devem ficar restritas ao âmbito acadêmico. Os profissionais de saúde devem ser continuamente preparados para a superação de suas limitações e para aperfeiçoamento e atualização técnicos, a partir da educação permanente, que representa uma importante mudança na concepção e nas práticas de capacitação dos trabalhadores dos serviços.

## Desafios na Realização das Atividades de Educação em Saúde

Quando questionados sobre as dificuldades que encontram ou já encontraram para realizar as atividades educativas, os sujeitos informaram que se deparam cotidianamente com diversos desafios e problemas na realização destas ações. Em torno de 41% relataram que um dos desafios que encontram com bastante frequência refere-se à falta de apoio nas Escolas, de professores e da direção:

[...] Às vezes tem professor que acha ruim e diz assim: num sei pra que isso, que não dá em nada (ASB 3).

É falta de ajuda da escola, a partir da direção. Porque, é tipo assim, você vai perder tempo na aula, eles têm uma carga horária pra cumprir, então eles acham que a escovação realmente não é necessária, inclusive não vou citar o nome do diretor, porque realmente é coisa de ética, mas nós ouvimos de um diretor da escola porque que o governo não investe em verba pra prótese ao invés de escova e creme dental [...] (ASB 4).

A partir destes depoimentos percebe-se que, mesmo após a implantação do Programa Saúde na Escola (PSE) (BRASIL, 2011), ainda é necessário uma maior integração entre as áreas da saúde e educação, tendo em vista que a escola é um local propício e adequado para o desenvolvimento de ações educativas, onde se pode atuar nas diferentes áreas do saber humano. Para que se concretize essa maior integração, o planejamento das atividades deve ocorrer em conjunto, com os profissionais de saúde participando de reuniões com todos os funcionários da escola, dialogando com estes, e buscando, juntos, melhores estratégias para realização destas ações. Desta forma, poderia se conseguir um maior engajamento de todos os envolvidos no processo, diminuindo as dificuldades, e aumentando as possibilidades de resultados mais efetivos.

Houve um relato que revelou uma postura autoritária e impositiva por parte de uma profissional, que demonstrou uma atitude de coerção em relação aos professores de uma escola:

[...] Assim na escola, eu brigo muito com as professoras, eu bato muito de frente, as professoras não são conscientes, eu tenho que mentir dizendo que

vai vir fiscalização, porque senão, não tem escovação, porque eu não tenho ajuda de todos, eu chego na escola, gente, vamos, vamos fazer, é porque eu vou ter uma fiscalização, vai vir uma doutora agora, que vai vir fiscalizar e vai vir perguntar, e aí eu queria fazer pelo menos hoje pra poder vir a fiscalização, mais ou menos assim, tudo tem que falar a palavra “fiscalização” pra poder funcionar alguma coisa [...] (CD 5).

Esta atitude autoritária também foi registrada durante as observações simples, quanto a alunos de uma escola. Apesar de, na maioria das ocasiões, ter-se percebido que os profissionais possuem uma postura acolhedora e afetiva com o público-alvo, sabendo ouvir as perguntas e se dispondo sempre a esclarecer dúvidas, em uma observação uma profissional demonstrou autoritarismo, exigindo que as crianças ficassem em silêncio durante uma explicação, não abrindo espaço para o diálogo, acreditando que somente desta forma conseguiria a atenção e cooperação delas, para que fizessem o que estava sendo solicitado, sem nenhuma rejeição ou questionamento. Este comportamento da profissional condiz com o Modelo tradicional de Educação em Saúde, no qual predomina a autoridade do professor, que exige atitude receptiva dos alunos e impede qualquer comunicação entre eles. A transmissão dos conteúdos, neste modelo, ocorre na forma de verdade a ser absorvida, em consequência, a disciplina imposta é o meio mais eficaz para assegurar a atenção e o silêncio.

Para Freire (2001), algumas relações entre as pessoas da comunidade e os profissionais baseavam-se em noções de dominação e poder, que pareciam ser legitimadas pelo fato de os profissionais de saúde terem o verdadeiro saber. No entanto, a “mudança” intentada pelos profissionais não se concretiza a partir de um discurso coercitivo, normativo ou impositivo. A ação humana caracteriza-se pela criatividade e decisão.

Entretanto, embora tenha havido muitos sujeitos que afirmaram uma falta de cooperação por parte de diretores e professores, houve alguns profissionais que expuseram progressos e avanços no relacionamento com as escolas:

[...] Existe exceção, existe uma escola que realmente acolheu de uma forma, sabe que realmente é exemplar, então eu até dei a dica né, que essa escola passasse essa ideia adiante pra que a outra escola tomasse gosto, o diretor e tudo mais levasse ou o coordenador na secretaria de educação né, pra que realmente passasse pra outras escolas né, e realmente acolhesse né, essa ideia, [...] por que um acolhe de uma maneira totalmente saudável e que promove saúde mesmo (ASB 4).

Eu acho assim, que teve só a melhorar, porque antes a diretora resistia muito, mas aí agora como a gente fala com ela, dialoga, explica que é pro bem, ela cede assim [...] (ASB 8).

Como exposto nos depoimentos, torna-se explícita a importância do diálogo e do planejamento conjunto com os funcionários da escola, em contraposição à imposição

de normas e à coerção como forma de pressão, intimidação e ameaça, que são atitudes que só prejudicam a relação entre ESB e escola.

Outro aspecto apontado pelos entrevistados que interfere na realização das atividades educativas foi em relação a estrutura física inadequada nas Unidades de Saúde e nas escolas, indicada por 41% dos sujeitos:

A dificuldade aqui no posto é a falta dos escovódromo né, porque aqui é uma casa, uma casa adaptada pra ser um posto, aí aqui o ideal seria, quando o paciente viesse, a gente pudesse fazer a palestra, fazer a escovação, [...] porque não tem espaço, não tem local pra fazer a escovação, porque já em outro PSF, eu poderia, porque realmente era um PSF, e que lá a gente poderia levar o paciente pra dentro do banheiro e ensinar como é a escovação, e na escola às vezes falta também um espaço pra fazer a escovação, a gente procura um lugarzinho ali, aí dá uma palestra e faz a escovação, mas não tem um lugar certo pra gente [...] (ASB 3).

A dificuldade é o lugar adequado né, que não tem, por exemplo, nas escolas né, que a gente for fazer uma escovação não tem um lugar adequado, porque não tem escovódromo, [...] aqui a gente faz os grupos é dentro da sala da enfermeira mesmo né [...], é uma coisa muito apertada né, é uma coisa que deixa a desejar muito, a gente até queria fazer um trabalho melhor, mas não tem como né, a maior dificuldade é essa (ASB 7).

Este fato da ausência de estrutura física adequada foi observado durante a coleta de dados, em uma atividade o local não era apropriado, ficava no meio de um corredor, na sala de espera de um consultório odontológico, com pessoas circulando, e muito barulho, o que dificultava o diálogo com os participantes. Além disso, alguns Centros de Saúde da Família do município foram construídos em locais onde anteriormente eram domicílios, então foram adaptados para que funcionassem como Unidades de Saúde, portanto, as salas são pequenas, os corredores são estreitos, e não se tem um espaço próprio para que se desenvolvam atividades educativas. Nas escolas também, o ideal seria se existissem escovódromos, que são estruturas construídas especificamente para a higiene bucal, pois, como os banheiros são pequenos e apertados, a escovação supervisionada é realizada, na maioria das vezes, nos pátios ou jardins, o que torna o ambiente insalubre e inapropriado para a recreação dos escolares, depois de realizadas as atividades.

Um sujeito apontou, como fator que dificulta a realização das atividades, a falta de apoio da Equipe de Saúde da Família:

A maior dificuldade é a falta de apoio da equipe, aqui é “cada um no seu quadrado”, ninguém se ajuda na unidade (ASB 2).

Conforme exposto nos depoimentos, a atuação interdisciplinar e a articulação entre as equipes, é, para a ESB, um desafio a ser enfrentado na busca pela integralidade do cuidado e por ações mais efetivas de Educação em Saúde.

A carência de recursos materiais e a falta de tempo para confeccioná-los, também foram relatados, por 29% dos sujeitos, como fatores limitantes para a execução das ações educativas:

Outra dificuldade que eu acho também é a questão do material, da confecção do próprio material que a gente não tem, pra tá disponibilizando, às vezes a gente acaba fazendo essas roda de conversa por conta, de, às vezes não é nem tanto de não ter o material, é de disponibilizar tempo, porque a gente tem que sentar e programar e fazer o material, a gente às vezes acaba só fazendo a roda de conversa por não ter o material pronto, quando tinha acadêmicos a gente utilizava os acadêmicos pra fazer os materiais pra levar pros grupos, aí os acadêmicos nisso aí facilita muito (CD 1).

Em relação às rodas de conversa, são estratégias favoráveis para o desenvolvimento do processo educativo, na medida em que viabiliza o diálogo, a comunicação entre todos os participantes e os recursos materiais atuariam, nesta situação, somente como acessórios, não seriam o próprio fim da atividade. A ausência de recursos materiais não justificaria a não realização das atividades, visto que existem diversas formas de se construir esses instrumentos educativos, inclusive com a participação da comunidade. Desta maneira, se consegue a valorização dos saberes e da cultura dos usuários, favorecendo, também, a construção da autonomia destes sujeitos. Porém, é preciso que a Secretaria de Saúde invista nestas ações e as valorize, disponibilizando alguns recursos materiais e insumos mínimos, que são necessários para a construção em conjunto dos instrumentos educativos.

Outro aspecto mencionado também por 29% dos entrevistados foi a falta de tempo devido à insuficiência de recursos humanos, principalmente de profissionais cirurgiões-dentistas, como fator restrigente para a realização das ações educativas:

[...] A dificuldade que eu vejo é falta de tempo porque a nossa equipe há muito tempo não tá coberta né [...], então fica complicado pra a gente tá saindo, é basicamente isso, acho que se a gente tivesse mais profissionais trabalhando, a gente conseguiria trabalhar melhor [...] (CD 7).

[...] A dificuldade é que a equipe não tá totalmente formada, só uma dentista, aí você fica sem poder sair [...], mas às vezes a gente tem as atividades aqui, aí a gente não pode tá saindo pra participar, é mais o tempo, porque a gente fica mais na clínica do que nessas atividades (CD 6).

De acordo com as falas, o número insuficiente de profissionais faz com que a demanda da população por atendimento clínico dificulte a saída da ESB para a realização

das atividades educativas. Segundo o Ministério da Saúde, por determinação da Portaria GM nº 673/2003, uma Equipe de Saúde Bucal deveria ser implantada para cada Equipe de Saúde da Família existente no município, em uma proporção de uma Equipe de Saúde Bucal para cada 3.450 pessoas (BRASIL, 2003). No município de Sobral, conforme dados da coordenação de Saúde Bucal, das 39 ESB existentes, somente 12 se encontram na proporção considerada ideal, a maioria atuante nos distritos. Há, até mesmo, a grande disparidade de 1 ESB para mais de 11.000 habitantes. Assim, a quantidade insuficiente de equipes faz com que as ações ocorram com uma menor frequência, por pressão da comunidade, que exige o tratamento curativo em detrimento de ações de Educação em Saúde.

Oliveira e Albuquerque (2008), em uma pesquisa sobre a análise da ESF a partir das crenças dos seus prestadores de serviço, discutiram que as dificuldades de trabalho na ESF englobavam também uma sobrecarga de trabalho, reflexo da grande demanda por atendimento. Apesar de haver um limite de pessoas definido pelo Ministério da Saúde, a realidade de algumas equipes de saúde da família apontam para números de atendimentos superiores, com uma equipe sendo responsável por até 7 mil pessoas. Isto representa, ao menos em tese, um número até 10 vezes maior se comparado ao número de famílias atendidas pelas equipes em Cuba, e oito vezes superiores à quantidade de pessoas que os médicos das famílias canadenses são responsáveis, países em que esta estratégia de saúde se mostrou eficaz.

Horta et al. (2009), também abordaram que os profissionais, muitas vezes, justificavam a dificuldade de concretização das práticas de promoção da saúde pela sobrecarga de trabalho voltada ao plano terapêutico, pela demanda excessiva, pelo insuficiente número de profissionais e até mesmo pela resistência dos usuários.

Considerando este contexto, é fundamental que, além de uma ampliação do número de ESB nos territórios, os profissionais divulguem o seu processo de trabalho, mostrem a relevância das atividades educativas, como também, revejam suas práticas, e as estratégias adotadas, de modo que os usuários se tornem co-participes do processo. Assim, possivelmente, a população passaria a reconhecer a importância destas ações e atribuí-las valor.

Enfim, apesar da maioria dos entrevistados ter mencionado diversos desafios na realização das atividades de Educação em Saúde, alguns poucos sujeitos, em torno de 12%, consideraram o contrário, que não visualizam dificuldades na execução das ações.

## Considerações finais

Notou-se que o referencial teórico de Educação em Saúde percebido pela grande maioria dos profissionais relaciona-se com o Modelo Tradicional de Educação em Saúde, baseado na transmissão vertical de informações e na superposição de sabe-

res, visando, principalmente, mudanças individuais de comportamento, e suas práticas guiam-se metodologicamente por este modelo. Porém, alguns poucos sujeitos da pesquisa mostraram uma percepção de Educação em Saúde mais abrangente, que se aproxima do Modelo Dialógico ou da Educação Popular, envolvendo o diálogo, a troca de experiências e o “aprender/estar com o outro”. Observou-se também que, a aplicação dos princípios da Educação Popular em Saúde pode constituir-se em um grande desafio para as ESB, visto que muitos profissionais podem não possuir conhecimento sobre esse modelo, e não terem vivenciado momentos educativos baseados nesta metodologia.

O processo histórico de inserção da saúde bucal na ESF, a formação acadêmica dos profissionais, os programas Ministeriais, com seus protocolos e metas, os aspectos estruturais e as concepções acerca da Educação em Saúde confluem para a organização de um processo de trabalho que privilegia o Modelo Tradicional de Educação, e que faz com que este permaneça hegemônico nas práticas atuais. O estudo permitiu concluir que os profissionais se encontram frente a desafios que dificultam a consolidação de um novo modelo tecnoassistencial em saúde. A excessiva demanda espontânea e o insuficiente número de profissionais configuram-se como um desafio para a realização de ações de Educação em Saúde.

É necessário o desenvolvimento de políticas mais intensivas de formação de profissionais de saúde, desde a graduação, e em nível técnico também, que considerassem a educação popular e o uso de metodologias ativas de ensino como método nas suas formações. Para que as ESB possam usar a educação popular, estimulando o empoderamento da população e a sua autonomia para decidir sobre sua vida e sua saúde, é importante que ela seja utilizada como norteadora das Educações Permanentes dos trabalhadores da saúde.

Por fim, acredita-se que este estudo poderá contribuir para uma reflexão a respeito do tema na prática, podendo assim possibilitar a construção de um novo olhar sobre a Educação em Saúde, baseado em relações dialógicas, no envolvimento, no respeito e na valorização do saber popular.

## Referências

ALMEIDA, G. C. M.; FERREIRA, M. A. F. Saúde Bucal no contexto do Programa Saúde da Família: práticas de prevenção orientadas ao individual e ao coletivo. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 24, n. 9, p. 2131-2140, set. 2008.

BACKES, V. M. S. et al. Competência dos enfermeiros na atuação como educador em saúde. **Rev. Bras. Enferm.**, Goiânia, v. 61, n. 6, p. 858-865, nov.-dez. 2008.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Saúde da Família: Uma Estratégia para a Reorientação do Modelo Assistencial**. Brasília, 1997. 34 p.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. Secretaria Executiva. **Equipes de Saúde Bucal: Série C- Projetos, Programas e Relatórios**. Brasília, 2002. 22 p.



\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. **Portaria nº 673/GM, de 03 de junho de 2003**. Atualiza e revê o incentivo financeiro às Ações de Saúde Bucal, no âmbito do Programa de Saúde da Família, parte integrante do Piso de Atenção Básica-PAB. Brasília, 2003. 2 p.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Projeto SB Brasil 2003: condições de saúde bucal da população brasileira 2002-2003: resultados principais**. Brasília, 2004a. 68p.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Coordenação Nacional de Saúde Bucal. **Diretrizes da Política Nacional de Saúde Bucal**. Brasília, 2004b. 16 p.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. Secretaria de Gestão Estratégica e Participativa. Departamento de Apoio à Gestão Participativa. **Caderno de Educação Popular e Saúde**. Brasília, 2007. 155 p.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde/Ministério da Educação. **Passo a Passo- PSE- Programa Saúde na Escola- Tecendo caminhos da intersetorialidade**. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Brasília, 2011. 46 p.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. **SB Brasil 2010: Pesquisa Nacional de Saúde Bucal: resultados principais**. Brasília, 2012a. 116p.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. Conselho Nacional de Saúde. Comissão Nacional de Ética em Pesquisa. **Normas regulamentadoras de pesquisa envolvendo seres humanos**. Resolução nº 196/96- versão 2012. Brasília, 2012b. 16 p.

FIGUEIREDO, M. F. S.; RODRIGUES-NETO, J. F.; LEITE, M. T. S. Modelos aplicados às atividades de educação em saúde. **Rev. Bras. Enferm.**, Brasília, v. 63, n. 1, p. 117-121, jan./fev. 2010.

FREIRE, P. **Pedagogia do Oprimido**. 17 ed. Rio de Janeiro: Editora Paz e Terra, 1987. 107 p.

\_\_\_\_\_. **Extensão ou Comunicação**. 11. ed. São Paulo: Paz e Terra, 2001.

HORTA, N. C. et al. A prática das equipes de saúde da família: desafios para a promoção de saúde. **Rev. Bras. Enferm.**, Brasília, v. 62, n. 4, p. 524-529, jul.-ago. 2009.

MACHADO, M. F. A. S.; VIEIRA, N. F. C. Educação em Saúde: O olhar da Equipe de Saúde da Família e a participação do usuário. **Rev. Latino-am Enfermagem**, v. 17, n. 2, p. 174-179. 2009.

MENDES, F. I. R.; VIANA, R. S. A Percepção dos Gerentes das Unidades Básicas de Saúde sobre a inserção da equipe de saúde bucal na Estratégia de Saúde da Família em Sobral-CE. **SANARE**, n. 1, ano VI, p. 19-28, 2005.

MIALHE, F. L.; LEFÈVRE, F.; LEFÈVRE, A. M. C. O agente comunitário de saúde e suas práticas educativas em saúde bucal: uma avaliação quali-quantitativa. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 16, n. 11, p. 4425-4432. 2011.

MIALHE, F. L.; SILVA, C. M. C. A educação em saúde e suas representações entre alunos de um curso de odontologia. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 16, Supl. 1, p. 1555-1561. 2011.

MINAYO, M. C. S. **O desafio do conhecimento- Pesquisa Qualitativa em Saúde**. 12. ed. São Paulo: Hucitec, 2010. 407 p.

MORETTI-PIRES, R. O.; LIMA, L. A. M.; MACHADO, M. H. Sociologia das profissões e percepção de acadêmicos de Odontologia sobre o Agente Comunitário de Saúde em Saúde Bucal. **Interface - Comunic., Saúde, Educ.**, v. 15, n. 39, p. 1085-95, 2011.

OLIVEIRA, S. F.; ALBUQUERQUE, F. J. B. Programa de Saúde da Família: Uma Análise a Partir das Crenças dos seus Prestadores de Serviço. **Psicologia & Sociedade**, v. 20, n. 2, p. 237-246. 2008.

PAULETO, A. R. C.; PEREIRA, M. L. T.; CYRINO, E. G. Saúde Bucal: uma revisão crítica sobre programações educativas para escolares. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 9, n. 1, p. 121-130. 2004.

SILVA, C. P.; DIAS, M. S. A.; RODRIGUES, A. B. Práxis educativa em saúde dos enfermeiros da Estratégia Saúde da Família. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 14 (Supl. 1), p. 1453-1462. 2009.

## EDUCAÇÃO PERMANENTE EM SAÚDE BUCAL COM AGENTES COMUNITÁRIOS DE SAÚDE: POSSIBILIDADES DE UMA FORMAÇÃO PROBLEMATIZADORA

*Kadmo Azevedo de Figueiredo,*

*Franklin Delano Soares Forte,*

*Cláudia Helena Soares Morais Freitas,*

*Cacio Moura Netto.*

### Introdução

O Programa de Agentes Comunitários de Saúde (PACS) foi criado em 1990 e está inserido na Estratégia Saúde da Família desde sua criação em 2004 (Brasil, 2004). As ações dos Agentes Comunitários de Saúde (ACS) nas comunidades são conhecidas desde 1987 no Ceará. Essa experiência se espalhou no Estado, alcançando os municípios cearenses em 1991, quando então o Ministério da Saúde adotou o programa PACS como estratégia nacional (Brasil, 2004).

No referencial para o curso técnico dos ACS, os Ministérios da Saúde e o da Educação contextualizam que a atuação dos ACS na ESF deve se pautar pela busca do desenvolvimento de uma atenção integral à saúde de sujeitos, famílias e da comunidade, intervindo sobre os fatores de risco ao desenvolvimento de doenças, além de promover parcerias por meio de ações intersetoriais e estimular a participação popular (Brasil, 2004).

Como membros da equipe na ESF, os ACS desenvolvem atividades e ações de educação em saúde, na busca de mobilizar e articular conhecimentos, habilidades, atitudes, valores da população, escuta, acolhimento e orientações. A educação permanente pode ser uma estratégia para reflexão do processo de trabalho da equipe e de suas ações no território (Brasil, 2004a, Avila, 2011, Brasil, 2006, Brasil, 2009, Paim et al., 2011).

Por outro lado, a Equipe de Saúde Bucal (ESB) foi inserida na ESF em 2000, pela Portaria 1.444 GM, na proporção de duas ESF para uma de ESB, e em 2003, com o lançamento de nova portaria essa proporção se igualou (Brasil, 2000, Brasil 2001, Brasil, 2003, Brasil, 2004b).

Nesse caminho, a política de saúde bucal “Brasil sorridente” foi proposta em 2004, buscando favorecer a transformação da prática em saúde bucal por meio da incorporação de pessoal auxiliar, novas tecnologias e ações coletivas de saúde. A proposta da política visa também melhorar os indicadores de saúde bucal da população brasileira, bem como o acesso a serviços odontológicos e sua percepção por parte da população. Para atingir essas metas, é imprescindível criar e incentivar práticas comunitárias que possibilitem o crescimento da consciência sanitária e a mobilização da sociedade civil em torno das questões de saúde (Brasil, 2004, Brasil, 2000, Brasil, 2001, Bornstein e David, 2014). A inserção da odontologia na ESF foi muito importante para a integralidade do cuidado em saúde tendo a saúde bucal como condição de cidadania e direito à saúde no Brasil. E essa dimensão deve nortear a formação de profissionais de saúde para o acolher e a criação de vínculos (Ceccim e Feuerwerker, 2004).

A partir da análise temporal observou-se melhoria no acesso a serviços odontológicos no Brasil. O acesso em 1981 foi de apenas 17% da população brasileira, em 1998 cerca de 30 milhões declararam na pesquisa nacional de amostra por domicílio que nunca foram ao dentista e 26 milhões eram edêntulos, em 2008 o acesso aumentou para 40% da população (Paim et al., 2011).

Nesse contexto, a ESB, ESF e ACS integram uma equipe que trabalha na atenção primária à saúde. Esse cenário de trabalho em saúde é diferenciado, pois as mudanças e reorganização do processo de trabalho em saúde podem acontecer, na perspectiva de uma atenção à saúde mais resolutiva e integral. Assim, o planejamento coletivo de ações e atividades, definição de fluxos e protocolos precisam ser elaborados coletivamente (Avila 2004, Koyashiki, Alves-Souza, Garanhani, 2008). Em função de sua importância no território é necessário que se reflita sobre ações de saúde bucal que os ACS podem desenvolver, sendo o trabalho em equipe um desafio para o cotidiano desses profissionais. O trabalho em equipe amplia a produção do cuidado e a inserção do ACS na promoção de saúde bucal com sujeitos, famílias e comunidade que potencializam essas ações (Brasil, 2000, Brasil, 2001, Rodrigues, Santos, Assis, 2010).

Por outro lado, necessita-se de educação permanente dos trabalhadores da ESF, ESB e ACS para que a atenção à saúde qualificada seja desempenhada. Vale, no contexto desse trabalho, citar pesquisas que descrevem as dificuldades enfrentadas pelos ACS para promover a atenção em saúde bucal de forma qualificada. Os trabalhos de Oliveira, Freitas (2006), Koyashiki, Alves-Souza, Garanhani (2008), Holanda, Barbosa, Brito (2009), Frazão e Marques (2009), Moura col. (2010), Rodrigues, Santos, Assis (2010), Mialhe, Lefevre, Lefevre (2011) evidenciaram, entre outros aspectos, que os ACS apresentam déficit no saber e no saber fazer em saúde bucal, o que indica demanda de formação.

Existe necessidade de inovação no trabalho da atenção primária à saúde na ESF em direção das demandas do território. Os trabalhadores ACS, no exercício de suas atividades, sentem-se despreparados para lidar com a promoção da saúde bucal. Em função da inserção de um dos autores da pesquisa na ESF, percebeu-se a distância entre a ESB e os ACS. Não existindo uma política municipal de educação permanente para os ACS. Poucas ações eram desenvolvidas com a ESB. Assim, compreendendo o valor dos ACS como instrumento de construção social e para a promoção da saúde bucal, elaborou-se essa proposta.

Com o emprego da educação permanente em saúde como referencial, promoveu-se os encontros com o objetivo de refletir sobre o processo de trabalho da ESF, ESB e ACS, valorizando-se os saberes prévios, a troca de experiências e a identificação de lacunas de conhecimento para melhorar o planejamento das ações no território e também para valorização dos ACS como protagonistas da promoção de saúde bucal.

Objetiva-se apresentar a pesquisa ação como um percurso metodológico para compreensão e reflexão sobre o processo de trabalho dos ACS e da ESB com foco na educação permanente em saúde e oferecer subsídios para as práticas nessa área, na perspectiva da resignificação de conhecimentos e das práticas dos ACS na área de saúde bucal com vistas a promoção da saúde bucal no território no qual trabalham.

## Metodologia

A pesquisa foi realizada com ACS de três equipes da ESF de zona urbana, a qual possui 17 microáreas onde se distribuem 2.098 famílias. O estudo foi realizado com 12 ACS das ESF atuantes em uma cidade do sertão da Paraíba com 100 mil habitantes, cobertura de 100% pelo programa de ACS e 35 ESF e 39 equipes de saúde bucal modalidade tipo I. A faixa etária dos ACS variou de 27 a 54 anos, todos já têm experiência como ACS e a maioria trabalhava há anos ou mais anos nessa função. Dos participantes da pesquisa, dez são do sexo feminino, 11 tem o ensino médio completo e um ensino superior, 4 ACS responderam ter curso de técnico em enfermagem. Observou-se que o perfil socioeconômico da família dos ACS foi o seguinte: a renda média familiar foi de dois salários mínimos (41,6%); 58,3% responderam que residiam de quatro a cinco pessoas em suas casas; 58,3% apresentavam casas próprias.

A compreensão e/ou transformação da realidade envolve múltiplos fatores. A metodologia proposta conforme apontou Bosi (2007) não permite a total compreensão da realidade, pelas limitações das abordagens metodológicas e pela complexidade das relações humanas no trabalho, no caso desse estudo das relações de trabalho na estratégia saúde da família e das relações dos trabalhadores do SUS e a comunidade considerando os símbolos, hábitos, costumes e valores.

O presente estudo de abordagem qualitativa, do tipo pesquisa-ação há interação entre os pesquisadores e os ACS voluntários na perspectiva de uma ação ancorada na teoria e associada a uma estratégia de ação que necessariamente trabalha com os

outros. Assim, o processo de trabalho dos ACS foi estudado com os próprios ACS voluntários. Os pesquisadores e os voluntários estão envolvidos de modo cooperativo e colaborativo, em um movimento que respeita os valores, costumes e hábitos locais (THIOLENT, 2008).

Foram desenvolvidas duas etapas consecutivas e complementares. Na primeira fase, realizou-se entrevista semiestruturada por um único entrevistador, por meio de um roteiro com 15 questões objetivas e subjetivas, previamente elaboradas para esse fim, visando nortear o estudo. As perguntas versavam sobre os saberes prévios dos ACS sobre a saúde bucal: o que sabiam os ACS sobre saúde bucal? o que faziam em sua rotina de trabalho? o que gostariam de saber?; assim como: o trabalho do ACS e a promoção da saúde bucal, saúde x saúde bucal, medidas caseiras de higiene bucal e de próteses dentárias, doenças bucais mais prevalentes na comunidade, prevenção das doenças bucais. As entrevistas foram realizadas de forma individual, na sala de odontologia de uma das USF envolvidas com duração em média de 20 min. A análise dos dados deu-se de forma temática (Bardin, 2009) e as informações foram agrupadas em três categorias de análise: a) importância da saúde bucal, b) ações de saúde bucal desenvolvidas pelos ACS, e c) conhecimento sobre as doenças bucais e prevenção. Assim, deu-se o diagnóstico situacional da população e a partir daí traçaram-se estratégias para a educação permanente.

Na segunda fase, a educação permanente em saúde bucal foi planejada, executada e avaliada. Estruturou-se em módulos, sendo 3 ao todo, cada um com duração de 5h, os encontros foram realizados no salão paroquial do território adscrito a uma das USF.

Nessa fase a metodologia empregada foi a de construção ativa por parte dos participantes. Entende-se que as metodologias ativas são propostas na perspectiva de respeito a autonomia e a dignidade de cada sujeito no processo ensino-aprendizagem, compreendendo que cada um constrói sua própria história (Costa, Siqueira-Batista, 2004, Cyrino e Toralles-Pereira, 2004). A problematização tem por objetivo motivar o ACS a partir da reflexão inserida em seu contexto de trabalho levando em consideração aspectos sociais, epidemiológicos, culturais e do próprio serviço.

A discussão coletiva sobre o problema proporciona o aprofundamento teórico e troca de informações entre os ACS e o facilitador envolvido para solução dos impasses. Nesse caminhar, o apreendido é uma ferramenta para novos caminhos e possibilidades, numa perspectiva de autonomia e liberdade para a tomada de decisões (Costa, Siqueira-Batista, 2004, Cyrino e Toralles-Pereira, 2004).

Assim, os papéis de pesquisador e ACS tomam outro significado no sentido de que o conhecimento medeia o aprendizado. Ancorados nessa proposta metodológica, os encontros de educação permanente em saúde bucal foram elaborados e executados. Para cada módulo foi elaborada uma “Cartilha do ACS” sendo doada a cada participante do estudo. O objetivo foi que cada cartilha fosse um guia durante a educação permanente em saúde bucal, e como fonte de consulta durante seu trabalho em área. A

dinâmica desse processo de ensino-aprendizagem seguiu um momento de acolhimento, problematização e avaliação do processo.

O módulo I apresentou informações sobre a importância do ACS na equipe e a saúde bucal nesse contexto; também foi discutida a cavidade bucal e sobre algumas doenças bucais citadas na primeira etapa desse estudo. O módulo II tratou da prevenção das doenças da cavidade bucal e importância da dieta para a saúde bucal. Também se trabalhou sobre urgências odontológicas além de considerações sobre saúde bucal do bebê, da gestante, do adulto e do idoso. No módulo III, privilegiou-se o relato de práticas dos ACS e a reflexão sobre o cotidiano dos ACS. Os encontros aconteceram em dias alternados, por isso a cada novo momento reservou-se espaço para escuta, troca de experiências, identificação de dúvidas e questionamentos e reflexão sobre o vivenciado em termos teóricos nos encontros e o enfrentamento dos problemas no cotidiano no território. Com isso, o diálogo foi sempre o ponto de partida para as discussões e o aprofundamento teórico, além de uma avaliação.

Após estas etapas da pesquisa, os ACS fizeram, por meio de depoimentos, a avaliação sobre as capacitações e sua influência no trabalho em campo. A condução desse momento deu-se de forma individual, registrando-se as falas em gravação para posterior transcrição. Procedeu-se a análise de conteúdo de Bardin (2009). Do qual emergiram duas categorias: da capacitação e da práxis.

O projeto foi submetido e aprovado pelo Comitê de Ética do Centro de Ciências da Saúde da Universidade Federal Paraíba. Foram considerados os aspectos éticos da pesquisa envolvendo seres humanos, preconizados pela Resolução 196/96 do Conselho Nacional de Saúde no que diz respeito à leitura e assinatura de termo de consentimento livre e esclarecido, ao tratamento da sua dignidade, garantia de sigilo da liberdade de desistência, do acesso ao material empírico e da presença do pesquisador em qualquer momento do processo ou posteriormente.

## Resultados e discussão

A melhoria do quadro da atenção em saúde bucal na atenção primária à saúde exige diversas intervenções: trabalho em equipe multiprofissional, condições de trabalho, acesso a insumos de saúde bucal e isso requer mudança na cultura dos serviços de saúde. No Brasil, existem algumas pesquisas sobre a atuação dos ACS e práticas de saúde bucal na ESF (Oliveira e Freitas 2006, Koyashiki, Alves-Souza, Garanhani 2008, Holanda, Barbosa, Brito 2009, Frazão e Marques 2009, Moura et al., 2010, Rodrigues, Santos, Assis, 2010, Mialhe, Lefevre, Lefevre, 2011), mas ainda são poucas as que trabalham com a educação permanente em saúde e/ou avaliam a atuação desses atores no território, considerando esse cenário como singular. O trabalho em equipe multiprofissional em saúde da família, incluindo todos os atores e em particular os ACS e sua ação no território, é um fator potencializador para a promoção da saúde bucal.

O ponto de partida da educação permanente em saúde bucal foi o diagnóstico situacional sobre o que os ACS sabem, o que fazem, tornando visíveis os conhecimentos prévios e as dificuldades enfrentadas na prática diária, as potencialidades do território, estimulando a promoção da reflexão sobre o trabalho em equipe.

## Primeira fase

### A saúde bucal e os ACS

Observou-se que os ACS realizavam visitas domiciliares com base em um trabalho de prevenção, trocando informações sobre usuários diabéticos, hipertensos e gestantes, acamados, crianças. Todos os entrevistados responderam que era importante cuidar da saúde bucal, entretanto com uma visão mais biológica da cárie dentária vinculada à falta de cuidado e às bactérias. Todos reconhecem a cárie dentária como uma doença, explicando-a como presença de cavidades nos dentes.

“A cárie é o dente estragado causada pela falta de escovação” (ACS 1)

“É uma bactéria que enfraquece os dentes, geralmente vem da alimentação inadequada.” (ACS 4)

“A cárie é uma cavidade no dente e ocorre por falta de ir ao dentista. A cárie é a falta de cuidado” (ACS 9)

Ficou evidenciado o desconhecimento sobre a relação entre aspectos sociais, culturais e econômicos associados à cárie dentária e outras doenças bucais como destacam os estudos de Holanda, Barbosa, Brito (2009). Esses aspectos também mostram o distanciamento entre a ESB e os ACS. Daí a necessidade de aproximar a ESB e os ACS por meio da educação permanente em saúde bucal, sendo protagonizado por um dos dentistas da ESB. Assim, é necessário que o cirurgião-dentista reflita sobre seu papel na equipe de saúde na atenção básica de forma a garantir as práticas partilhadas com outros profissionais da equipe.

Sabe-se que a socialização de informações com os ACS estimula mudanças e reflexão da população para enfrentamento de seus próprios problemas. O desenvolvimento de um programa de promoção da saúde bucal em parceria com ACS estimula a autoconsciência da população como também o acesso e uso de serviços odontológicos (Holanda, Barbosa, Brito, 2009, Frazão e Marques, 2009).

Nas capacitações, uma abordagem essencialmente biológica não consegue preparar os profissionais de saúde para lidarem com a complexidade do processo saúde-doença. Uma proposta descontextualizada e não condizente com o desafio de construção do SUS. Nessa perspectiva de formação em equipe multiprofissional é importante



que os profissionais identifiquem as demandas da população com a qual trabalham, procurando desenvolver estratégias de enfrentamento dos problemas de saúde junto à comunidade (Gomes et al., 2009).

De acordo com a PNAB, os ACS podem desenvolver ações educativas, de promoção da saúde, no trabalho com as famílias e orientar as famílias quanto aos serviços disponíveis de saúde (Brasil, 2006). A PNSB dispõe que o ACS junto da ESF ou ESB pode desenvolver ações educativas nos equipamentos sociais adscritos ao território (Brasil, 2004).

## Ações de saúde bucal desenvolvidas pelos ACS

Todos os entrevistados responderam que realizam alguma atividade de saúde bucal, entretanto as ações eram resumidas a conversas e orientações sobre escovação em visitas domiciliares. Um ACS ainda respondeu que fazia conscientização a usuários fumantes.

Em outros estudos em nível nacional, os ACS relataram que realizavam de forma esporádica ações de educação em saúde com gestantes, mães, crianças, de acordo com as diretrizes preconizadas na política nacional de atenção básica e os diversos programas voltados para essas populações (Rodrigues, Santos, Assis, 2010, Moura col. 2010, Mialhe, Lefevre, Lefevre, 2011, Levy, Matos, Tomita, 2004). Evidencia-se, dessa forma, uma lacuna no processo de trabalho dos ACS e da ESB. Embora trabalhem muitas vezes na mesma equipe como equipe, as ações são distintas, não havendo momentos de construção coletiva do trabalho e para as ações no território. Isso dificulta a integralidade do cuidado em saúde e evidencia a fragmentação das ações.

Dos ACS que relataram ter dificuldades para o trabalho, seis disseram que o maior problema era a resistência das pessoas, principalmente idosos, que não davam importância à saúde bucal. Um ACS relatou sobre o mau atendimento odontológico oferecido pela sua USF.

“Ah é muito difícil trabalhar com idosos, eles são muito resistentes ao que a gente fala.” (ACS 1).

É importante refletir sobre essa dificuldade relatada pelo ACS e até que ponto essa observação é influenciada por práticas descontextualizadas de educação em saúde. Os processos educativos devem permitir que todos os sujeitos envolvidos, contribuam de forma crítica e reflexiva sobre seu cotidiano. Uma prática educativa, baseada na expectativa que um pode comandar e o outro deve colaborar com a adesão e as orientações; não considera a realidade onde os sujeitos estão inseridos (Vasconcelos e Vasconcelos, 2012, Bonfim, Fortuna, Gabriel et al., 2012). Valores culturais, práticas sociais, sabedoria, conhecimento popular acumulado devem emergir na produção do cuidado e orientam o diálogo com a evidência científica.

Nesse ínterim, é importante que as ESB, ESF, ACS e gestão da atenção básica reflitam sobre suas práticas na comunidade e seu processo de trabalho. Processos de educação permanente em saúde dos ACS devem envolver o cotidiano e a produção do cuidado em saúde bucal, a partir dos princípios do SUS (Gomes et al., 2009).

Os ACS perceberam a necessidade de educação permanente no campo da saúde bucal. O relato, a seguir, demonstra a inserção do ACS no território, no trabalho em equipe da ESF sem uma discussão permanente dessa, planejamento de ações e avaliação das ações.

“Encontro dificuldades nos esclarecimentos, pois nunca recebemos uma formação em saúde bucal.” (ACS 8)

Anteriormente a esse estudo não foi feita nenhuma educação permanente dos ACS em relação à saúde bucal. Os cursos de capacitações para os ACS devem estar ancorados em metodologias problematizadoras, que permitam a reflexão sobre o cotidiano no território e posicionando o ACS como ator ativo de seu aprendizado (Costa, Siqueira-Batista, 2004, Cyrino e Toralles-Pereira, 2004, Gomes et al. 2009).

No estudo realizado com ACS de equipe de saúde da família de zona rural de município paraibano, os ACS também destacaram que não tinham capacitação para trabalhar com a saúde bucal. Apesar de constar como uma das atribuições do ACS - a realização de ações de prevenção de doenças e a promoção da saúde bucal, muitos municípios ainda não incluem a saúde bucal, entre as temáticas para educação permanente destes profissionais (Oliveira e Freitas, 2006).

Essa demanda é muito importante para a compreensão de que a promoção da saúde bucal faz parte das suas atribuições. Perceber que a cavidade boca está inserida em um corpo e que esse corpo expressa sentimentos, expectativas, frustrações, uma boca que experimenta sabores, uma boca que expressa também carinho. É importante o entendimento de que as condições de saúde bucal de uma população refletem a situação socioeconômica e da atenção à saúde ofertada. O profissional de saúde deve entender para além do corpo, compreendendo o sujeito em sua singularidade e dentro do território em que vive e produz vida (Amorim et al., 2014). Ao mesmo tempo trabalhar na perspectiva do cuidado em saúde acolhendo, socializando saberes e práticas em saúde e procurando a resolutividade.

Por outro lado, os ACS percebem que suas ações no território podem ser mais amplas no que se refere à promoção de saúde bucal. Essa percepção foi vista no Rio Grande do Norte por Holanda, Barbosa, Brito (2009). A política nacional de saúde bucal aponta dentre suas ações de educação em saúde nos equipamentos sociais adscritos à USF (Brasil, 2004b).

## Conhecimento sobre as doenças bucais e prevenção

Quanto às doenças da boca, todos reconheceram a cárie dentária como uma doença que atinge o elemento dentário, sempre associado a uma cavidade. Sobre as causas da cárie, sete ACS responderam exclusivamente a falta de escovação e associaram a alimentação incorreta com excesso de comidas doces e um relatou a frequência ao dentista como fator importante para sua prevenção. Nota-se o não conhecimento da cárie como uma doença multifatorial e comportamental. Esta concepção distancia-se da concepção ampliada de saúde relacionada com a qualidade de vida e cidadania.

A maioria dos ACS entrevistados mostrou-se informados sobre outros tipos de doenças na boca. Entre as mais citadas foram câncer bucal, “piorreia” (periodontite) e herpes bucal, entretanto não sabiam caracterizá-las. No tocante à prevenção das doenças da boca, todos os entrevistados responderam que a escovação é o principal meio de prevenção.

Ainda foi bastante relatada a frequência de ida ao dentista e um ACS respondeu que o uso do flúor é uma medida de prevenção. Nota-se que apesar de conhecer outras doenças da boca, ao se falar em prevenção levam mais em consideração a cárie e doenças da gengiva.

O ACS é um ator fundamental no levantamento das necessidades de sua área adstrita. Eles realizam, diariamente, visitas domiciliares, conhecendo, desta forma, as necessidades de suas comunidades (Amorim et al., 2004, Brasil, 2006, Oliveira e Freitas, 2006, Holanda, Barbosa, Brito, 2009). Assim é importante que eles saibam das necessidades reais em cada fase do ciclo da vida do ser humano.

Com relação ao período em que devem começar os cuidados com a saúde bucal na criança, sete entrevistados relataram que deve ser iniciado após o nascimento. Os ACS mostraram-se sensíveis quanto à importância de um acompanhamento odontológico da gestante e do bebê, pois eles entendem importante que desde cedo todos tenham a informação necessária para uma correta prevenção.

Apenas dois ACS responderam saber fazer o autoexame da boca, mas de forma insegura. Os outros dez relataram não saber do que se trata.

“Eu acho que sei, acredito que sim, sei fazer o autoexame da boca” (ACS 3).

No estudo em Alagoinhas-BA foi relatado que essa atividade é regularmente feita pelo ACS. Os profissionais foram capacitados sobre o câncer de boca e o autoexame para identificação e para o rastreamento de lesões cancerizáveis (Bornstein, David, 2014).

Quanto à higiene das próteses, todos concordam que era importante fazê-la. Os motivos mais citados foram relacionados à prevenção de mau hálito, impedir o crescimento da gengiva e prevenção de doenças de um modo geral.

“Acho importante, pois pode causar mau hálito” (ACS 11)

“De certa forma são novos dentes e devemos cuidar deles também com a mesma higiene. A falta de higiene poderá causar doenças” (ACS 6)

Esse diagnóstico ajudou a construir uma relação baseada no diálogo para planejamento e execução da educação permanente em saúde bucal, o qual foi pensado numa perspectiva problematizadora, de forma, que todos os ACS pudessem construir a ação educativa a partir de uma participação ativa. A problematização do cotidiano visou a reflexão sobre a realidade, sobre o território, sobre hábitos, cultura e valores locais (Holanda, Barbosa, Brito, 2009).

## Segunda fase

### A educação permanente em saúde bucal

Os encontros visaram não só contribuir para a política de atenção básica no Brasil, mas também no sentido da construção do saber, da valorização dos trabalhadores do SUS, no caso os ACS (Brasil, 2006). Desde 2004, o Ministério da Saúde apontou a necessidade de profissionalização dos ACS, a fim de ampliar seus conhecimentos e contribuir para com a governabilidade (Oliveira, Freitas, 2006, Amorim et al., 2004, Melo, Brant, Oliveira, Santos, 2009), mas poucas são as experiências relatadas em nível nacional e regional.

O que se desejava era fazer desse cenário um espaço privilegiado para o diálogo com a participação dos envolvidos, facilitador e ACS como sujeitos sociais, ativos, reflexivos, críticos e criativos, com a missão a práticas educativas que apoiassem sujeitos, famílias e comunidades sobre seus problemas bucais. Assim, ao realizar uma educação permanente em saúde bucal com base no trabalho, permitiu-se a ressignificação de conceitos e descoberta de práticas de educação em saúde e de promoção de saúde no âmbito do próprio serviço vinculadas ao território e o modo de produção de vida das pessoas.

Conforme já apontado, a estratégia metodológica adotada foi a da problematização. Nesse processo, o ACS como protagonista de seu próprio aprendizado criou um ambiente dialógico e participativo, de forma que a experiência acumulada dos ACS fosse explorada, com reflexão sobre o vivenciado, e a partir daí as práticas e os saberes em saúde bucal fossem ressignificados (Oliveira, Freitas, 2006, Amorim et al., 2004, Melo, Brant, Oliveira, Santos, 2009).

Os encontros aconteceram dentro do próprio território para que todos pudessem participar. Utilizou-se dinâmica de pequeno grupo, rodas de conversa, miniexposição, relato de prática e de situações-problemas. Os momentos iniciavam-se com o acolhimento do grupo, em círculo, quando foram elaboradas as pactuações e uma fala introdutória dos encontros. Os encontros foram ancorados na compreensão da integra-

lidade do cuidado em saúde a sujeitos, famílias e a comunidade (Ceccim, Feuerwerker, 2004). O trabalho comunitário requer algumas características individuais dos prestadores de assistência, a começar pela percepção das potencialidades da comunidade, bem como dos problemas nela existentes, introduzindo novas alternativas, sem que, para isso, sejam negadas a cultura e a vivência dessa comunidade (Holanda, Barbosa, Brito, 2009).

### **Vivenciando o primeiro módulo da capacitação em Saúde Bucal para os ACS**

Neste primeiro módulo foram discutidos assuntos divididos em dois momentos: o papel do ACS no SUS atuando de forma estratégica e de ligação entre a ESF e a comunidade e o outro sobre a importância desse tipo de intervenção direcionada a saúde bucal, funções da boca, os dentes, periodonto e principais doenças da boca (cárie, periodontopatias, aftas, herpes labial e câncer bucal) e ainda sobre o autoexame de boca.

Nesse processo o facilitador iniciava pedindo que os ACS participassem contando suas experiências. A partir do que era falado, o facilitador construía a reflexão sobre o discutido, de forma que o grupo pudesse contribuir com os caminhos percorridos e as possibilidades de resolução e de encaminhamentos. O facilitador a todo momento propiciava que o diálogo permeasse o encontro, para que todos sentissem vontade para dialogar. Assim, costurando-se uma prática formativa com base no acolhimento, vínculo e evidência científica. Os ACS demonstraram bastante interesse e tinham muitas dúvidas em todos os momentos, fazendo um encontro bastante participativo e agradável.

Ao final do primeiro módulo realizou-se uma avaliação desse momento. Os ACS expressaram que acharam a proposta muito interessante e que estavam ansiosos para o próximo módulo. Após esse momento, foram provocados a vivenciar no cotidiano o apreendido.

### **Vivenciando segundo módulo da capacitação em Saúde Bucal**

Assim, como no primeiro módulo iniciou-se com um momento de acolhimento e de conversa sobre as ações no território, procurando-se compreender novas práticas, e as abordagens que tinham sido vivenciadas.

Neste segundo momento foram abordados assuntos como prevenção das doenças bucais (escovação dentária, fio dental, dieta flúor), corretos procedimentos frente a urgências odontológicas (dor de curta duração, dor de longa duração, extração acidental, “afundamento do dente”, quebra do dente), cuidados com a saúde bucal do bebê (amamentação, hábitos bucais e cárie precoce da infância), saúde bucal da gestante e saúde bucal do adulto e idoso com atenção para limpeza de próteses.

Nesse segundo módulo os ACS demonstraram mais interesse e mais dúvidas sobre os mais diversos assuntos abordados. A construção desse momento se deu a partir de relatos de práticas, casos ocorridos no território. O facilitador teve como desafio aprofundar os temas abordados e fazer com que esse momento houvesse articulação entre o fazer no território e os encontros, abrindo-se possibilidades para o trabalho em equipe na ESF e a reflexão sobre o processo de trabalho em saúde e suas tecnologias.

Ao final do módulo realizou-se uma avaliação desse momento. Foram questionados sobre as impressões do módulo, linguagem do facilitador, material didático e quais eram as propostas para o próximo encontro.

### **Vivenciando o terceiro módulo da capacitação em Saúde Bucal para os ACS**

Neste terceiro momento da capacitação privilegiou-se o estudo de casos. Foram discutidas três situações problemas elaborados previamente a partir da realidade vivenciada pelo facilitador, também trabalhador do território. Os ACS foram mais uma vez colocados como sujeitos ativos nesse processo educativo de formação profissional, inclusive mostrando-se bastante interessados na dinâmica de conhecimento e resolutivos nas suas respostas. Interessante perceber a participação de todos ACS interagindo e partilhando as experiências no grupo, puderam comunicar ideias, argumentando o ponto de vista, mas ao mesmo tempo escutando e respeitando, conforme pactuado no início da capacitação, as ideias divergentes. Após esse momento solicitou-se ao grupo para se dividir em dois. Cada grupo teria a tarefa de elaborar um relato de prática para que o outro grupo discutisse. Os relatos apontaram as dificuldades enfrentadas, problemas com a demanda no território, questões importantes sobre a gestão do processo de trabalho, do trabalho em equipe na ESF.

Os módulos foram trabalhados para que a reflexão fosse uma mola propulsora para a valorização de saberes prévios, para a ressignificação de conceitos e para a mudança no processo de trabalho no território. Evitando-se assim a passividade usual dos processos formativos tradicionais.

### **Avaliação**

Percebeu-se que a cada vivência, os ACS compreendiam seu papel de sujeito ativo, crítico e reflexivo. A cada módulo, os ACS sentiam-se mais a vontade para relatar seu cotidiano e sobre o que estavam conseguindo vivenciar na prática, inclusive identificando dificuldades e fragilidades, implicando-se em mudanças significativas no processo de trabalho dos ACS.

A participação no curso produziu mudanças no processo de trabalho dos ACS, pois é o reconhecimento de seu trabalho em campo, a legitimação do saber como conhecimento oficial, que o torna visível. Compreendeu-se o ACS como sujeito detentor de

práticas reconhecidas socialmente e com práticas relevantes à comunidade (Melo et al., 2009, Pedrosa et al., 2011). Alguns autores ressaltaram os encontros na perspectiva de profissionalização do exercício da prática do ACS, com base no acúmulo do saber popular, somado ao saber científico, favorece a adesão dos usuários às ações e aos serviços de saúde (Levy, Matos, Tomita, 2004, Bonfim, Fortuna, Gabriel, 2012, Holanda, Barbosa, Brito, 2009).

Após as vivências, o trabalho dos ACS foi ganhando uma nova percepção, na perspectiva de uma concepção transformadora das condições da prática e compreensão do processo saúde-doença, dos determinantes sociais da saúde e da produção do cuidado. As visitas, a escuta, os encaminhamentos, as orientações tornam-se mais qualificadas e as práticas mais bem aceitas pela comunidade (Pedrosa et al., 2011).

Estudos na Paraíba observaram mudanças significativas no processo de trabalho a partir dos relatos dos próprios trabalhadores das equipes nas quais os ACS foram capacitados. Os ACS estavam mais integrados e com posturas mais comprometidas, com qualidade das ações, melhor integração com a equipe e aumento da autoestima (Oliveira, Freitas, 2006).

As metodologias problematizadoras usadas favoreceram a aproximação entre os conhecimentos adquiridos e a realidade dos ACS (Pedrosa et al., 2011). A problematização foi uma estratégia no processo ensino-aprendizagem que motivaram os ACS na busca de novos conhecimentos, no aprofundamento teórico e na reflexão sobre o problema. Nessa perspectiva de ensino e aprendizagem, trabalha-se também com a autonomia do educando, ou seja, o ACS, gerencia seu tempo, observa a necessidade de aprofundamento teórico, reflete sobre o cotidiano de seu trabalho. As discussões com o diálogo como ponto de partida, do relato das vivências, da escuta dos pares posicionam os ACS como sujeitos ativos nesse processo de ensino-aprendizagem e auxiliam na busca de soluções originais sobre a detecção dos problemas.

Após esse momento de discussão, seguiu-se com a última parte da educação permanente em saúde bucal que foram os comentários e vivências na comunidade. Solicitou-se aos ACS uma reflexão sobre a capacitação como sugestões, apontando potencialidades e fragilidades nesse processo educativo. Esses depoimentos foram gravados e analisados em dois eixos: o da capacitação e o da práxis no território.

## Da Educação Permanente

A educação permanente em saúde bucal proporcionou um aprofundamento teórico e uma reflexão sobre o vivenciado no território. Reforçou-se a ideia do ACS como promotor de saúde. O ACS dotado de conhecimento pode traduzir seu cotidiano no trabalho com sujeitos, famílias e comunidade com informações importantes para a vigilância, promoção da saúde bucal. Dessa forma, as ações e atividades da ESF e da ESB são potencializadas, baseada no vínculo desses ACS com as famílias, com a

escuta qualificada e com os encaminhamentos necessários a cada caso (Rodrigues, Santos, Assis, 2010, Moura et al., 2010, Bornstein, David, 2014).

Bornstein e David (2014) destacaram que o entendimento sobre as condições de vida da população, com a qual trabalham, facilita a criação de vínculos e compreensão do processo de adoecimento das pessoas.

“Eu achei que este curso ia ser uma chatice, mas logo no primeiro momento vi que não era o que pensei, gostei muito do que vi e espero que ele possa crescer e atingir todas as USF, para termos um grande elo entre a equipe e principalmente com a comunidade. Acho que esse curso deveria ter durado mais dias.” (ACS 3).

“Cursos como este devem acontecer sempre, pois o mesmo foi muito importante. Tenho certeza que meu trabalho será mais rico de informações agora. Agora sou um multiplicador de saúde.” (ACS 4)

“Após o curso me senti mais seguro para abordar alguns temas e até mesmo saber agir numa possível situação de urgências.” (ACS 5)

É muito importante que o gestor municipal tenha uma proposta de educação permanente para os trabalhadores do SUS e partir da compreensão da ESF como reorganizadora da atenção primária à saúde, pois novos papéis e novos cenários têm gerado diversos desafios à ESF e ESB. Assim, a educação permanente em saúde bucal dos ACS, no serviço e para o serviço, numa perspectiva reflexiva e crítica com base na metodologia ativa, foi uma estratégia importante adotada. Percebe-se o caráter único da educação permanente em saúde bucal, poucas experiências têm sido relatadas no Brasil nesse sentido, desde a ampliação das ESF e das ESB nas últimas duas décadas e especialmente após a implantação da política de saúde bucal em 2004.

“O curso foi ótimo, vai me ajudar muito nas minhas visitas domiciliares, pois terei mais informações para passar, queria que os dentistas das Unidades deveriam tomar essa iniciativa, para uma melhor cooperação. Espero que tenham mais cursos como este e que eu possa estender essas informações aos meus colegas e a comunidade em que trabalho.” (ACS 1 – sexo feminino)

## Da práxis

Percebe-se nos depoimentos, a seguir, a transformação da prática; a aproximação da ESF e ESB com a comunidade; o empoderamento dos ACS para o exercício de processo de educação sem saúde com mais qualidade; expressa também a segurança dos ACS em abordar alguma temática de saúde bucal.



“Já nas minhas visitas expliquei como a escovação previne muitas doenças da boca e vou passar essas informações também a minha família e colegas em geral.” (ACS 3 – sexo feminino)

Estudos de Oliveira e Freitas (2006) destacaram que após as capacitações e a prática em serviço, os ACS desenvolveram autoconfiança no desempenho do trabalho, orientam a população sobre a saúde bucal, em linguagem simples, peculiar à sua cultura e demonstram integração com a comunidade. A eficácia dessas ações dependerá da capacitação técnica-científica e a habilidade de socialização de saberes para prover significado ao que foi discutido nas capacitações e apreendido.

Percebeu-se a importância do ACS em orientar também sobre o fluxo do usuário na USF. É relevante que o fluxo dos usuários na rede seja discutido em reunião de equipe. Assim, como que todos compreendam as atribuições da ESB na atenção primária, bem como a referência e contrarreferência para outros pontos da rede de saúde bucal como os centros de especialidades odontológicas ou hospitais, especialmente em se tratando de câncer de boca ou necessidade de próteses dentárias. Evidencia-se dessa forma a produção do cuidado em saúde bucal numa perspectiva da integralidade (Ceccim, Feuerwerker, 2004, Bornstein, David, 2014) e dos princípios norteadores da política nacional de saúde bucal: acesso, acolhimento e vínculo (Brasil, 2004b).

“Passei informações nas minhas visitas em uma delas a senhora disse que ia pegar uma ficha só para perguntar uma coisa que eu mesmo soube responder, mas mesmo assim, respondi e pedi para ela ir lá para fazer uma visita, pois fazia muito tempo que ela não ia.” (ACS 6 – sexo feminino)

Nos depoimentos, observa-se a compreensão sobre as condições de saúde bucal e os fatores sociais, econômicos, culturais envolvidos. A saúde bucal em uma perspectiva ampliada, evoluindo de um conceito biológico e centrado na doença para um conceito de promoção da saúde.

“Falei na minha comunidade sobre a prevenção das doenças da boca e tentei passar os conhecimentos que recebi aqui. Falei que a ida ao dentista não se restringe apenas a uma dor de dente, mas sim em toda a vida: desde criança até os últimos dias.” (ACS 5 – sexo masculino)

As informações trabalhadas, na educação permanente em saúde, ressignificaram não só o processo de trabalho em saúde, mas também em novos hábitos para si e para a família dos ACS. Reforça-se a compreensão do ACS como um cuidador na saúde, como membro importante da ESF (Mialhe, Lefevre, Lefevre, 2011). A atuação no dia a dia contribui para aumentar a sensibilização da população sobre a saúde bucal. Estudo desenvolvido em Alagoinhas-BA também encontrou esse resultado (Rodrigues et al. 2010).

“Ontem, em algumas casas na visita domiciliar, pude pôr em prática o autoexame da boca a algumas pessoas, como também as mães de recém nascidos como pode ser feita a higiene da língua e dos primeiros dentinhos, quando aparecerem; A crianças menores de 3 anos, brincando com elas, ajudei a melhorar sua escovação e principalmente na minha família melhoramos nosso habito de escovação.” (ACS 7 – sexo feminino)

Depois de todo esse processo foi feita a entrega de certificados aos novos multiplicadores de saúde bucal, com o reconhecimento pela gestão municipal da saúde bucal do município envolvido.

Esse estudo evidenciou a importância dos ACS para a promoção de saúde bucal e a necessidade de educação permanente nesse sentido para esses profissionais. Deve-se considerar que processos formativos no sentido de unir forças, atuar politicamente no território, geradores de reflexão sobre o processo de trabalho, construção coletiva para a efetivação das várias políticas como a da atenção básica, da promoção da saúde, da saúde bucal, da humanização, exige esforços de gestores da saúde, trabalhadores do SUS de nível superior e médio tendo como norte as necessidades da população onde estão inseridas. Muitos esforços devem ser empreendidos no sentido de romper a lógica do trabalho fragmentado em saúde e nessa busca, tendo como alvo o trabalho em equipe multiprofissional, a interdisciplinaridade e a integralidade do cuidado em saúde. Esse movimento contribui para a mudança do modelo de atenção à saúde bucal, tendo os ACS um ator imprescindível para essa mudança, bem como o trabalho em equipe em um movimento de planejamento coletivo de ações e análise do contexto na qual a equipe de saúde da família, equipe de saúde bucal e ACS estão inseridos. Bem como, de valorização e motivação do exercício profissional.

## Considerações finais

Observou-se a importância do ACS para a promoção de saúde bucal e a necessidade de aproximação da ESB com os demais membros da ESF. Compreender a complexidade do trabalho na USF a partir do olhar dos ACS possibilitou a visualização da realidade e sua especificidade, apontando caminhos e possibilidades para o trabalho em equipe multiprofissional na perspectiva da atenção básica.

Para que se efetivem muitas das ações propostas de educação permanente em saúde é necessário que os gestores promovam condições materiais para a execução das práticas na comunidade. Destaca-se também a necessidade do trabalho em equipe para que aconteçam as ações de atenção e de promoção, prevenção. As dificuldades enfrentadas pelos profissionais podem ser vencidas também pelo esforço do trabalho de modo integrado e utilização das potencialidades do território e a participação ativa da comunidade. Esforços permanentes devem ser empreendidos para que se efetive uma prática de promoção de saúde bucal no território, como discussão das equipes sobre ações multiprofissionais.

O processo de trabalho dos ACS na ESF ainda gira em torno de problemas de saúde já instalados e a população tem demandas para os profissionais de saúde de nível superior como médicos, dentistas e enfermeiros. As práticas de promoção da saúde, muitas vezes, são deixadas para segundo plano. Um dos encaminhamentos após as capacitações foi o de sensibilização dos outros membros da equipe e da própria população, sendo essa agenda incluída nas reuniões de equipe e da coordenação de saúde do município envolvido. O alvo é romper com a lógica fragmentada, individualizada nas práticas com a comunidade.

A proposta de educação permanente com os ACS mostrou-se adequado e o grupo alvo revelou-se mais valorizado enquanto trabalhador do SUS e interessado e informado em multiplicar as informações em suas ações e em suas microáreas.

Entretanto, o processo formativo gera novos desafios a serem superados como o investimento em políticas de educação permanente em saúde. Deve-se também insistir para que o processo seja iniciado em outras unidades de saúde da família do município, pois iniciativas como essa são potencialmente capazes de reorientar as práticas em saúde e o processo de trabalho em saúde.

## Referências

Amorim, DU, Queiroz, MVO, Brasil, EGM, Maia EG. Percepções e práticas de agentes comunitários de saúde sobre seu trabalho com adolescentes. *Saúde em Debate*. Rio de Janeiro, v. 38, n. 101, p. 254-226, 2014.

Avila MMM. O Programa de Agentes Comunitários de Saúde no Ceará: o caso de Uruburetama. *Ciênc. Saúde Coletiva*. Rio de Janeiro, v. 16, n. 1, p. 349-360, 2011.

Bardin, B. *Análise de conteúdo*. Lisboa: Edições 70, 2009.

Bonfim PF, Fortuna, CM, Gabriel, CS, Bonfim, MCD. Ações educativas em um Programa de Agentes Comunitários de Saúde. *Rev. Bras. Enferm.* Brasília. v. 65, n. 3, p. 420-427, 2012.

Bordenave, JD, Pereira, AM. *Estratégia de ensino-aprendizagem*. 26. ed. Petrópolis: Vozes, 2005.

Bornstein, VJ, David, HMSL. Contribuições da formação técnica do agente comunitário de saúde para o desenvolvimento do trabalho da equipe Saúde da Família. *Trab. educ. saúde*, Rio de Janeiro, v. 12, n. 1, p. 107-128.

BOSI, MLM, MERCADO, FJ. Introdução: notas para um debate. In: \_\_\_\_\_. *Pesquisa qualitativa de serviços de saúde*. 2.ed. Petrópolis: Vozes, 2007. p.8-17.

Brasil. Ministério da Saúde. Ministério da Educação. *Referencial curricular para curso técnico de agentes comunitários de saúde: área profissional saúde*. Brasília: Ministério da Saúde; 2004. (Série A: Normas e Manuais Técnicos).a

Brasil. Ministério da Saúde. Portaria 1.444. Estabelece incentivo financeiro para a reorganização da atenção à saúde bucal prestada nos municípios por meio do Programa Saúde da Família. Brasília, 28 de dezembro de 2000.

Brasil. Ministério da Saúde. Portaria 267. Reorganização das ações de saúde bucal na atenção básica. Brasília, 07 de março de 2001.

Brasil. Ministério da Saúde. Portaria 673. Estabelece incentivo financeiro para a reorganização da atenção à saúde bucal prestada nos municípios por meio do Programa Saúde da Família. Brasília, 03 de junho de 2003.

Brasil. Ministério da Saúde. Portaria n.º 648, de 26 de março de 2006. Aprova a Política Nacional de Atenção Básica, estabelecendo a revisão de diretrizes e normas para a organização da Atenção Básica para o Programa Saúde da Família e o Programa Agentes Comunitários de Saúde. Diário Oficial da União, Brasília, DF, 29 mar. 2006.

Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. O Trabalho do Agente Comunitário de Saúde. Brasília: Ministério da Saúde, 2009.

Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção básica. Coordenação Nacional de Saúde Bucal. Diretrizes da Política Nacional de Saúde Bucal. Brasília: Ministério da Saúde, 2004.b

Ceccim RB, Feuerwerker, LCM. O Quadrilátero da Formação para Área de Saúde: Ensino, Gestão, Atenção e Controle social. *Physis*. Rio de Janeiro, v. 14, n. 1, p. 41-65.

Costa, CRBSF, Siqueira-Batista, R. As teorias do desenvolvimento moral e o ensino médico: uma reflexão pedagógica centrada na autonomia do educando. *Rev Bras Edu Méd*. Rio de Janeiro, v. 28, v. 3, p. 242-250, 2004.

Cyrino E.G., Toralles-Pereira, ML. Trabalhando com estratégias de ensino-aprendizado por descoberta na área da saúde: a problematização e a aprendizagem baseada em problemas. *Cad Saúde Pública*. Rio de Janeiro, v. 20, n. 3, p. 780-788, 2004.

Frazão, P, Marques, D. Efetividade de programa de agentes comunitários na promoção da saúde bucal. *Rev. Saúde Pública*, São Paulo. v. 43, n. 3, p. 463-471, 2009.

Gomes, K.O. et al. A práxis do agente comunitário de saúde no contexto do programa saúde da família: reflexões estratégicas. *Saude soc.*, v.18, n.4, p. 744-755, 2009.

Holanda, ALF, Barbosa AAA, Brito, EWG. Reflexões acerca da atuação do agente comunitário de saúde nas ações de saúde bucal. *Ciênc. Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro, v. 14, suppl 1, p. 1507-1512, 2009.

Koyashiki, GAK, Alves-Souza, RA, Garanhani, ML. O trabalho em saúde bucal do Agente Comunitário de Saúde em Unidades de Saúde da Família. *Ciênc. saúde coletiva*. Rio de Janeiro, v. 13, v. 4, p. 1343-1354, 2008.

Levy, FM, Matos, PES, Tomita, NE. Programa de agentes comunitários de saúde: a percepção de usuários e trabalhadores de saúde. *Cad Saude Publica*. Rio de Janeiro, v. 20, n. 1, p. 197-203, 2004.

Melo, M.B., Brant, L.C., Oliveira L.A., Santos, A.P.S. Qualificação de agentes comunitários de saúde: instrumento de inclusão social. *Trab. educ. saúde*. Rio de Janeiro, v. 7, n. 3, p. 463-477, 2009.

Mialhe FL, Lefevre, F, Lefevre, AMC. O agente comunitário de saúde e suas práticas educativas em saúde bucal: uma avaliação qualiquantitativa. *Ciênc. saúde coletiva*. Rio de Janeiro, v. 16, n. 11, p. 4425-4432, 2011.

Moura M.S., Carvalho C.J., Amorim, JTC, Marques, M.F.S.S., Moura, L.F.A., Mendes, R.F. Perfil e práticas de saúde bucal do agente comunitário de saúde em municípios piauienses de pequeno porte. *Ciênc. Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro, v. 15, suppl.1, p. 1487-1495, 2010.

Oliveira G.B.N., Freitas, C.H.S.M. Os agentes comunitários de saúde e a implementação de ações de saúde bucal: superando desafios para a promoção da saúde. *Divulgação em Saúde para Debate*. Rio de Janeiro, v. 34, p. 55-62, 2006.

Paim J., Travassos, C., Almeida, C., Bahia, L., Macinko, J. The Brazilian health system: history, advances, and challenges. *Lancet*. v. 377, n. 9779, p. 1778–1797, 2011.

Pedrosa, I.L., Lira, G.A., Oliveira, B., Silva, M.S.M.L., Santos, M.B., Silva, E.A., Freire, D.M.C. Uso de metodologias ativas na formação técnica do agente comunitário de saúde. *Trab. educ. saúde*. Rio de Janeiro, v. 9, n. 2, p. 319-332, 2011.

Rodrigues A.A.A.O., Santos, A.M., Assis, M.M.A. Agente comunitário de saúde: sujeito da prática em saúde bucal em Alagoinhas, Bahia. *Ciênc. saúde coletiva*. Rio de Janeiro, v. 15, n. 3, p. 907-915, 2010.

Thiollent, M. Metodologia da pesquisa-ação. 16.ed. São Paulo: Cortez, 2008.

Vasconcelos E.M., Vasconcelos, M.O. Educação Popular. In: Gusso, G., Lopes, J.M.C. *Tratado de Medicina de Família e Comunidade Tomo I*. Porto Alegre: Artmed, 2012. p. 91-7.



## MULHERES QUE SE CUIDAM: PESQUISA PARTICIPATIVA BASEADA NA COMUNIDADE

*Gracyanne Maria Oliveira Machado,*

*Eliany Nazaré Oliveira,*

*Yolanda Flores e Silva,*

*Izabelle Mont'Alverne Napoleão Albuquerque,*

*Maristela Inês Osawa Chagas Vasconcelos*

### Introdução

A construção dessa intervenção justifica-se com base na importância epidemiológica do Câncer do Colo do Útero (CCU) devido aos seus altos índices de morbidade e mortalidade, o qual permanece com elevadas taxas de incidência e prevalência, apesar de ser uma patologia que pode ser curada em seu estado inicial (BRASIL, 2013). É notória a necessidade de capacitação e enfrentamento das equipes de saúde da família, com ações educativas, promoção e prevenção à saúde, detecção precoce e encaminhamento para tratamento em tempo oportuno.

Correlacionando com a ideia acima, Eduardo et al (2011) ressaltam que, apesar do avanço na detecção e tratamento precoce dessa patologia pelas políticas públicas de saúde na prevenção do câncer uterino, essa doença ainda constitui a segunda causa de morte por neoplasias em mulheres, necessitando de estratégias de Promoção da Saúde nas ações preventivas eficientes e redução das taxas de incidência e mortalidade.

A motivação para escolha do tema decorreu de nossas vivências na Estratégia Saúde da Família, onde desenvolvemos atividades educativas, objetivando incentivar a comunidade a convidar outras mulheres a realizarem o exame de Papanicolaou e obter conhecimento das formas de prevenção e combate dessa neoplasia maligna, antes da consulta ambulatorial de rotina e da realização dos exames preventivos do CCU. Durante o período de dez anos de atuação, ressalta-se que, apesar de a participação

dessas mulheres na Estratégia Saúde da Família (ESF) ainda não ser o recomendado pelo Ministério da Saúde (MS), detectamos três casos de câncer do colo uterino na fase pré-clínica, que foram dados seguimento com tratamento e alta por cura, favorecendo a reinserção dessas usuárias em suas atividades diárias.

Diante da realidade apresentada, podemos perceber que a redução da morbimortalidade por essa neoplasia maligna só é possível através da promoção da saúde e detecção precoce dos casos de lesões precursoras. Essa ação é factível através da sensibilização das mulheres sobre a importância da participação de grupos educativos e na realização do exame Papanicolaou.

Compete à enfermagem um papel essencial na prevenção do câncer, assim, por meio da promoção de estratégias educativas que possibilitem a melhoria do acesso aos serviços e de ações que permitirão o empoderamento dessas mulheres do conhecimento no combate e controle do CCU, a equipe de enfermagem garantirá o sucesso no processo preventivo. Eduardo et al (2011) enfatizam o papel da enfermagem ao destacar como o principal responsável pela coleta do exame de Papanicolaou, bem como pelas demais ações de Promoção da Saúde das mulheres, cabe a este a responsabilidade de capacitar essa população para exercer maior controle sobre a sua saúde e a prevenção do câncer de colo de útero.

Portanto, é notória a grande necessidade de ter um olhar mais direcionado a essas questões, buscando uma assistência integralizada, e ainda, sensibilizar as mulheres sobre a importância da realização do Papanicolaou e da gravidade do CCU.

Segundo Fernandes et al (2009) o cenário da ESF vivenciando uma reconstrução do processo de trabalho dos profissionais e dos serviços de saúde é palco perfeito para alcançar a eficácia e eficiência das ações assistenciais prestadas no dia a dia.

Acreditando ser possível desenvolver um estudo que possibilite definir intervenções preventivas prioritárias para melhorar a assistência prestada pelos serviços de saúde à mulher, delimitamos como objeto desse estudo: as ações educativas no combate ao CCU.

Pela persistente alta incidência dessa neoplasia em nosso meio, torna-se oportuna e necessária uma intervenção que possibilite o incremento da autonomia das mulheres para a realização do exame citológico periodicamente, cuidado e proteção do seu corpo na prevenção desta neoplasia, bem como a função e a importância dos mesmos para a manutenção de sua saúde.

Destacamos, ainda, que esta pesquisa proporcionará subsídios aos profissionais de saúde, em especial, aos enfermeiros. Poderão, pois, qualificar suas atividades assistenciais, administrativas, educativas, de pesquisas e integrativas para que as mulheres possam exercer seus direitos a uma assistência integral. Esperamos também, fornecer subsídios técnico-científicos aos gestores, no sentido de melhorar a implementação das políticas públicas específicas, no âmbito da saúde da mulher, na perspectiva da



integralidade. E acreditamos que nossa pesquisa sirva de referência para estudos futuros.

Diante do exposto, emergiram as seguintes indagações: Quais os conhecimentos deste grupo de mulheres sobre o CCU? As mulheres responderão as práticas educativas propostas para trabalhar a prevenção da neoplasia maligna uterina? Quais ações podem ser realizadas para gerar conhecimento de promoção de saúde e prevenção do CCU?

Diante deste contexto optamos pelo seguinte objetivo: Construir um plano de ações educativas, junto às mulheres, para a prevenção e o controle do câncer do colo uterino, na comunidade da Lagoa do Portinho, Parnaíba - Piauí, tendo como suporte a Pesquisa Participativa baseada na Comunidade.

### Aspectos metodológicos

Este estudo trata-se de uma pesquisa/intervenção desenvolvida na comunidade da Lagoa do Portinho, em Parnaíba – PI, com 12 mulheres e duas agentes comunitárias de saúde que compõem a equipe de cuidado assistencial da Estratégia Saúde da Família local. As atividades aconteceram nos meses de novembro de 2013 a janeiro de 2014. Os encontros ocorreram semanalmente, no período da tarde, uma parte na Unidade Básica de Saúde e outra na capela da comunidade.

Considerando os objetivos propostos nesta pesquisa/intervenção, utilizamos a abordagem da Community Based Participatory Research (CBPR) que, segundo Minkler e Wallerstein (2003), consiste em um processo que envolve pessoas da comunidade ou beneficiários de intervenções em todas as etapas do processo de investigação, ou seja, uma abordagem colaborativa para o estudo que envolve equitativamente todos os parceiros no processo de pesquisa e reconhece as qualidades únicas que cada um traz. A CBPR começa com um tema de pesquisa de importância para a comunidade e tem o objetivo de combinar o conhecimento com a ação e alcançar uma mudança social para melhorar ou eliminar as disparidades de saúde.

McAlister et al (2003) esclareceram que a CBPR não é uma nova metodologia, mas, sim, um novo paradigma que tem como base da investigação a parceria na comunidade, tendo como essência a interação entre pesquisadores e participantes do estudo, em que o desenvolvimento tem a participação de cada um, investigando, identificando e estudando os problemas de saúde mais relevantes para a comunidade estudada, objetivando a mudança social e redução das desigualdades sociais.

O planejamento dos encontros do grupo de mulheres da comunidade Lagoa do Portinho foi elaborado segundo os pressupostos da CBPR, apresentado, resumidamente, na Figura 1:

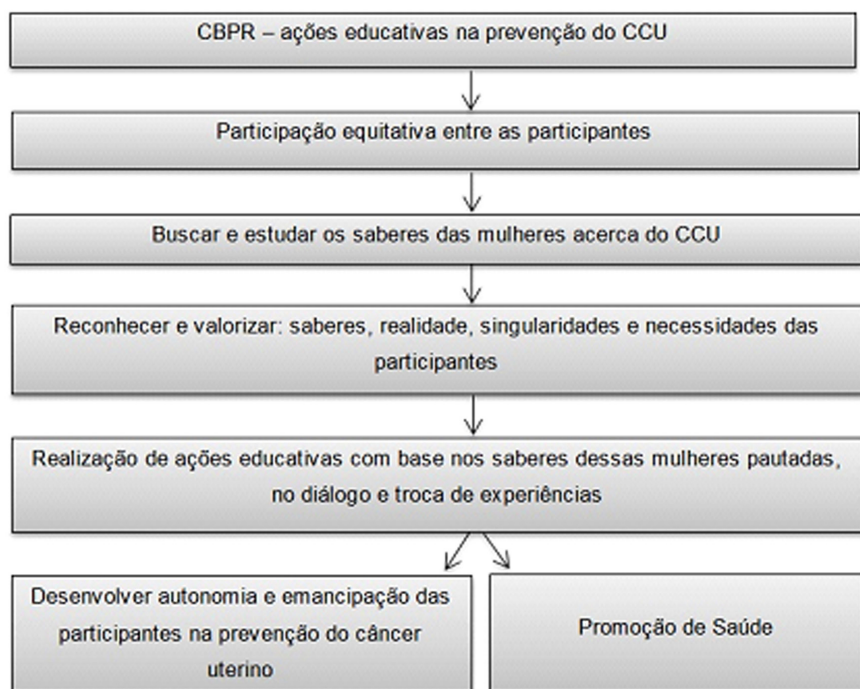


Figura 1 – Planejamento da CBPR: Ações educativas com grupo de mulheres na comunidade da Lagoa do Portinho.

Fonte: Elaborada pelos autores

As informações colhidas através das entrevistas realizadas com as participantes foram transcritas na íntegra e os registros do diário de campo obtidos através da observação participante, foram submetidas à análise de conteúdo do tipo análise temática proposta por Minayo (2008), por considerarmos a mais apropriada para as investigações qualitativas em saúde. Realizar a análise temática significa buscar e encontrar a essência do sentido que estão presentes em palavras, frases ou resumos (MINAYO, 2008).

Iniciamos as atividades educativas com o grupo de mulheres após a autorização da Secretaria de Saúde de Parnaíba e a aprovação do Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Estadual Vale do Acaraú sob número de CAAE: 19422213.0.0000.5053.

## Resultados e discussão: quem são as mulheres do grupo?

As mulheres da nossa intervenção eram adultas jovens, numa faixa etária compreendida entre 26 e 58 anos. Em relação à escolaridade, a maioria possuía ensino fundamental incompleto. Das doze, apenas três concluíram o ensino fundamental. To-

das mantinham um relacionamento conjugal estável, sendo que mais da metade eram casadas e tinham filhos. Possuíam renda familiar em sua maioria, de um salário mínimo. Apenas uma tinha renda menor que um salário e, outra, maior. Já quanto à raça, tinham duas negras, duas brancas e as demais eram pardas.

Sobre a situação de trabalho/profissão, apenas uma era empregada e as demais donas do lar. Eram católicas e a maioria tinha como atividade de lazer assistir televisão. Em relação a vícios, uma era fumante, duas ex-fumantes e ex-etilistas, as demais negavam vícios.

Para assegurar o anonimato das participantes, cada uma escolheu seu nome fictício no dia do primeiro encontro, estes são os seguintes: Florzinha, Rosa, Jasmim, Sol, Abelha, Dia, Lua, Flor, Girassol, Coelha, Papagaio, Beija-flor e duas ACS.

A intervenção contou com seis encontros formais, apenas o primeiro foi agendado e organizado pelas pesquisadoras, os demais foram pensados e organizados pelos sujeitos da intervenção, atendendo as orientações do referencial escolhido para embasar esta pesquisa.

### Primeiro encontro - Muito prazer!

O nosso primeiro encontro foi realizado na Unidade de Saúde, no horário da tarde, na área de reunião, devido à conclusão de uma reforma na capela da comunidade para os festejos do padroeiro, local previamente planejado para a realização dos encontros. Tivemos como objetivo a apresentação do grupo, além de promover uma aproximação entre as participantes, bem como delas com as pesquisadoras e, ainda, a exposição da finalidade da intervenção. Uma técnica projetiva foi utilizada para intermediar este momento. Papel e caneta foram ofertados para que todas se apresentassem a partir de um desenho construído. Iremos incluir apenas uma apresentação para podermos desenvolver e apresentar as informações dos seis encontros, vejamos o relato:

Desenhei uma borboleta, porque eu acho que a vida é assim, cheia de mudança. A borboleta vai devagarinho até ficar bonita, e voar. Temos que aprender mais todos os dias, como minha mãe que teve câncer de útero, fiquei com muito medo dela morrer, e todos se afastaram com medo, mas depois que ela se curou tudo ficou melhor, e agora tenho essa chance de aprender sobre essa doença que minha mãe teve né? [...] (Florzinha).

### Segundo encontro - Só sei que nada sei!

Esse encontro ainda foi realizado na UBS. Nossas atividades iniciaram a partir de uma oração em grupo, guiada por uma das mulheres em agradecimento por aquela oportunidade. Esse momento foi marcante, todas de mãos dadas formando um círculo

de oração, pedindo saúde e proteção para todas e suas famílias. Notamos, a partir dessa demonstração de fé, que esse grupo estava começando a se estruturar como uma nova família. Após a oração, foi estimulada a escolha de um nome para o grupo, prontamente aceitaram a proposta. Utilizamos como estratégia didática metodológica a “votação”, a fim de incentivar a participação de todas. Começamos a dinâmica explicando como seria feita a votação: voto individual e todas teriam voz e vez. Cada mulher falou a sua sugestão e o motivo para que as outras aderissem o nome escolhido por ela, podemos ver no recorte o discurso utilizado:

[...] eu digo que o nome do grupo deveria ser mulheres que se cuidam, porque antes cuidávamos de todo mundo, dos nossos filhos, do nosso marido, eu cuido dos meus pais, e a agora eu tô cuidando de mim, tô tendo tempo para aprender, coisa que eu não tinha. Mulheres que se cuidam vai ser um nome muito legal [...] (Coelha).

### Terceiro encontro - A experiência, o vivido e o aprendido: conhecendo nosso corpo

No terceiro encontro do grupo Mulheres que se cuidam, começamos nossa tarde na capela do padroeiro da comunidade, com nosso círculo de orações guiado por uma das mulheres. Como forma de dar continuidade as nossas atividades, procedemos com uma roda de conversa, exteriorizando o objetivo daquela tarde, que era conhecer os órgãos femininos e a localização do colo do útero, solicitados por elas previamente. Para discutir esses assuntos, as participantes sugeriram a utilização de imagens. Assim, utilizamos figuras coloridas dos órgãos femininos internos, do colo de útero sadio e outro com lesões cancerígenas. Após apresentarmos as figuras, iniciamos a discussão entre o grupo e, mediante os questionamentos surgidos, explicamos por meio da imagem cada órgão feminino e como seria um colo de útero sadio e um com lesões cancerígenas. Percebemos a curiosidade e a preocupação das mulheres em conhecer seu corpo. Vejamos as falas:

[...] Apesar da idade que tenho, não sabia o que tinha dentro de mim [...] (Papagaio).

Eita, muita coisa dentro da gente, achava que tudo era só esse tal de útero [...] (Girassol).

[...] É nesse lugarzinho aí que ficou nossos filhos? Tão pequeno! [...] (Jasmim).

Ao final da tarde, lembramos as participantes os questionamentos realizados por elas para, assim, escolher o próximo assunto a ser abordado. Agradecemos a todas pela presença, colocações e dúvidas que enriqueceram o nosso aprendizado. Antes de

encerrar as atividades, pedimos uma salva de palmas para o grupo, forma de demonstrar a importância delas e, em seguida, todas foram convidadas e agraciadas com um lanche, proporcionando momentos de integração e descontração.

Buscamos identificar o aprendizado do grupo adquirido nesse encontro. Para isso, utilizamos as respostas do roteiro dos Saberes Femininos, aplicado após a intervenção e o Quadro 1 apresenta esse aprendizado.

Quadro 1 – A experiência, o vivido e o aprendido: elaboração compartilhada de conhecimento sobre os órgãos genitais femininos. Parnaíba-PI, 2013.

<b>Mulheres</b>	<b>O que eu já sabia</b>	<b>O que eu aprendi</b>
Abelha	Não sabia de nada.	Aprendi foi muito, agora eu sei onde fica o útero.
Girassol	Não sabia nada mesmo.	Agora eu sei né, onde fica o colo do útero e onde fica tudo dentro de nós.
Florzinha	Eu não sabia onde ficava nada.	Eu aprendi que é no pé da nossa barriga que fica o útero e que é nele que fica o colo do útero.
Papagaio	Nunca ia imaginar isso tudo, eu não sabia de nada.	Eita eu aprendi foi muito, agora eu sei que o colo do útero fica no final da perereca da mulher e quando fazemos o exame de prevenção da para ver se ele tá bom ou tá doente.
Flor	Também eu não sabia de nada.	Comecei aprender, e aprendi sobre muitas coisas, né. Eu sei onde fica o útero da mulher, o colo do útero que pode ter câncer e até matar as mulheres.
Beija- flor	Nada	Aprendi que na nossa vagina por dentro tem os ovários, as trompas e o útero e nele tem o colo do útero.
Sol	Para falar a verdade nada	Agora eu sei onde fica tudo, fica nossas trompas e o colo útero, por que antes eu nem sabia o que é imagina onde é que ele ficava.
Rosa	Sabia que tinha que fazer a prevenção e só.	Eu aprendi que na prevenção da para ver o colo do útero que fica na vagina da mulher.
Jasmim	Sobre essas partes da mulher, eu não sabia era de nada.	Agora eu tô é esperta, já sei onde fica tudo.
Dia	Quase nada	Aprendi que mesmo não podendo ver essa parte do corpo temos que cuidar, e agora eu sei onde fica e o que é o colo do útero.
Coelha	Eu não sabia era nada	Eu aprendi muita coisa onde é que o colo do útero, como ele é, por que eu pensava uma coisa e era outra.
Lua	Nada	Aprendi também coisas novas, eu sei agora onde é que esse colo de útero fica, e como ele é.

Essa experiência nos proporcionou o entendimento de que as práticas de educação em saúde devem ser pautadas no diálogo, com momentos de escuta, para que haja um conhecimento real das percepções da comunidade acerca da temática a ser trabalhada, e assim a partir do respeito das diferenças culturais, dos tabus e preconceitos, possamos transformar o modelo de saúde vigente. É através da autonomia do usuário no seu autocuidado que ele será capaz de não só prevenir doenças, mas também promover saúde.

## Quarto encontro - A experiência, o vivido e o aprendido: desvendando o câncer do colo do útero

Nessa tarde, tivemos como objetivo conhecer o câncer uterino e sua sintomatologia. Na comunidade, já havia tido casos desta neoplasia e muitas participantes referiam sentir medo de visitar as mulheres acometidas achando que iriam se contaminar por essa doença e, ainda, demonstraram interesse em conhecer os sinais e sintomas do câncer para identificá-lo. Para discussão, as mulheres sugeriram a realização de brincadeiras, então utilizamos o jogo “Repolho do saber”. Confeccionamos essa horta-lança por meio de folhas de papéis, com questionamentos e afirmações sobre o assunto, como por exemplo: O câncer do colo do útero matou quase 18 mil mulheres no Brasil; No estado do Piauí, o câncer do colo de útero matou 350 mulheres; Você sabe o que uma mulher sente quando tem câncer do colo de útero? Tivemos o cuidado de elaborar pelo menos uma folha para cada uma, desta forma todas poderiam participar do jogo.

O conhecimento manifestado pelas participantes desta intervenção, sobre o CCU mostrou-se empírico e cotidiano, marcado por tabus, crenças, mitos e preconceitos aguçados pela desinformação, fragilidade das ações preventivas dos serviços de saúde e pelos determinantes de gênero construídos sócio culturalmente da população.

Pelloso, Carvalho e Higarashi (2004) afirmam uma deficiência em relação ao nível de conhecimento sobre esta doença, e ainda ressaltaram que os fatores relacionados são a má informação ou o acesso de informações imprecisas.

Nesse momento, tivemos o cuidado em utilizar uma linguagem fácil, acessível e mais clara possível, usando as falas delas para facilitar a compreensão do assunto. Procurando avaliar se conseguimos chegar ao objetivo esperado do encontro, colocamos duas perguntas de forma estratégica para que ao final elas pudessem fazer uma síntese do aprendido.

As perguntas foram: você sabe o que é o câncer do colo do útero? E você sabe explicar o que uma mulher pode sentir quanto ela tem câncer do colo do útero? Para nossa admiração, não só uma exteriorizou o seu pensamento, houve uma discussão no grupo com várias colocações, como podemos ver nas falas:

[...] É uma doença perigosa, que pode dar em qualquer uma de nós, mas eu posso me cuidar e não morrer dela [...] (Dia).

Aprendi que a mulher pode sentir muitas coisas, mas também pode não sentir é nada. E que o certo é dizer para minhas colegas fazer a prevenção [...] (Dia).

[...] É uma doença que mata, se eu não me cuidar, mas que não eu pego se eu visitar uma mulher que tem ela [...] (Florzinha).

Foi notório que essa dinâmica contribuiu para despertar o interesse do grupo em disseminar seus novos saberes às outras mulheres da comunidade. Estavam aptas a tratar do reconhecimento dos principais sintomas do CCU e sua possível assintomatologia, denotando um esclarecimento sobre o referido assunto.

### Quinto encontro - A experiência, o vivido e o aprendido: revelando as medidas preventivas no câncer do colo do útero

No quinto encontro do grupo Mulheres que se cuidam, o assunto escolhido pelas participantes para o debate foram os fatores de riscos e as medidas preventivas para o CCU. Vejamos algumas falas:

[...] Agora nós sabemos o que é essa doença, mais como é que eu vou evitar ter ela? (Abelha).

[...] Se algum parente meu tiver essa doença será se eu posso ter também? (Lua).

Para essa tarde, o grupo sugeriu a utilização de imagens para a abordagem do assunto. Utilizamos envelopes enumerados de um a quinze, contendo figuras impressas em folhas de A4, relacionadas aos principais fatores de risco e meios de prevenção do câncer uterino. A princípio, todas ficaram curiosas ao receberem seus envelopes que foram distribuídos aleatoriamente.

Em seguida, explicamos como seria a dinâmica. Pela sequência numérica, cada uma abriu o seu envelope e comentou o que entendia ao ver a imagem. Após cada explanação, unimos o conhecimento científico ao prévio das participantes, construindo em parceria os saberes para a prevenção do CCU. Vejamos algumas as falas no momento da brincadeira:

[...] São dois jovens, na cama, ((risos)) mas pela cara deles será que eles se preveniram, né? [...] (Flor)

[...] Esse remédio server para não engravidar ... As mulheres que usam o ciclo 21® não usam a camisinha [...] (Sol).

A interação do grupo foi, novamente, notória, uma vez que todas participaram ativamente, manifestando suas percepções e dúvidas. Apreendemos a cada encontro que as práticas educativas quando pautadas no diálogo, no respeito às diferenças culturais e, na participação ativa da comunidade, são capazes de desenvolver autonomia e vínculo nos sujeitos envolvidos.

### **Sexto encontro - A experiência, o vivido e o aprendido: a cura e o tratamento do câncer do colo do útero**

O sexto encontro do grupo Mulheres que se cuidam teve como objetivo clarificar o tratamento e a cura do CCU. Utilizamos um vídeo a fim de atender ao pedido de uma tarde de cinema feito pelas participantes. Tivemos, ainda, a colaboração de uma moradora da comunidade que explanou sua experiência contra essa neoplasia para o grupo.

Na comunidade, houve dois casos de CCU diagnosticados, através da realização da PCCU na ESF por uma das autoras. Esses casos foram tratados e curados. Antes desse encontro, fomos às residências dessas senhoras acompanhados pelas ACS a fim convidá-las a relatarem suas experiências na luta contra o câncer. Dissemos a elas que ajudariam, significativamente, a sensibilizar as participantes do grupo na prevenção do CCU.

Iniciamos à tarde com uma oração, o que se tornou hábito do grupo. Em seguida, antes de iniciar com a sessão de cinema, como elas intitularam, pedimos que falassem sobre o que sabiam a respeito do tratamento e cura do CCU. Reiteramos o compromisso em construir conhecimento a partir dos seus saberes. Nessa ocasião, ouvimos os mais variados discursos:

Bem..., eu já aprendi que posso evitar morrer dessa doença fazendo minha prevenção, mais se eu já tiver com ela sei que posso ficar boa, ainda não sei como [...] (Sol).

[...] Gente minha comadre teve essa doença, mais ela tá é boazinha e conta pra quem quiser [...] (Jasmim).

O vídeo apresentava em seu conteúdo a possibilidade de cura e as formas de tratamento do CCU e, ainda, depoimentos de pacientes no momento dessas terapêuticas. Com essa experiência, surgiram relatos e sentimentos variados, como curiosidade, surpresa, interesse e reconhecimento do saber. Constatamos as impressões construídas nos recortes a seguir:

Eu sabia que o câncer tem cura, mais... nunca ia imaginar esses tratamentos, pensava que era só tomar os remédios [...] (Lua).



O que seria bom mesmo às outras amigas também saberem sobre o câncer de colo de útero, porque muitas tem é medo (Dia).

É talvez até fazer um vídeo desses (risos) para elas puderem assistir (Papagaio).

O desejo de alertar a comunidade sobre o CCU era visível em suas falas. Em parceria com as ACS, idealizaram uma forma de apresentarem o conhecimento adquirido por elas, e assim, poderem ajudar todas as mulheres da Lagoa do Portinho a se prevenirem contra essa doença. Foi, então, que tiveram a ideia de criarem um vídeo, semelhante ao que assistiram, onde elas compartilhassem os seus novos saberes. Todas ficaram ansiosas e daquele momento em diante, a ideia começou a ser implementada. Nos encontros seguintes iniciamos a elaboração do vídeo artesanal baseado na realidade local da Lagoa do Portinho.

A cada encontro, constatamos que, através da educação em saúde, de forma participativa e dialogada, é possível o desenvolvimento de uma comunidade crítica e autônoma, capaz de realizar suas medidas de autocuidado, conseqüentemente, interferir na realidade epidemiológica da mortalidade de agravos, possivelmente, preveníveis, como o CCU. Vale destacar que os profissionais de saúde não podem esquecer que o conhecimento é algo construído e que os usuários estão inseridos num contexto sociocultural com saberes que devem ser valorizados.

## O empoderamento das mulheres: construção de um vídeo artesanal

Após alguns encontros, concluímos nosso roteiro, ficando resolvido quando e como seriam as gravações. As mulheres propuseram que as cenas fossem como uma conversa, uma perguntando e a outra respondendo prontificaram-se em formar duplas e começaram a ensaiar.

O grupo sugeriu realizar alguns ensaios antes da filmagem final. Marcamos novos encontros onde realizamos pré-testes. Com ajuda das acadêmicas de enfermagem montamos um vídeo teste, bem simples, a fim de mostramos a elas como estava ficando o trabalho idealizado e para empolgá-las para a gravação oficial.

No dia da filmagem, contratamos uma equipe de profissionais para que o vídeo artesanal fosse produzido com a melhor qualidade. Todas chegaram cedo para serem maquiadas com a ajuda das acadêmicas de enfermagem. A ansiedade e o entusiasmo eram visíveis em cada rosto, à emoção era percebida em suas falas:

Tou nervosa, meu coração tá para pular para fora [...] (Rosa).

Tou me sentindo é uma artista, toda maquiada, eu tou gostando muito [...] (Coelha).

Nesse dia, constatamos a experiência positiva que tivemos, facilitada pela CBPR, pois estavam exteriorizando, de forma espontânea e segura todo o aprendizado adquirido, com a intenção de compartilhar para as demais mulheres, as medidas de prevenção do CCU.

Antes de apresentar o vídeo artesanal para a comunidade, marcamos mais um encontro, com o propósito de exibir o projeto final, e assim, ter a validação do vídeo por elas, respeitando todas as etapas da CBPR. Ao final da exposição, todas aplaudiram com emoção. Percebemos a felicidade no rosto de cada uma, algumas não conseguiram conter os sentimentos, deixando lágrimas caírem no rosto.

O vídeo artesanal Mulheres que se cuidam na luta contra o câncer do colo do útero foi apresentado à comunidade, com o objetivo de sensibilizar a respeito da magnitude do CCU e das formas de combate e controle para as mulheres da lagoa do Portinho. Esse acontecimento foi realizado na capela da comunidade no período noturno, pois era desejo que todas mulheres fossem, mesmo aquelas que tinham os afazeres domésticos. Compareceram no evento os representantes da Secretaria de Saúde, para prestigiarem a iniciativa do grupo na luta contra o câncer.

Durante a apresentação os convidados permaneceram atentos. O vídeo artesanal foi um sucesso, a trilha sonora de abertura, as imagens do povoado, a linguagem acessível utilizada para abordar o CCU foi muito bem aceita. E para nossa surpresa, ao final da exposição, a comunidade se manifestou, parabenizando a iniciativa, a coragem e o sucesso das mulheres. Muitas pronunciaram o desejo de participarem de um grupo semelhante e, até mesmo, adquirirem uma camiseta para que pudessem ser inseridas no grupo.

Após a exposição do vídeo com tanto sucesso, acreditamos que concluímos com todas as etapas da CBPR, que se iniciou com o nascimento do grupo e finalizou com a exposição dos resultados da intervenção educativa para a comunidade.

Vale ressaltar que, mesmo com a conclusão da intervenção, o grupo Mulheres que se cuidam continua atuando na comunidade, não só ajudando na busca ativa das mulheres para a realização da PCCU em parceria com as ACS, como divulgando as demais medidas preventivas do CCU e a manutenção do grupo de caminhada na comunidade.

Entendemos que a participação dessas mulheres em nossa intervenção teve resultados positivos, desenvolvendo autonomia no autocuidado e o empoderamento das mesmas na luta do combate e controle da neoplasia uterina.

A análise dos dados produzidos a partir da avaliação dos encontros pelas mulheres e ACS confirmou que as atividades educativas dialogadas favorecem o vínculo de amizade e o aumento da autoestima das participantes.

Buscamos conhecer os sentimentos, significados e sugestões a respeito da intervenção educativa, e para nossa imensurável alegria, constatamos que além do apren-

dizado explanado anteriormente, elas exteriorizaram satisfação, felicidade, gratificação e prazer em serem integrantes do Grupo Mulheres que se cuidam, como constatamos nos recortes a seguir:

Eu achei essa experiência maravilhosa, eu tou muito é satisfeita, porque no grupo a gente se abriu, ouvia a conversa de uma e de outras, me sentia mais a vontade (Sol).

Nem sei como dizer o tamanho do prazer que senti com o grupo, eu tou muito feliz, agradeço bastante por tudo (Abelha).

Segundo Wall (2001) as práticas educativas que abordem um conjunto de conhecimentos e atividades com espírito lúdico favorecem oportunidades de um convívio e relações enriquecedoras, facilitando o envolvimento dos sujeitos nas atividades.

Percebemos que conviver em harmonia é indispensável para o desenvolvimento das ações individuais e coletivas. Assim fica mais fácil, socializarem o aprendizado adquirido no grupo a toda sua família e comunidade, fato observado nos discursos:

Me senti muito feliz, porque eu não sabia como era o câncer nesses encontros eu aprendi, eu tou participando o que eu aprendi para minha mãe e para minhas irmãs [...] (Flor).

Eu aprendi como evitar, e mais a gente tem que alertar as amigas da gente, os familiares da gente, e que a gente não pode ficar só trancada dentro de casa, sem saber informações, tem que ir atrás e dividir com os outros [...] (Girassol).

Nunes (2010) ressalta que, para haver emancipação, alguns componentes devem estar interligados como autonomia, liberdade, cidadania e consciência crítica.

Notamos, nos discursos, uma autonomia no processo de aprendizagem, referente ao incentivo para o autocuidado. Acreditamos que elas se tornaram multiplicadoras de cuidados, constatamos a autoconfiança e segurança ao exteriorizar os seus conhecimentos.

Ao passo que os encontros aconteciam, o empoderamento das mulheres era notório, tomaram para si o planejamento e o desenvolvimento das atividades. As decisões eram compartilhadas e decididas por todas, até mesmo as mais tímidas tornaram-se ativas e exteriorizavam suas dúvidas e saberes. Fato esse proporcionado pela utilização da CBPR, que contribuiu para o aumento da autonomia das envolvidas.

Teixeira (2002) afirma que o empoderamento é a capacitação de pessoas ou comunidades, em qualquer espaço coletivo, com o propósito de programar estratégias que visem à tomada de decisão, com a finalidade de garantir fortalecimento das ações positivas para a saúde.

## Desfechos de uma intervenção comunitária

Objetivamos, por meio desta intervenção, construir um plano de ações educativas junto às mulheres para a prevenção e o controle do CCU, na comunidade da Lagoa do Portinho, Parnaíba, Piauí, tendo como suporte a Pesquisa Participativa baseada na Comunidade. Acreditamos ter conseguido alcançar nosso propósito, pois paralelamente, fomos construindo uma trajetória metodológica, a qual foi articulada entre as representações sociais que nos permitiu observar o senso comum das mulheres, seus conhecimentos, suas crenças e tabus acerca do assunto e por tudo que foi visualizado nos nossos encontros.

A partir da realidade capturada, chegamos à conclusão, por intermédio da análise dos discursos e do *feedback*, que houve a sensibilização e mudança positiva das mulheres na luta contra o CCU. Constatamos, ainda, a relação entre as atividades educativas realizadas e o empoderamento coletivo, ou seja, através da participação ativa, as mulheres se apropriaram do grupo, construindo saberes alicerçado por vínculos de amizade, união e companheirismo.

Esses resultados foram alcançados em virtude dos propósitos da CBPR terem em sua essência a participação equitativa dos envolvidos, partindo da identificação dos saberes do grupo, combinando o conhecimento dos participantes com ação. A CBPR possibilitou a aproximação entre as autoras e as mulheres, uma vez que o estudo foi realizado na comunidade, trabalhando a realidade local e despertando a reconstrução dos seus saberes, que ultrapassaram os limites físicos do local dos nossos encontros, e conseqüentemente permitiram a disseminação do conhecimento adquirido sobre o CCU para outras mulheres.

## Limitações e sugestões da pesquisa/intervenção

As primeiras limitações do nosso estudo prenderam-se, certamente, na localização da comunidade. Muitas vezes, nossa chegada aos encontros ficou quase impossibilitada, devido ao percurso e os fatores extrínsecos ligados aos fenômenos naturais, como a chuva. Pontuamos, também, como limitação, a falta de investimento financeiro com a pesquisa/intervenção. Frisamos que todos os recursos foram custeados pelas autoras, desde a sua locomoção, os lanches ao final de nossas tardes, materiais para realização das dinâmicas grupais e, principalmente, para o vídeo idealizado pelo grupo.

Destacamos que todos estes fatores contribuíram diretamente para as limitações do estudo, certamente, se nossa pesquisa tivesse sido incentivada com certeza nossos resultados seriam ampliados a mais mulheres, permitindo, assim, uma maior flexibilidade das ações educativas para a comunidade com um todo.

Nesse contexto, apresentam-se as barreiras constantes na educação em saúde, devido à falta de investimento, estímulo e iniciativa para o desenvolvimento de pesquisa/intervenção que tragam em seus objetivos a modificação da realidade local e

da situação de saúde de um grupo ou comunidade, direcionando-lhes a adesão das práticas de autocuidado.

A avaliação das nossas limitações e dos nossos resultados permitiu a reflexão sobre a necessidade da implementação constante de práticas educativas que abordem a participação ativa dos sujeitos para alcançarmos nossos objetivos de forma significativa. Diante disso, ressaltamos que são necessários mais estudos que proporcionem novas formas criativas para condução de ações de educação em saúde, adequando as informações prestadas ao público, considerando o contexto social e cultural a que pertencem.

A contribuição de novas pesquisas pode trazer melhorias para as práticas preventivas, transformando os usuários em indivíduos autônomos e capazes de atuar ativamente como autor (es), aptos a modificar a realidade em que vivem. Assim, sugerimos novos estudos, os quais utilizem métodos que insiram o indivíduo em seu processo, como pessoa ativa e que tragam como contribuição à tona suas experiências. Esperamos que este trabalho contribua para maiores discussões a respeito do assunto e que possa reduzir lacunas existentes nas literaturas referentes ao CCU, além de que os nossos resultados possam ser multiplicados para mais ESF, como tentativa de prevenir e controlar o CCU por meio de atividades educativas sobre o assunto.

## Referências

- BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. *Controle dos cânceres do colo do útero e da mama*. 2. ed. – Brasília: Editora do Ministério da Saúde, 2013.
- EDUARDO, K. G. T. et al. Políticas públicas de saúde voltadas ao controle do câncer de colo uterino na perspectiva da Promoção da Saúde. In: CATRIB, A.M.F.; DIAS, M.S. A.; FROTA, M.A. (Org.). *Promoção da Saúde no contexto da estratégia saúde da família*. Campinas (SP): Saberes, 2011.
- FERNANDES, J. V. et al. Conhecimentos, atitudes e prática do exame de Papanicolau por mulheres, Nordeste do Brasil. *Revista Saúde Pública*, v. 43, n. 5, p. 851-858, 2009.
- MCALLISTER, C. L. et al. Parents, Practitioners, and Researchers: Community-Based Participatory Research With Early Head Start. *American Journal of Public Health*, v. 93, n. 10, p. 1672-1679, 2003.
- MINKLER, M.; WALLERSTEIN, N. *Community-based participatory research for health*. San Francisco: Jossey-Bass, 2003.
- NUNES, J. M. *Tecnologia educativa: uma proposta para Promoção da Saúde de um grupo de mulheres*. Dissertação (Mestrado em Enfermagem). Fortaleza, Universidade Federal do Ceará, 2010.

PELLOSO, S. M.; CARVALHO, M. D. B.; HIGARASHI, I. H. Conhecimento das mulheres sobre o câncer cérvico-utrino. *Acta Scientiarum. Health Sciences*, v. 26, n. 2, p. 319-324, 2004.

TEIXEIRA, M. B. *Empoderamento de idosos em grupos direcionados à promoção de saúde*. Dissertação (Mestrado em Saúde Pública). Rio de Janeiro, Escola Nacional de Saúde Pública, Fundação Oswaldo Cruz, 2002.

WALL, M. L. *Tecnologias Educativas: subsídios para a assistência de enfermagem em Grupos*. Goiânia: AB Editora, 2001.

## PERCEPÇÃO DE MÃES SOBRE AMAMENTAÇÃO EXCLUSIVA E ALIMENTAÇÃO ARTIFICIAL NA PUERICULTURA: UM RELATO DE EXPERIÊNCIA

*Geanne Maria Costa Torres,*

*Inês Dolores Teles Figueiredo,*

*José Auricélio Bernardo Candido,*

*Maria Irismar de Almeida*

### Introdução

*“A Educação não visa apenas à mudança de comportamento, mas também a uma prática melhor de vida.”*

Luiz Antônio Damasceno.

O aleitamento materno constitui a forma mais adequada de alimentação do recém-nascido, sendo nutricionalmente superior a qualquer outra alternativa. Para Souza *et al.*, (2013), o aleitamento materno é o melhor alimento para a criança, sendo defendido por várias organizações de saúde, em busca da redução da morbimortalidade infantil.

Diante disso, a Organização Mundial da Saúde (OMS) e o Ministério da Saúde (MS) preconizam a amamentação exclusiva até sexto mês de vida do bebê, podendo esta servir de complemento até os dois anos ou mais de vida da criança. O MS incentiva a prática do aleitamento materno para os casos em que não exista contra-indicação e recomenda o desenvolvimento de ações pela atenção básica de saúde na promoção da amamentação (BRASIL, 2007; GUSMÃO *et al.*, 2013).

A literatura brasileira utiliza a definição de aleitamento materno exclusivo (AME) adotada pela OMS, ou seja, quando a criança recebe somente leite materno, direto da mama ou ordenhado, ou leite humano de outra fonte, sem outros líquidos ou sólidos, com exceção de gotas ou xaropes contendo vitaminas, sais de reidratação oral, suplementos minerais ou medicamentos (BRASIL, 2009a).

Inúmeros são os benefícios do ato de amamentar para bebê, conforme destaca (Levy; Bértolo, 2008), pois previne contra infecções gastrintestinais e respiratórias, atua como uma barreira imunológica e protege contra alergia. Constitui, ainda, num alimento de fácil digestão, o que diminui a chance do bebê desenvolver cólicas e enjoos.

Além disso, o aleitamento materno também oferece benefícios para os pais e para a família, de modo que há o fortalecimento dos laços afetivos entre mãe e filho, e o envolvimento do pai e demais familiares no cuidado, o que favorece o prolongamento da amamentação (BRASIL, 2007).

O desmame e a introdução precoce na alimentação artificial na rotina das crianças são práticas constantes e contribuem para a ocorrência de fatores como índices aumentados de diarreia, desidratação e intolerância alimentar. O AME é a principal ferramenta que colabora com a redução desses índices e das taxas de mortalidade infantil.

Apesar de todos os benefícios do aleitamento materno, de todo avanço científico e dos esforços de diversos organismos nacionais e internacionais, o desmame precoce tem ocorrido muitas vezes em decorrência das dificuldades e dúvidas enfrentadas pelas mães em relação à técnica e eficácia do aleitamento materno (ABDALLAH *et al.*, 2007).

O desmame precoce é desvantajoso e predispõe à desnutrição infantil, sendo mais indicado o desmame empeçilhos que prejudicam a prática do aleitamento, estão os mitos e tabus proferidos geralmente pela família da gestante/nutriz ou, até mesmo, pelos próprios profissionais de saúde (BRASIL, 2009).

Mesmo com o incentivo a amamentação na Unidade Básica de Saúde da Família, durante as consultas de pré-natal e de puericultura, nas rodas de conversa com as gestantes e mães, ainda se observa que esta prática está muito aquém do que preconiza o Ministério da Saúde.

O reconhecimento dessas questões sugere que mudanças devam ser operadas na prática assistencial de aleitamento materno, no intuito de melhorar os indicadores e tornar esse ato menos conflituoso para a mulher (RAMOS *et al.*, 2008).

Diante disso, conhecer os fatores que levam as mães a optarem pelo AME ou pela introdução de alimentação artificial antes dos seis meses de vida da criança, contribuem para fortalecer os cuidados essenciais à manutenção da saúde da mãe e da criança, através de intervenções mais efetivas sobre a importância da promoção do aleitamento materno.

A forma de educar, baseado na sensibilidade e empatia do profissional de saúde pode proporcionar uma melhor sensibilização das gestantes e puérperas acerca da



importância do aleitamento materno, contribuindo assim para a redução do desmame precoce, promovendo qualidade de vida tanto para as lactantes quanto para os lactentes (BEZERRIL *et al*)

Dessa forma, sendo os profissionais que atuam na Estratégia Saúde da Família (ESF) promotores das ações de saúde e dotados de compromisso com o trabalho e com os usuários deste, torna-se necessário implementar medidas para fortalecer o aleitamento materno, interagindo e trocando experiências e conhecimentos com os familiares, a vizinhança e demais profissionais que atuam nos serviços, fortalecendo a participação conjunta, para o alcance de ações que vislumbrem melhorias nos indicadores de aleitamento materno do município.

A ESF, vista como objeto de Educação em Saúde, tem como papel central uma prática educativa voltada para a Promoção da Saúde, como um conjunto de atividades orientadas a propiciar o melhoramento de condições de bem-estar e acesso a bens e a serviços sociais (BESEN *et al.*, 2007).

Nesse sentido, as experiências que acontecem no cotidiano dos serviços de saúde nos fazem pensar e repensar o nosso processo de trabalho enquanto agentes de mudanças que contribuem para o desenvolvimento de métodos e estratégias eficientes na produção do cuidado direcionado à população.

Assim, o presente estudo tem por objetivo relatar a percepção de mães acerca amamentação exclusiva e alimentação artificial durante as consultas de puericultura, em uma Unidade Básica de Saúde da Família, no interior do Estado do Ceará.

## Método

Trata-se de um estudo exploratório-descritivo com abordagem qualitativa, do tipo relato de experiência, realizado na Unidade Básica de Saúde da Família localizada na zona urbana do município de Salitre - CE, no período de setembro a dezembro de 2014.

O município de Salitre situa-se na Mesorregião Sul do Ceará, com uma área geográfica de 900 km<sup>2</sup>. Limita-se ao Sul com o Estado de Pernambuco, ao Norte com Potengi, Campos Sales e o Estado do Piauí, ao Leste com Araripe e Potengi e ao Oeste com o Estado do Piauí. Dista da Capital do Ceará, Fortaleza, 585 km, tem acesso Rodoviário pela BR-112 e 116, CE-184 e 021. Possui uma população estimada pelo IBGE (2014), de 15.453 habitantes.

A Atenção Primária à Saúde está organizada a partir de 07 (sete) equipes de Saúde da Família, com uma cobertura de 100% da população. Além disso, possui um Núcleo de Apoio à Saúde da Família (NASF) para dar apoio matricial às equipes da Estratégia Saúde da Família.

A Unidade Básica de Saúde da Família do bairro Alto Alegre acompanha 828 famílias cadastradas no Sistema de Informação da Atenção Básica (SIAB), com um total

de 29 crianças menores de quatro meses em AME. Além disso, possui 121 crianças menores de dois anos de idade (SIAB, 2015).

A equipe é composta por uma médica, uma enfermeira, uma cirurgiã-dentista, duas técnicas em enfermagem, uma auxiliar de saúde bucal, uma técnica de saúde bucal, uma recepcionista, uma auxiliar de farmácia, quatro agentes comunitários de saúde, um vigia e um motorista.

Os profissionais realizam as atividades relacionadas aos Programas prioritários do Ministério da Saúde, a saber: atenção à saúde da criança, saúde do adolescente, saúde da mulher, atenção à saúde do idoso, pré-natal: saúde da gestante, parto e puerpério, puericultura, tuberculose e hanseníase, imunização, suplementação do ferro e vitamina A, hipertensão e diabetes, dentre outros.

De acordo com Prodanov e Freitas (2013), o método exploratório proporciona mais informações sobre o assunto que vamos investigar, possibilitando sua definição e seu delineamento, isto é, facilita a delimitação do tema da pesquisa, orienta a fixação dos objetivos e a formulação das hipóteses ou descobre um novo tipo de enfoque para o assunto.

A pesquisa descritiva observa, analisa e ordena dados, sem manipulá-los, isto é, sem interferência do pesquisador. Delineia as características de determinada população ou fenômeno ou o estabelecimento de relações entre variáveis (PRODANOV; FREITAS, 2013).

No entanto, estudos desta natureza, podem transpassar a simples identificação destas variáveis, porém decorrem pela determinação da natureza dessa relação (GIL, 2011).

Para Minayo (2010), a pesquisa qualitativa trabalha com o universo de significados, motivos, aspirações, crenças, valores e atitudes, ou seja, se ocupa com um nível de realidade que não pode ou não deveria ser quantificado.

O relato de experiência é uma ferramenta da pesquisa descritiva que apresenta uma reflexão sobre uma ação ou um conjunto de ações que abordam uma situação vivenciada no âmbito profissional de interesse da comunidade científica (CAVALCANTE; LIMA, 2012).

O estudo foi desenvolvido com 10 mães, na faixa etária de 14 a 19 anos, independentemente do estado civil, nível de escolaridade e condições socioeconômicas. Para sua realização, foram obedecidos os seguintes critérios de inclusão: 1. Adotarem o período mensal exclusivo para puericultura; 2. Terem filhos com menos de seis meses de vida e em alimentação artificial; e 3. Residirem na área de abrangência da Estratégia Saúde da Família. Os critérios de exclusão adotados foram: 1. Não adotarem o período mensal exclusivo para puericultura; 2. Terem filhos com mais de seis meses e 3. Não residirem na área de abrangência da equipe em estudo.

A coleta de dados ocorreu por meio da técnica de entrevista semiestruturada, tendo como questão norteadora: Quais os fatores determinantes para a introdução da alimentação artificial?

Segundo Minayo (2010), a entrevista semiestruturada é um instrumento em que o entrevistado tem a oportunidade de discorrer sobre o tema sem se prender à indagação formulada.

Para Gil (2011) consiste em uma técnica em que o investigador se apresenta frente ao investigado e lhe formula perguntas, com o objetivo de obtenção de dados que interessam à investigação. A entrevista é, portanto, uma forma de interação social. Mais especificamente, é uma forma de diálogo assimétrico, em que uma das partes busca coletar dados e a outra se apresenta como fonte de informação.

Os dados foram analisados a luz da estatística descritiva, fundamentada através da literatura pertinente ao assunto. As participantes deste estudo foram convidadas a participarem da pesquisa, sendo esclarecidas quanto ao caráter espontâneo da entrevista e o sigilo das informações. Foram solicitadas a assinarem o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) que, no caso das menores de 18 anos, foram assinados pelas mães. O estudo obedeceu às normas da Resolução Nº 466/2012, do Conselho Nacional de Saúde/Ministério da Saúde (CNS/MS), que preconiza normas a serem seguidas em pesquisas envolvendo seres humanos.

## Resultados e discussão

No decorrer das consultas de puericultura, a partir da questão norteadora, emergem várias discussões relacionadas à prática da amamentação, entre elas, a insuficiência de leite materno, problemas relacionados com as mamas e rejeição do leite materno pela criança.

Além disso, outros fatores são percebidos como determinantes à introdução da alimentação artificial, como problemas gastrintestinais nos filhos, a cultura enraizada da mamadeira, a oferta de outros alimentos por parte das avós e a concepção de que o desmame precoce não acarreta prejuízo à saúde da criança.

Portanto, cabe ao profissional de saúde identificar e compreender o processo de aleitamento materno no contexto sociocultural e familiar e, a partir dessa compreensão, cuidar tanto da dupla mãe-filho como de sua família (BRASIL, 2009).

É consenso na literatura científica, que o aleitamento materno exclusivo é benéfico para o binômio mãe-filho, possibilitando ganhos promitentes que se traduzem em mais e melhores condições de saúde à criança.

A importância do leite materno para os lactentes como fonte nutricional, benefício imunológico e emocional, assim como o benefício sociocultural da amamentação para toda a coletividade, encontram-se estabelecidos, e têm obtido divulgação tanto no meio acadêmico quanto junto a toda a sociedade (SCHIMIT, 2005).

Assim, falar da importância do AME, é destacar a necessidade de construir novas abordagens em saúde sustentada por um processo que permita a real substituição de modelos tradicionais por práticas que promovam e fortaleçam as ações de saúde, possibilitando resultados expressivos nos indicadores de saúde da criança, através de ações que levem a referências na qualidade dos serviços ofertados ao binômio mãe-filho.

O aleitamento materno é a mais sábia estratégia natural de vínculo, afeto, proteção e nutrição para a criança e constitui a mais sensível, econômica e eficaz intervenção para redução da morbimortalidade infantil (BRASIL, 2009).

Todavia, a amamentação não é uma prática natural. Para melhoria de seus índices faz-se necessário adequado aprendizado das mães com participação ativa dos profissionais de saúde, propiciando orientações e suporte oportunos para gestantes e lactantes (CALDEIRA *et al.*, 2007).

A equipe Saúde da Família é promotora das ações de saúde, sendo capaz de produzir mudanças significativas e transformadoras no cuidado direcionado à população. Nessa perspectiva, a ESF Alto Alegre busca trabalhar com grupos educativos, contando com a participação de profissionais do Núcleo de Apoio à Saúde da Família (NASF), de mães que amamentam exclusivamente seus filhos até os seis meses de vida, da comunidade e de outros segmentos da sociedade. Para Lopes *et al* (2013), é necessário, além de cooperação inter e multissetorial, a utilização de estratégias educativas, sendo fundamental a realização da educação em saúde para capacitar a população para atuar como promotora da saúde.

Os grupos educativos são dispositivos de mudança, ou seja, instrumentos que possibilitam aos seus participantes mudanças de ideias e práticas (TEIXEIRA, 2007). Assim, compreender, ampliar e transcender este processo para uma prática interdisciplinar é o caminho para vislumbrar melhoria no cuidado prestado à população, a fim de torná-la promotora da sua saúde.

A construção do conhecimento com base nas reflexões da práxis de educação em saúde aponta para a necessidade de se concretizar um processo educativo em saúde, envolvendo a comunidade por meio de um processo de interação participativa que seja capaz de permitir uma reflexão crítica da realidade e dos fatores que determinam a qualidade de vida e um viver saudável (MACHADO *et al.*, 2007).

Mesmo com as ações de educação e de promoção em saúde junto às gestantes e mães, para que ocorra um maior aprendizado, um crescimento e uma maior ampliação sobre a visão do cuidar, percebeu-se a necessidade de intensificar essas ações nas consultas de pré-natal, além do apoio da família e da comunidade à mãe e ao filho, através da produção efetiva de novos conhecimentos e do fortalecimento da articulação intersetorial, pois o AME vai além dos aspectos biológicos, necessitando, portanto, de uma atenção integral.

A amamentação não é totalmente instintiva do ser humano, muitas vezes deve ser aprendida para ser prolongada com êxito, considerando-se que a maioria das nutrizes precisa de esforço e apoio constantes (ARAÚJO, 2008).

Nesse sentido, são necessárias estratégias que facilitem a difusão de informações sobre os fundamentos anatômicos, fisiológicos, imunológicos do aleitamento materno, o manejo clínico da amamentação e das intercorrências mamárias (FONSECA-MACHADO *et al.*, 2012). Além do grupo de gestantes, a ESF Alto Alegre está criando o grupo de avós e pais, articulando-se com outros profissionais do município para que se estabeleça troca de conhecimentos que permita mudanças na interação mães-bebês mais saudáveis, aspectos fundamentais para o sucesso das ações de educação em saúde. Para Machado e Vieira (2009) a utilização de potenciais da comunidade representa uma estratégia importante no processo educativo.

Defende-se que há lacunas assistenciais que precisam ser identificadas e problematizadas para que as mulheres e suas famílias tenham acesso aos recursos apropriados para poderem decidir de modo ativo e autônomo sobre a amamentação e sustentar sua decisão (SOUZA *et al.*, 2013). Daí a importância das ações de educação em saúde que contribuem para subsidiar o processo de construção do conhecimento.

A educação em saúde, em especial na ESF, deve ser uma atividade de grande relevância, tanto para os profissionais quanto para a comunidade, pois os objetivos da ESF só serão alcançados mediante práticas educativas que visem à promoção da saúde dos indivíduos (ROECKER; MARCON, 2011).

Tal prática é um fator contributivo para o sucesso nas ações direcionadas ao aleitamento materno, junto às gestantes e puérperas, nos encontros realizados pelos profissionais da Unidade Básica de Saúde da Família, nas visitas domiciliares e na comunidade.

Assim, é fundamental que o setor saúde embase a educação não apenas na transmissão de conhecimentos historicamente acumulados, mas que, principalmente, trabalhe na perspectiva da construção de conhecimentos e de qualidade de vida por todos aqueles que a integram (BESEN *et al.*, 2007).

No entanto, apesar do estímulo a essa prática durante o pré-natal, ainda se observa no decorrer das consultas de puericultura, que as mães internalizam que “meu leite é fraco”, “não tem leite suficiente”, “o bebê que não pega”, ocasionando, então, o desmame precoce. Daí a enfermagem ter um papel intrínseco e significativo para desmitificar crenças, mitos e tabus acerca do leite materno, esclarecendo dúvidas e dificuldades, para que as mães se tornem provedoras do AME dos filhos. No entanto, muitas vezes isso não é tão fácil, pela cultura existente e pelo tempo no mundo do trabalho.

A amamentação, um processo alimentar que oferta alimento nutricionalmente completo para o bebê, constitui-se num fenômeno complexo, no qual estão envolvidos aspectos biológicos, psicológicos e sociais, estando intimamente associado à cultura (ARAÚJO; ALMEIDA, 2007).

Outro ponto que merece destaque é o fato das mães serem jovens, com baixos níveis de escolaridade e socioeconômico, favorecendo o desmame precoce. Isso pode ser corroborado por Saldiva *et al* (2011), quando asseveram que alguns fatores têm sido associados com a introdução precoce de alimentos exceto leite materno na dieta das crianças, tais como baixos níveis socioeconômicos das famílias e educacional das mães, mães jovens, fumantes e parto cesáreo.

São indiscutíveis os avanços do AME no Brasil apesar da heterogeneidade de sua prática nas diversas regiões do país. Tal constatação leva à necessidade de diagnósticos locais que são de fundamental importância na elaboração de políticas de incentivo à amamentação, adequadas a cada comunidade (GUSMÃO *et al.*, 2013).

No paradoxo discurso/prática que, muitas vezes, caracteriza a realidade do processo de trabalho, percebe-se a necessidade de buscar alternativas para modificar essa situação em saúde de reprodução de uma prática inadequada e ineficiente. Torna-se necessário fortalecer as ações e serviços de saúde para se alcançar uma prática significativa e transformadora.

Nessa direção, o processo educativo deve partir da compreensão das informações repassadas pelos serviços de saúde, cabendo, portanto, aos profissionais conhecerem a forma de cuidado, as crenças e valores dos usuários, para que possa desenvolver a autonomia e o empoderamento dos sujeitos.

Assim, os profissionais de enfermagem precisam estar devidamente qualificados e sensibilizados para oferecer às gestantes e nutrizas orientações adequadas e acessíveis. Este cuidado promove e apoia o aleitamento materno, e contribui para o estabelecimento e manutenção desta prática (FONSECA-MACHADO *et al.*, 2012).

A introdução de outros alimentos que não o leite humano na alimentação da criança antes dos quatro meses de vida, estão relacionadas com a insegurança materna frente a sua capacidade de alimentar seu filho, a atribuição de responsabilidade à mãe quanto aos cuidados com a criança, bem como a influência de terceiros - por meio de orientações, conselhos, pressão exercida sobre a lactante, dentre outros (KING, 2001; BRASIL, 2002).

Frente a estes obstáculos, sem uma adequada educação em saúde, torna-se difícil modificar a conduta das pessoas, razão esta que cai rapidamente o AME nos primeiros seis meses de vida do bebê. Apesar dos mitos e crenças culturalmente enraizados sobre o leite materno, o caminho para esta mudança passa, necessariamente, pela educação em saúde sobre a real importância do leite materno para os pais, o filho, a família e a sociedade.

Assim, trabalhar a educação em saúde torna-se determinante para o sucesso das ações direcionadas à alimentação saudável. E por se tratar de uma prática de cuidado que necessita de uma reeducação, de mudanças de comportamento, de decisão individual e de escolhas, cujo processo é lento, na maioria das vezes, e sendo medidas educativas, necessitam de continuidade em sua implementação e reforço positivo.

Tal prática implica a construção de novos aprendizados, favorecendo o diálogo e a reflexão, mediando às diferenças, facilitando os caminhos e compartilhando saberes, sendo uma abordagem necessária para provocar mudanças significativas e transformadoras.

Como uma prática social, a educação em saúde é um processo capaz de desenvolver a reflexão e a consciência crítica das pessoas sobre as causas de seus problemas de saúde, enfatizando o desencadeamento de um processo baseado no diálogo, de modo que se passe a trabalhar com as pessoas e não mais para as pessoas (ALVES; AERTS, 2011).

É negligência admitir que os clientes aprendam à sua maneira. Um ensino conveniente e apurado é necessário para que eles tomem decisões sobre sua saúde e melhorem sua condição de saúde total (POTTER; PERRY, 2013).

Diante disso, a educação em saúde é uma ferramenta fundamental na promoção da saúde, potencializando o cuidado e possibilitando o alcance de resultados que se expressam em melhores condições de saúde ao binômio mãe-filho.

Nesse contexto, os profissionais de saúde são mais efetivos no suporte ao aleitamento materno se suas atitudes são positivas, com habilidades e conhecimentos apropriados para auxiliar a mulher na amamentação (SOUZA *et al.*, 2013).

Para Boff (2003), o que se opõe ao descuido e ao descaso é o cuidado. Cuidar é mais que um ato, é uma atitude. Portanto, abrange mais que um momento de atenção, de zelo e de desvelo. Representa uma atitude de ocupação, preocupação, de responsabilização e de envolvimento afetivo com o outro.

Desse modo, torna-se imprescindível como o cuidado humanizado pode contribuir para a assistência à mulher em uma situação singular como a que envolve o processo de aleitamento materno (BEZERRIL *et al.*, 2013).

Uma das estratégias para fortalecer o cuidado é a visita domiciliar na primeira semana de vida da criança, para fortalecer o vínculo com a família, já que tal prática se constitui num conjunto de saberes e práticas direcionadas para promover o AME e identificar as reais necessidades dos pais e da família.

Por isso, todos os esforços devem ser feitos no sentido de fortalecer as questões referentes à amamentação exclusiva até o sexto mês de vida da criança, buscando atuar com novas práticas, através da integração dos serviços e a maior interação entre os agentes sociais, pois o tempo presente urge por esforços cooperativos, pela soma, e não por divisão ou isolamento nas ações e serviços desenvolvidos pelos profissionais da Atenção Básica.

Assim, contribuir para aumentar a adesão das mães ao AME nos primeiros seis meses de vida em uma Unidade Básica de Saúde da Família, no interior do Estado do Ceará é uma medida necessária.



## Considerações finais

Diante desta experiência, identificou-se que não há consonância no que concerne ao que é orientado durante as consultas de pré-natal e de puericultura, e o que se observa na prática quanto ao AME, suscitando a necessidade de repensar a forma de como tais orientações estão sendo transmitidas.

De acordo com os achados, foi possível perceber que fissuras no mamilo, ingurgimento mamário, mamilos planos ou invertidos, leite fraco, influência de avós e vizinhos são algumas dificuldades encontradas na prática da amamentação.

Outro ponto que deve ser ressaltado é a necessidade primordial dos familiares e da vizinhança no apoio inicial à amamentação, fazendo com que as mães se tornem autoconfiantes e, conseqüentemente, aumente o vínculo mãe-filho. Além disso, as visitas domiciliares pelos profissionais da equipe de Saúde da Família nos primeiros sete dias de vida da criança são imprescindíveis para sensibilizar sobre a importância do AME e ajudar nas dificuldades enfrentadas. Para Marques *et al* (2008) as diversas dificuldades tornam as mães vulneráveis, o que implica na pouca ou nenhuma habilidade em levar adiante a amamentação, submetendo seu filho ao desmame precoce.

Diante das dificuldades maternas durante o início da amamentação, o profissional de saúde, além de conhecimento teórico e competências clínicas em aleitamento materno, necessita de habilidades de comunicação (DUNCAN; SCHMIDT; GIUGLIANI, 2004). Por isso, todos os profissionais devem apropriar-se de uma comunicação eficaz, consciente e voltada para uma dimensão holística.

A literatura deixa claro, que o melhor caminho para o enfrentamento das dificuldades, passa pelo processo de educação em saúde associada a uma comunicação efetiva, através de orientações e informações para fortalecer o AME e quebrar mitos e tabus acerca da amamentação.

Nesse contexto, a educação em saúde instrumentaliza os profissionais que atuam na Estratégia Saúde da Família, potencializando o cuidado à saúde e contribuindo na autonomização e na corresponsabilização dos pais, da família e da comunidade. Assim, todos se sentem melhor assistidos e se envolvem mais nas atividades realizadas pela equipe.

Por esta razão, buscou-se o envolvimento de todos que trabalham na Atenção Básica e de outros profissionais, pois a ação conjunta possibilita resultados promitentes que se traduzem em melhorias no cuidado à saúde. A contribuição inter e multissetorial possibilita ensinamentos que produzem mudanças na melhoria da assistência à saúde materno-infantil.

No entanto, apesar de todos os esforços da equipe, a introdução da alimentação artificial ainda é um problema de Saúde Pública, e continua sendo um grande desafio a ser vencido pelos profissionais que militam na área da saúde.



Ante os desafios e tendo em vista a situação de risco e vulnerabilidade que se encontram as mães adolescentes, necessário se faz que profissionais de saúde atuem de forma consciente e particularizada com esta população, através de ações de promoção da saúde e de apoio a amamentação.

É de grande preocupação o fato de as dificuldades na amamentação ainda estarem presentes, mesmo com a realização do pré-natal e recebimento de informação sobre aleitamento (MARQUES, et al., 2008). Diante disso, utilizar de estratégias e práticas de saúde que trabalhem os medos e as dúvidas das mães adolescentes, buscando substituir práticas tradicionais por outras que proporcionam momentos de debate e reflexão, com resgate da ludicidade que cria espaços para um novo pensar e agir, provoca mudanças transformadoras e proporciona ambientes fecundos de ideias, reflexões e vivências para a promoção de uma alimentação saudável.

Assim, o referido estudo é de grande relevância no sentido de vislumbrar novos olhares para o fortalecimento das ações e serviços de saúde ofertados às gestantes e às mães, através do compromisso de todos que atuam nas equipes de Saúde da Família, a fim de galgar novas práticas em prol da saúde população, pois todos que atuam na saúde devem, permanentemente, dar um novo significado ao que fazem e vivenciam.

## Referências

- ABDALLAH, V. O. S. et al. Amamentar: relato de uma experiência. **EM EXTENSÃO**, Uberlândia, v. 6, 2007.
- ALVES, G. G.; AERTS, D. As práticas educativas em saúde e a Estratégia Saúde da Família. **Ciênc. saúde coletiva**. v.16, n.1, p. 319-325. 2011.
- ARAUJO, O. D. de et al. Aleitamento materno: fatores que levam ao desmame precoce. **Rev. bras. enferm.** v.61, n.4, p. 488-492. 2008.
- ARAUJO, R. M. A.; ALMEIDA, J. A. G. de. Aleitamento materno: o desafio de compreender a vivência. **Rev. Nutr.** v.20, n.4, p. 431-438, 2007.
- BESEN, C. B. et al. A estratégia saúde da família como objeto de educação em saúde. **Saude soc.** v.16, n.1, p. 57-68. 2007.
- BRASIL, Ministério da Saúde. **Dez Passos para uma Alimentação Saudável**. Brasília: MS, 2002.
- \_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. **Promovendo o Aleitamento Materno**. Álbum seriado, 2 Ed. Brasília: 2007.
- \_\_\_\_\_. Ministério da Saúde, Saúde da Criança: Nutrição Infantil. **Aleitamento Materno e Alimentação Complementar**. Normas e Manuais Técnicos - Caderno de Atenção Básica Número 23. Brasília, 2009.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. **II Pesquisa de Prevalência de AM nas capitais brasileiras e Distrito Federal**. Brasília: Editora do Ministério da Saúde; 2009a.

BEZERRIL, D. S. et al. Humanização do cuidado de Enfermagem a lactante: um estudo bibliográfico. **Anais CBCENF**. Rio Grande do Norte. 2010. Disponível em: <http://189.59.9.179/CBCENF/sistemainscricoes/arquivosTrabalhos/118522.E8.T3220.D4AP.pdf> Acesso em 10 Abr 2015.

BOFF, L. **Saber Cuidar**. Petrópolis: Vozes; 2003.

CALDEIRA, A. P.; AGUIAR, G. N. de; MAGALHAES, W. A. C.; FAGUNDES, G. C. Conhecimentos e práticas de promoção do aleitamento materno em Equipes de Saúde da Família em Montes Claros, Minas Gerais, Brasil. **Cad. Saúde Pública**. v.23, n.8, p. 1965-1970, 2007.

CAVALCANTE, B.L.L.; LIMA, U.T.S. Relato de experiência de uma estudante de Enfermagem em um consultório especializado em tratamento de feridas. **J Nurs Health**, v. 1, n. 2, p. 94-103, 2012.

DUNCAN, B.B.; SCHMIDT, M.I.; GIUGLIANI, E.R.J. **Medicina ambulatorial: condutas de Atenção Primária baseada em evidências**. 3ª ed. Porto Alegre: Artmed; 2004.

FONSECA-MACHADO, M. de O. et al. Aleitamento materno: conhecimento e prática. **Rev. esc. enferm. USP**, v.46, n.4, p. 809-815, 2012.

GIL, A.C. **Métodos e técnicas de pesquisa social**. 6.ed. São Paulo: Atlas, 2011.

GUSMAO, A. M. de et al. Prevalência de aleitamento materno exclusivo e fatores associados: estudo transversal com mães adolescentes de 14 a 16 anos em Porto Alegre, RS, Brasil. **Ciênc. saúde coletiva**. v.18, n.11, p. 3357-3368, 2013.

KING, F.S. **Como ajudar as mães amamentar**. Tradução de Zuleika Thomson e Orides Navarro Gordon. 4ª ed. Brasília: Ministério da Saúde, 2001.

LEVY, L.; BÉRTOLO, H. *Manual de Aleitamento Materno*: Edição revista (2008). [em linha]. Lisboa: *Comité Português para a UNICEF*, 2008.

LOPES, M.S.V.; MACHADO, M.FA.S.; BARROSO, L.M.M.; MACÊDO, E.M.T.; COSTA, R.P.; FURTADO, L.C.S. Promoção da saúde na percepção de profissionais da estratégia saúde da família. **Rev Rene**. v. 14, n. 1, p. 60-70, 2013.

MACHADO, M. de F. A. S. et al. Integralidade, formação de saúde, educação em saúde e as propostas do SUS: uma revisão conceitual. **Ciênc. saúde coletiva**, v.12, n.2, p. 335-342, 2013.

MACHADO, M. de F. A. S.; VIEIRA, N. F. C. Educação em saúde: o olhar da equipe de saúde da família e a participação do usuário. **Rev. Latino-Am. Enfermagem**. v.17, n.2, p. 174-179. 2009.

MARQUES, R. de F. da S. V.; CUNHA, I. C. C.; ARAGON, M. G.; PEIXOTO, V. S. Fatores relacionados às dificuldades no aleitamento materno entre mães adolescentes da Fundação Santa Casa de Misericórdia do Pará. **Rev. Para. Med.** v.22, n.1, p. 57-62, 2007.

MINAYO, M. C. S. **O desafio do conhecimento**. 12. ed. São Paulo: Editora Hucitec, 2010.

POTTER, P. A.; PERRY, A. G. **Fundamentos de Enfermagem**: conceitos, processos e práticas. 8ª ed. Rio de Janeiro: Elsevier, 2013.

PRODANOV, C. C.; FREITAS, E. C. de. **Metodologia do trabalho científico**: métodos e técnicas da pesquisa e do trabalho acadêmico. 2ª ed. Universidade FEEVALE, Novo Hamburgo, Rio Grande do Sul, 2013.

RAMOS, C. V. et al. Diagnóstico da situação do aleitamento materno no Estado do Piauí, Brasil. **Cad. Saúde Pública**, v.24, n.8, p. 1753-1762, 2008.

ROECKER, S.; MARCON, S. S. Educação em saúde na estratégia saúde da família: o significado e a práxis dos enfermeiros. **Esc. Anna Nery**. v.15, n.4, p. 701-709, 2011.

SALDIVA, S. R. D. M. et al. Influência regional no consumo precoce de alimentos diferentes do leite materno em menores de seis meses residentes nas capitais brasileiras e Distrito Federal. **Cad. Saúde Pública**, v.27, n.11, p. 2253-2262. 2011.

SCHIMIT, E. D et al. **A enfermagem em Pediatria e Puericultura**. São Paulo: Atheneu, 2005.

SOUZA, S. N. D. H. de; MELLO, D. F. de.; AYRES, J. R. de C. M. O aleitamento materno na perspectiva da vulnerabilidade programática e do cuidado. **Cad. Saúde Pública**. v.29, n.6, p. 1186-1194, 2013.

TEIXEIRA, E. Práticas educativas em grupo com uma tecnologia sócio-educativa: vivências na Ilha de Caratateua, Belém. **Esc. Anna Nery**. v.11, n.1, p. 155-159, 2007.



## AÇÕES DESENVOLVIDAS POR ENFERMEIROS DA ESTRATÉGIA SAÚDE DA FAMÍLIA NA PRÁTICA DE IMUNIZAÇÃO

*Maria Aglair Braz Mota,  
Maria Rocineide Ferreira da Silva,  
Lucilane Maria Sales da Silva,  
Raimundo Augusto Martins Torres,  
Camila Marques da Silva Oliveira*

### Apresentação da temática

No Brasil, as primeiras experiências com vacinação culminaram no ano de 1904, com a introdução da vacina antivariólica, chefiada por Oswaldo Cruz, com objetivo de controlar a varíola, que dizimava parte da população do Rio de Janeiro. Grave doença, negligenciada pelas potências governamentais, comprometia inclusive as relações de comércio exterior, uma vez que os empresários não permitiam mais que seus navios atracassem nos portos das cidades brasileiras (GRAZIELE; CASSIANO; FERREIRA, 2010).

Do aumento substancial das epidemias, surgiu o movimento de Sanitarismo Campanhista, caracterizado por medidas de controle policial da prevenção de doenças. As epidemias aumentavam substancialmente, assim como os conflitos com a população (TEMPORÃO, 2003). O conflito, intitulado Revolta da Vacina, deixou mortos e feridos; a obrigatoriedade da vacinação foi revogada e a epidemia, que não fora controlada, vitimou milhares. As atividades relativas às vacinas, de forma descontínua e isolada de outras formas de prevenção de doenças, duraram até 1973, com o surgimento do Programa Nacional de Imunização, PNI, do Ministério da Saúde (BRASIL, 2014).

À época, as atividades principais eram destinadas a programas especiais (erradicação da varíola, controle da tuberculose) e ações desenvolvidas por iniciativa de governos estaduais que necessitavam de uma coordenação central que lhes proporcionasse sincronia e racionalização.

A política descentralizadora do Sistema Único de Saúde (SUS), com a Lei Orgânica da Saúde (Lei 8080/90), facilitou a realização e coordenação das atividades do PNI, no contexto dos municípios, cujo maior impacto foi refletido na melhoria das taxas de cobertura vacinal (BRASIL, 1990).

Na mesma vertente de municipalização, o Brasil levou a frente a iniciativa da Atenção Primária à Saúde, APS, como forma de realizar atendimento ambulatorial à população de uma determinada área de abrangência. As principais formas de atenção básica à saúde estavam fortemente vinculadas à prevenção da mortalidade infantil e perinatal, principalmente pela imunização infantil.

Mais adiante, a Estratégia Saúde da Família surgiu como forma de ampliar e qualificar o acesso às ações e aos serviços no âmbito da APS. A Estratégia vem possibilitar a integração e promover a organização das atividades em um território definido, a fim de propiciar o enfrentamento e a resolução dos problemas identificados *in loco*. A ESF aplica um modelo de saúde mais resolutivo, humanizado, estabelecendo vínculos de compromisso e corresponsabilidade entre os profissionais de saúde e a população, com a finalidade de reorganizar a prática assistencial em novas bases e critérios, consequentemente, melhorar a saúde e a qualidade de vida dos cidadãos, priorizando ações de prevenção e promoção da saúde de forma integral e contínua (GUIMARÃES; ALVES; TAVARES, 2011).

A vacinação é uma ação integrada e rotineira dos serviços de saúde, pertencendo ao nível de atenção primária de elevada complexidade, pela necessidade de incorporação de práticas diversas para se concretizar e de alto impacto nas condições gerais da população, representando um dos grandes avanços da tecnologia na área da saúde nas últimas décadas, constituindo-se no procedimento de melhor relação custo e efetividade no setor saúde (FIGUEIREDO *et al.*, 2011). O declínio acelerado de morbimortalidades por doenças imunopreveníveis nas décadas recentes, em nosso país e em escala mundial, serve de prova incontestante do benefício oferecido às populações por intermédio das vacinas (MACINKO; GUANAIS; SOUZA, 2006).

Dessa maneira, de forma a acompanhar a cobertura vacinal da comunidade, a ESF se tornou responsável pelas ações locais do PNI. Assim, compreende-se que a Estratégia Saúde da Família proporciona campo importante para operacionalizar ações voltadas para educação e promoção da saúde, compartilhando com a população o conhecimento dos benefícios oferecidos pela imunização e, ao mesmo tempo, fortalecendo quanto à decisão para imunizar-se, sendo tal ação tomada de forma consciente.

Ao refletir acerca da promoção da saúde, como marco teórico, percebe-se que o conceito perpassou por mudanças significativas nos últimos 25 anos, desde Alma-Ata e Ottawa. Inicialmente, era usado para caracterizar um formato da medicina preventiva, passando a compor um significado ampliado de saúde, com enfoque político e técnico do processo saúde-doença-cuidado. Buss (2009) ressalta que essa evolução é decorrente do entendimento de que a saúde tem determinantes sociais, econômi-

cos, políticos e culturais mais amplos do que simplesmente a herança genética, a biologia humana e os fatores ambientais mais imediatos, existindo fortes evidências que demonstram a relação entre os estilos de vida das pessoas, a posição social e econômica, as condições de vida e o estado de saúde destas. A grande valorização do conhecimento popular e da participação social consequente a este conhecimento está na base da formulação conceitual da promoção da saúde.

Entre os profissionais da ESF, a equipe de Enfermagem é citada na literatura como a que tem profissional mais capacitado para gerenciar o Programa de Imunização, ao nível local nas UAPS e na oferta de imunobiológicos à população adscrita (OLIVEIRA *et al.*, 2009; MELO *et al.*, 2010).

No contexto da ESF, o PNI recomenda que as atividades em sala de vacina sejam realizadas por uma equipe de Enfermagem capacitada e, preferencialmente, composta por um enfermeiro e dois técnicos ou auxiliares de Enfermagem, para cada turno de trabalho. O enfermeiro tem efetiva participação no manejo dos imunobiológicos, com ações de supervisão e treinamento em serviço (BRASIL, 2014).

Ao tomar como base a experiência vivenciada como enfermeira da ESF e responsável técnica das ações de imunização em uma Unidade de Atenção Primária à Saúde (UAPS), tem-se a imunização como um campo de atuação significativo e de relevância à prática do profissional enfermeiro, sendo necessário estabelecer conhecimento crítico e reflexivo a respeito das atividades desenvolvidas neste local.

Na atual conjuntura programática das ações de APS no município de Fortaleza, faz-se necessária reaproximação do enfermeiro da ESF com a sala de vacina, tendo em vista a exigência da permanência dos enfermeiros e enfermeiras em atividades de crescente triagem/acolhimento e atendimento de demanda programada, o enfermeiro precisa rever o quanto e como assumiu o compromisso da execução e análise nas diversas etapas preconizadas pelo PNI, despertando o verdadeiro saber-fazer-cuidar em Enfermagem.

Ante a vivência de conflitos de interesse na execução do trabalho de enfermagem, adveio o seguinte questionamento: quais as percepções dos enfermeiros do ESF sobre o trabalho na imunização?

O enfermeiro e a equipe de Enfermagem sempre foram os responsáveis pela execução do Programa de Imunização, assumindo essa responsabilidade mais do que outros profissionais. Neste sentido, o enfermeiro tem papel fundamental no Programa de Imunização, porque é dele a responsabilidade de treinar/capacitar/formar e supervisionar o pessoal auxiliar para o desempenho das atividades de vacinação, não somente de aplicadores de vacinas, como também da educação permanente para formação de profissionais conscientes do cuidado à saúde, ampliando ainda o campo de atuação para o âmbito educativo e a capacidade de escuta para dialogar sobre as necessidades dessa prática (OLIVEIRA *et al.*, 2013). Isso incentivou a pesquisá-lo mais profundamente.

Para tanto, este estudo objetivou conhecer a percepção de enfermeiros da ESF sobre a prática de imunização nas Unidades de Atenção Primária à Saúde (UAPS) do município de Fortaleza, Ceará. Trata-se de trabalho de conclusão do mestrado.

## Metodologia

Neste estudo, adequou-se o estudo descritivo, a fim de “levantar opiniões, atitudes e crenças de uma população” (GIL, 2010, p.??) e utilizou-se abordagem qualitativa para análise das informações colhidas, pois buscou-se a descoberta de universo de significados, atitudes, valores, crenças e outros construtos das relações sociais (MINAYO; DESLANDES; GOMES, 2012).

A coleta das informações foi realizada nas UAPS pertencentes à Secretaria Regional IV, SRIV, regidas pela Secretaria Municipal de Saúde, SMS, do Município de Fortaleza, Ceará. Os sujeitos da pesquisa foram 12 enfermeiros da ESF, pertencentes às UAPS da SRIV. Como critério de inclusão, os enfermeiros deveriam trabalhar na ESF e pertencer a uma equipe completa, ser concursado e estar trabalhando na unidade há no mínimo dois anos. Foram excluídos da amostra os enfermeiros que estavam de férias ou de licença no período da coleta.

As informações foram coletadas mediante roteiro de entrevista semiestruturada, a qual possibilita avaliação de atitudes, comportamentos, modos de expressar-se, reações e gestos (MARCONI; LAKATOS, 2010). Aplicada individualmente aos enfermeiros a partir de roteiro constituído por duas partes, a primeira das quais expunha a caracterização do sujeito, e a segunda, com cinco quesitos abertos relacionados ao objeto de estudo. As entrevistas foram gravadas com auxílio de gravador do tipo MP4, mediante consentimento dos participantes, a fim de garantir a qualidade das informações, sendo em seguida transcritas e lidas cuidadosamente.

Para proceder à análise dos dados empíricos advindos das falas colhidas junto aos enfermeiros, foi utilizada a técnica do Discurso do Sujeito Coletivo (DSC). Lefevre e Lefevre (2005) elucidam que a metodologia do DSC representa um discurso-síntese elaborado com pedaços de discursos a partir da tabulação e organização de depoimentos sob a forma de três figuras metodológicas: a Ideia Central (IC) que pode ser entendida como a síntese do que foi dito pelos sujeitos, englobando as afirmações, negações, dúvidas e juízos de valor de cada sujeito envolvido no contexto que se quer estudar. Em seguida, parte-se para transcrição literal de trechos dos depoimentos, contínuos ou descontínuos, de modo a permitir a busca por Expressões-Chave (EC). Nesse momento, a análise entra em um ponto crucial, pois a comparação das EC selecionadas com a integralidade do discurso e as IC permitem ao leitor julgar a pertinência dos depoimentos e a prova discursivo-empírica da veracidade da análise de conteúdo realizada. A Ancoragem (AC), o terceiro momento metodológico, consiste em buscar as teorias, ideologias ou crenças que o autor do discurso utiliza para enquadrar sua fala. O Discurso do Sujeito Coletivo (DSC) emerge da reunião em um único discurso escrito na primeira pessoa do singular e composto por EC semelhantes e com a mesma IC ou AC.



A pesquisa teve início após aprovação do projeto pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Estadual do Ceará-UECE, conforme parecer 365.362. As entrevistas aconteceram de outubro a dezembro de 2013, em local reservado da própria UAPS. Aos enfermeiros convidados a participar do estudo, foi feito esclarecimento quanto aos objetivos, métodos, benefícios previstos ou potenciais riscos da pesquisa. Também foi solicitada a assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido, aos sujeitos do estudo, informando a garantia do anonimato e a liberdade em participar ou retirar o consentimento em qualquer fase da pesquisa.

## Resultados e discussão

Foram entrevistados 12 enfermeiros, com predominância do sexo feminino (n=11); idade entre 31 e 40 anos (n=07); tempo de graduação de 11 a 20 anos (n=8) e de atuação na ESF entre 6 e 17 anos.

Das informações colhidas pelas falas dos sujeitos envolvidos na pesquisa, emergiu a temática Desenvolvimento das Ações de Enfermagem, esta aborda o planejamento das ações de Enfermagem, a importância das atividades de Educação e formação nos serviços de saúde e a responsabilidade da equipe de Enfermagem com o manejo dos imunobiológicos.

### O Discurso do Sujeito Coletivo

O desenvolvimento das ações de Enfermagem a serem desenvolvidas no cotidiano do ESF abordou o planejamento das atividades realizadas pelo enfermeiro com foco na imunização como ação primordial. Participaram quatro enfermeiros para construção do seguinte DSC.

Eu vou falar do desenvolvimento das ações de enfermagem no sentido de uma programação para imunização, realizadas em cada programa da Estratégia Saúde da Família, como: na consulta de puericultura, no pré-natal, na consulta do idoso, no acompanhamento das condicionalidades do programa Bolsa Família, no sentido de busca ativa, de levantamento dos vacinados da nossa área. Nós enfermeiros precisamos está sempre vendo se os cartões estão atualizados ou não, sempre que a gente tem oportunidade de estar com o paciente, seja no pré-natal, com a mãe, o filho, o avô, o adulto, adolescente, a gente oferta a vacina porque tem disponível. Eu acho também importante estratégia com planejamento e programações com eventos pontuais de educação em saúde. (DSC 1- ideia central 1)

A ESF é um campo satisfatório para o desenvolvimento de ações de Educação e Promoção da Saúde dentro da temática de imunobiológicos, demonstrando à comunidade as evidências dos benefícios que a prática da imunização pode trazer, todavia

também se revela como campo com muitas atribuições, podendo algumas dessas ações serem negligenciadas, caso não ocorra o planejamento. Estudo de Oliveira *et al.* (2013) evidenciou o excesso de demandas para o enfermeiro, destacando a necessidade da efetivação do planejamento para supervisão da sala de vacina e realização de práticas educativas.

Observou-se pelo relato que era disponibilizada à população assistência no âmbito da saúde da criança, da mulher, da saúde bucal, do controle da tuberculose, da hipertensão arterial e Diabetes Mellitus; e da hanseníase, na transversalidade das ações realizada por vários profissionais, entre os quais, o enfermeiro fora preconizado pelo PNI (BRASIL, 2014).

Visualiza-se no próximo discurso a responsabilidade do enfermeiro assumida pela Formação/Educação permanente da equipe na Estratégia Saúde da Família, sendo que participaram quatro enfermeiros para composição do seguinte DSC.

O enfermeiro tem que ser o responsável pelo preparo da equipe que trabalha com imunização, do agente de saúde, que é quem faz captação desse pessoal e na questão da sensibilização dos profissionais de todos os setores dentro da unidade de saúde. O enfermeiro tem o papel de treinar a equipe, os auxiliares, os agentes comunitários de saúde (ACS), trabalhar em campanha, monitorar a população adscrita que somos responsáveis, e campanhas extramuros quando necessário. Mas, tem assim um pouco de falha nessa questão das ações coletivas, de educação em saúde, a gente não está sendo devidamente capacitado, atualizado, com relação às novidades das vacinas. Sempre que possível, faço orientações, quando é a vacinação das crianças, de adolescente, nós utilizamos as atividades educativas, palestras, grupos na comunidade para poder incentivar, explico o porquê, a importância da vacina na prevenção das doenças, tentamos fazer uma sala de espera, divulgando as vacinas novas. (DSC 1- ideia central 2)

Na sala de vacina, necessitam-se de profissionais capacitados para operacionalizar as atividades de maneira confiável, sem comprometer a credibilidade da assistência dispensada. Então, esses profissionais devem receber formações específicas e permanentes, visto que o conhecimento e os saberes tecnológicos se renovam na área da saúde em velocidade crescente, e com aplicação do aprendizado dessa capacitação na prática cotidiana.

A importância de ações de formação no ambiente de trabalho decorre do fato de o enfermeiro ser potencialmente privilegiado por oportunidades educativas surgidas no cotidiano dos trabalhadores de saúde, favorecendo o enfrentamento e a solução de problemas. Porém, o DSC ainda evidencia que não há formação contínua de atualização sobre os imunobiológicos na rotina das equipes de Saúde da Família, e que eles não assumem realmente esta função. Depoimentos semelhantes com práticas limitadas de educação em serviço foram encontradas no estudo de Feitosa, Feitosa e Coriolano (2010), com auxiliares de Enfermagem em sala de vacina no município de

Iguatu/CE, cujas formações se pautam em uma perspectiva de pouca dialogicidade, desconhecendo o trabalhador como sujeito de sua prática e apenas reprodutor desta.

O processo de formação deve acontecer em permanência, de preferência realizado em serviço, no próprio local de trabalho. Devem ser utilizadas metodologias ativas, práticas cotidianas e experiências profissionais da rotina na ESF (ANDRADE; MEIRELLES; LANZONI, 2011).

Conforme o DSC dos enfermeiros participantes do estudo, a insuficiência de recursos humanos/trabalhadores capacitados nos serviços de imunização e nas equipes que compõem a ESF pode ser vista como fator que compromete o desempenho das atividades de manutenção e conservação das vacinas nas unidades de saúde, impactando na qualidade dos imunobiológicos e na assistência ao usuário que procura esses serviços. O município, ao que parece, não tem assumido essa temática nos processos formativos no campo de uma aprendizagem significativa, uma vez que se destacaram nas falas a falha em relação aos enfermeiros não se sentirem preparados e ao mesmo tempo apenas ratificarem processos de informação à comunidade.

O discurso que segue aborda Responsabilidade com o manejo adequado dos imunobiológicos na unidade de saúde. Deste participaram três enfermeiros.

Enquanto enfermeiro, sou responsável pelo processo de manutenção adequada dos imunobiológico, como o controle diário dos imunobiológicos, da conservação, de validade, ao cuidado maior com a higiene local, ter pessoal exclusivo e capacitado para tal atividade. Ter uma sala que não pode ficar sem uma climatização. A gente tem sempre que ter um olhar especial para imunização. (DSC 1- ideia central 3)

Pelo discurso, pode ser percebido que o enfermeiro parece assumir sua responsabilidade dentro do Programa de Imunização, como o profissional da equipe mais implicado com esta prática e, portanto, mais atento às questões gerenciais que envolvem estrutura e pessoal.

A literatura mostra que, entre os profissionais que compõem a ESF, a equipe de Enfermagem, mais especificamente o enfermeiro, é considerado o responsável pelo gerenciamento e manuseio de imunobiológicos, ofertando serviços de qualidade à população adscrita, o que remete à necessidade de acompanhamento diário do processo de trabalho nas salas de vacinas e o posicionamento desses profissionais sobre o trabalho desenvolvido (ARANDA; MORAES, 2006; OLIVEIRA *et al.*, 2009; MELO *et al.*, 2010; LUNA *et al.*, 2011).

O Ministério da Saúde orienta no sentido de que, para a equipe de Enfermagem manter a qualidade do serviço no processo de manutenção adequada dos imunobiológicos e no alcance das metas propostas, não depende somente do quantitativo de trabalhadores em sala de vacina, como também da participação em processos de

educação que ofereçam à equipe aquisição de conhecimento teórico e habilidades técnicas para o desenvolvimento de atitudes que se mostraram satisfatórias na consolidação das normas de procedimentos do Programa de Imunização, contribuindo, assim, com a qualidade do serviço (BRASIL, 2014).

Apesar dos relatos encontrados na literatura, em que o enfermeiro é situado como o profissional da área da saúde que mais se identifica com as ações de imunização, é importante referir também a importância da participação da equipe multidisciplinar nesse processo. Acredita-se que o trabalho em conjunto dos profissionais da equipe permite estabelecer a confiança do usuário nas medidas de proteção e Promoção da Saúde (BRASIL, 2014).

Nesse contexto, é fundamental que o enfermeiro busque parcerias com os demais profissionais que compõem a equipe de Saúde da Família. Trabalhar com imunobiológicos requer monitoramento multidisciplinar, com abordagem ao usuário e à comunidade, com objetivo de contribuir com o empoderamento desse sujeito na realização do cuidado, para que compreendam a importância de manter o esquema vacinal em dia.

## Conclusão

Percebeu-se a importância da atuação do enfermeiro da ESF nas práticas de imunizações e o desenvolvimento das ações de enfermagem neste contexto, as quais mereceram algumas considerações. É observado que os enfermeiros têm participação relevante na manutenção e no controle dos imunobiológicos, assumindo, também, grande quantitativo de atividades de cunho burocrático, administrativo e assistencial no cotidiano das práticas da ESF. Comumente, permanece em segundo plano ações pertinentes às imunizações, no que diz respeito à área adscrita e na UAPS, como: ausência de supervisão na sala de vacina, delegando atividades para o auxiliar de Enfermagem que executa na maioria das vezes sozinho os procedimentos, controle ineficiente dos instrumentos de monitorização e acompanhamento do esquema vacinal.

Apesar de o enfermeiro, neste estudo, afirmar ter participação ativa na área da imunização, sentiu-se, todavia, a necessidade de maior aproximação deste em todas as ações do Programa de Imunização, ocupando realmente espaço no planejamento das ações, na supervisão e no treinamento da equipe de Enfermagem, acompanhando e avaliando os índices de cobertura vacinal em sua área, realizando trabalhos na comunidade, promovendo a Educação em Saúde, para que a população tenha acesso aos benefícios das imunizações, ajudando na melhoria da saúde da comunidade.

Os enfermeiros apontam a importância de um trabalho integrado, com a participação de todos que atuam na mesma unidade, é nesse movimento que encontram oportunidades para refletir junto aos pacientes sobre a necessidade das vacinas.

A necessidade de Educação Permanente focalizada na organização do processo de trabalho da equipe em sala de vacina e nas equipes da Estratégia Saúde da Família tam-

bém foi algo enfatizado. Os trabalhadores de saúde relataram o despreparo para atuar nessa temática, visto que novas vacinas e outros conceitos em imunização surgiram, ficando imprescindível a formação contínua nesta área.

Ainda, pode-se recomendar, com substrato nesta pesquisa, a necessidade de rever o processo de trabalho em salas de vacinas das unidades de atenção primária à saúde, para garantir a oferta desse serviço relevante, visto que é a equipe de saúde que assegura a qualidade da imunização ofertada à população. Notadamente, é cada vez maior a oferta dos imunobiológicos e o acesso facilitado das vacinas nas unidades de saúde, de forma universal à população em geral, parecendo contribuir positivamente como potencialidades encontradas pelos profissionais nas ações de Promoção à Saúde e prevenção às doenças.

Espera-se que os resultados e as considerações deste estudo possibilitem reflexões que apontem para importância das ações multiprofissionais nas unidades de APS nos programas de imunização. Ademais, possibilite a reflexão sobre a necessidade da presença de forma mais efetiva do profissional enfermeiro na sala de situação.

## Referências

ANDRADE, S.R.; MEIRELLES, B.H.S.; LANZONI, G.M.M. Educação permanente em saúde: atribuições e deliberações à luz da política nacional e do pacto de gestão. **Mundo Saúde**, v. 35, n.4, p.373-381, 2011.

ARANDA, C.M.S.S.; MORAES, J.C. Rede de frio para a conservação de vacinas em unidades públicas do município de São Paulo: conhecimento e prática. **Rev Bras Epidemiologia**, v. 9, n. 2, p.172-185, 2006.

BRASIL. Ministério da Saúde. Lei 8080/90. Dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências. **Diário Oficial da União**. 19 de setembro de 1990. Brasília; Ministério da Saúde, 1990.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Vigilância em Saúde, Departamento de Vigilância das Doenças Transmissíveis. Brasília: Ministério da Saúde, 2014.

BUSS, P. M. Uma introdução ao conceito de promoção da saúde. In: CZERESNIA, D.; FREITAS, C. M. **Promoção da saúde: conceitos, reflexões, tendências**. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2009. p. 19- 42.

FEITOSA, L.R.; FEITOSA J.A.; CORIOLANO, M.W.L. Conhecimentos e práticas do auxiliar de enfermagem em sala de imunização. **Cogitare Enferm.**, v. 15, n. 4, p. 695-701, 2010.

FIGUEIREDO, G. L. A. *et al.* Experiências de famílias na imunização de crianças brasileiras menores de dois anos. **Rev Latino-Am Enfermagem**, v. 19, n. 3, p. 598-605, 2011.

GIL, A. C. Como classificar as pesquisas. In: \_\_\_\_\_. **Como elaborar projetos de pesquisa**. 5. ed. São Paulo: Atlas, 2010. p. 25-44.

GRAZIELE, L.; CASSIANO, M.; FERREIRA, V. **Imunização no Brasil: história e conceitos sob a ótica da enfermagem** [Internet]. 2010. Disponível em: <<http://www.slideshare.net/NetoPontes/imunizacao-no-brasil-historia-e-conceitos-sob-a-tica-da-enfermagem>>. Acesso 26 jan. 2013.

GUIMARÃES, T. M. R.; ALVES, J. G. B.; TAVARES, M. M. F. Impacto das ações de imunização pelo Programa Saúde da Família na mortalidade infantil por doenças evitáveis em Olinda, Pernambuco, Brasil. **Cad Saúde Pública**, v. 25, n. 4, p. 868-876, 2009.

LEFEVRE, F.; LEFEVRE, A. M. C. **O discurso do sujeito coletivo**. Um novo enfoque em pesquisa qualitativa (desdobramentos). Caxias do Sul, RS: Educsc, 2005.

LUNA, G.L.M. *et al.* Aspectos relacionados à administração e conservação de vacinas em centros de saúde no Nordeste do Brasil. **Cienc Saúde Coletiva**, v. 16, n. 2, p. 513-21, 2011.

MACINKO, J.; GUANAIS, F.C.; SOUZA, M.F. Evaluation of the impact of the Family Health Program on infant mortality in Brazil, 1990-2002. *J Epidemiol Community Health*, v.60, p.13-19, 2006.

MARCONI, M. A; LAKATOS, E. M. Técnicas de pesquisa. In: \_\_\_\_\_. **Fundamentos de metodologia científica**. 7. ed. São Paulo: Atlas, 2010. p. 157-197.

MELO, G.K.M. *et al.* Aspectos relacionados à conservação de vacinas nas unidades básicas de saúde da cidade do Recife – Pernambuco. **Epidemiol Serv Saúde**, n.19, v.1, 25-32, 2010.

MINAYO, M. C. S.; DESLANDES, S.F.; GOMES, R. (Orgs.). **Pesquisa social: teoria, método e criatividade**. 31. ed. Petrópolis, RJ: Vozes, 2012.

OLIVEIRA, V.C. *et al.* Práticas da enfermagem na conservação de vacinas. **Acta Paul Enferm**, v. 22, n. 6, p.814-818, 2009.

OLIVEIRA, V. C. *et al.* Supervisão de enfermagem em sala de vacina: a percepção do enfermeiro. **Texto Contexto Enferm.**, v. 22, n. 4, p. 1015-1021, 2013.

TEMPORÃO, J.G. O Programa Nacional de Imunização (PNI): origens e desenvolvimento. **Hist Cienc Saúde**, v. 10, n. 2, p. 601-617, 2003.

## PROMOÇÃO DA SAÚDE E ALIMENTAÇÃO SAUDÁVEL: PERCEPÇÕES DE PROFISSIONAIS DA ATENÇÃO PRIMÁRIA, REFLEXÕES E DESAFIOS.

*Rosana Maria Ferreira de Moura Lima,*

*Elizabethe Cristina Fagundes de Souza*

### Introdução

Nas últimas décadas, o Brasil vem passando por transformações sociais, econômicas, políticas e na composição da população que tem influenciado os processos de transição demográfica, epidemiológica e nutricional, repercutindo em vários aspectos da vida das pessoas, entre os quais o processo saúde-doença-cuidado.

O atual cenário epidemiológico brasileiro é singular e complexo e tem sido definido como tripla carga de doenças, uma vez que envolve a concomitância de doenças infecciosas, parasitárias, maternas, perinatais e nutricionais, o desafio das doenças crônicas não transmissíveis (DCNT) e seus fatores de risco, como o tabagismo, o excesso de peso, a inatividade física, a alimentação inadequada, o estresse, e o forte crescimento dos agravos provenientes das causas externas, como a violência e os acidentes de trânsito (MENDES, 2010).

A transição alimentar e nutricional, em curso no país, configura-se na chamada dupla carga da má nutrição, onde se pode evidenciar, simultaneamente, a ocorrência de desnutrição e das doenças decorrentes de carências nutricionais, e excesso de peso/obesidade e as doenças crônicas não transmissíveis, em um mesmo contexto histórico, em um mesmo espaço geográfico e em uma mesma população (ESCODA, 2008; BRASIL, 2012).

A crescente urbanização, as modificações ocorridas nas formas de se produzir, comercializar, industrializar e preparar os alimentos, têm favorecido mudanças nas for-

mas como nos alimentamos, expressando-se no aumento das refeições fora de casa e na utilização de produtos prontos para consumo que, em geral, apresentam alto conteúdo calórico e altos teores de sódio, gorduras saturadas e açúcares (BRASIL, 2011; BRASIL, 2012).

Essas mudanças nas práticas alimentares associadas a outros aspectos da vida moderna, como o sedentarismo e o estresse explicam, em parte, as crescentes prevalências das doenças crônicas não transmissíveis (DCNT) que segundo o Plano de Ações Estratégicas para o Enfrentamento das Doenças Crônicas Não Transmissíveis no Brasil, lideram o grupo das causas de morte da população adulta brasileira, correspondendo a 72% (BRASIL, 2011a; BRASIL, 2011b).

Nesse sentido, a alimentação e a nutrição constituem-se em requisitos básicos para a promoção e a proteção da saúde, considerando que permitem alcançar o potencial de crescimento e de desenvolvimento humano, com qualidade de vida e cidadania, contribuindo também, para o enfrentamento da atual situação epidemiológica do país (JAIME et al, 2011; BRASIL, 2012).

A Organização Mundial de Saúde – OMS afirma que é fundamental reconhecer o papel da alimentação e nutrição, enquanto um dos principais determinantes modificáveis das doenças crônicas não transmissíveis, além de sua importância na proteção, promoção e manutenção da saúde em todos os ciclos da vida (WHO, 2004).

O reconhecimento da alimentação enquanto determinante e condicionante do processo saúde-doença exige novas explicações e intervenções da ação política em alimentação e nutrição, demandando um modelo de atenção à saúde pautado na integralidade das ações e centrado na promoção da saúde (COUTINHO et al, 2008).

O Ministério da Saúde do Brasil considera a Atenção Primária à Saúde como espaço prioritário para a reorganização das ações de saúde, incluindo as de alimentação e nutrição, a partir da construção de novos arranjos dos serviços de saúde (BRASIL, 2010).

No âmbito do Sistema Único de Saúde – SUS, a promoção da alimentação saudável integra o escopo das ações para promoção da saúde a serem desenvolvidas na Atenção Primária pelas equipes da Estratégia Saúde da Família – ESF e Núcleos de Apoio à Saúde da Família – NASF, estando inserida como diretriz da Política Nacional de Alimentação e Nutrição – PNAN e como eixo estratégico da Política Nacional de Promoção à Saúde – PNPS, fundamentada na concretização do Direito Humano à Alimentação Adequada – DHAA e na garantia da Segurança Alimentar e Nutricional – SAN da população (BRASIL, 2012; BRASIL, 2006a).

No entanto, estudos realizados em algumas cidades brasileiras identificaram dificuldades vivenciadas por profissionais da Atenção Primária para a execução de ações de promoção da saúde e alimentação saudável. Boog (1999), em estudo realizado com médicos e enfermeiros do município de Campinas-SP, verificou que esses profissionais encontravam dificuldades para realizar atividades de educação e orientação



alimentar e nutricional. Dentre as dificuldades constatadas destacaram-se: o conflito entre o conhecimento teórico e a prática vivencial; a existência de descrédito por parte desses profissionais em relação às ações educativas na área de alimentação e nutrição em função de suas próprias dificuldades para realizar mudanças; à percepção dos problemas alimentares como facticidade, ou seja, como uma situação ou condição não criada pelo sujeito, que se impõe independentemente das escolhas, tendo como determinantes fatores externos, contingências do sistema de vida e de trabalho, que não são passíveis de mudanças; a falta de embasamento teórico adequado à análise de problemas alimentares; a falta de critérios para identificá-los; a falta de parâmetros para discernir problemas alimentares de problemas econômicos e o desconhecimento de técnicas para abordar os problemas alimentares.

Silva et al (2002), em estudo com o propósito de conhecer as concepções sobre alimentação saudável expressas por profissionais de saúde (médicos, enfermeiros, nutricionistas) com atuação na atenção básica do Distrito Federal, constataram que esses profissionais demonstraram dilema entre seu papel profissional e sua condição de cidadãos enfrentando também, conflitos semelhantes com a escolha da alimentação de sua família. Nas concepções de alimentação saudável, referidas pelos profissionais, observou-se uma associação entre à visão de um conceito ideal, constituído pelos conteúdos técnicos, porém influenciados pela mídia, e de outro conceito real, vinculado às subjetividades, à história alimentar de cada pessoa. Os profissionais ressaltaram também que se sentiam sem preparo técnico para realizar a orientação sobre alimentação saudável, sustentada nessa visão ideal.

Pinto (2006) relata que em um diagnóstico preliminar realizado por alunos do Curso de Graduação em Nutrição da Universidade Federal do Rio Grande do Norte, acerca das práticas educativas realizadas na atenção básica, no município de Natal, foram constatadas fragilidades de caráter pedagógico. Essa constatação provocou a realização de uma pesquisa posterior, na qual, por meio da aplicação de questionários semi-dirigidos junto a nutricionistas que trabalhavam nesse nível de atenção, verificou-se, ainda, como entraves para a execução de práticas educativas: a falta de integração entre os profissionais; as condições físicas das unidades, que na sua grande maioria, não possuíam espaço próprio e adequado para as atividades educativas; os recursos materiais escassos ou inexistentes; a falta de investimentos na educação permanente dos profissionais e a ausência da concessão de horas disponíveis para o planejamento das ações educativas.

Alcides (2011) em estudo realizado em um bairro da cidade de Salvador referente à promoção de práticas alimentares saudáveis enquanto ação de agentes comunitários de saúde-ACS, constatou que os referidos profissionais desconheciam o significado de conceitos fundantes do novo paradigma de saúde, como o de promoção da saúde, fazendo com que a doença, o doente e a cura continuem sendo o foco de suas atividades.

Neste contexto, a inserção das ações de promoção da saúde/alimentação saudável no âmbito das ações de saúde na atenção primária, é fundamental para qualificação e

integralidade do cuidado, apontando para a necessidade de intervenções e pesquisas nesta área.

A partir dessa problemática, realizamos no âmbito do Mestrado Profissional em Saúde da Família no Nordeste – MPSF/Rede Nordeste de Formação em Saúde da Família – RENASF, tendo como Instituição Nucleadora a Universidade Federal do Rio Grande do Norte – UFRN pesquisa referente às práticas de promoção da saúde/alimentação saudável na atenção primária, produzidas por profissionais de saúde integrantes de equipes de um Núcleo de Apoio à Saúde da Família (NASF) e de uma Unidade de Saúde da Família (ESF) do município de Natal, capital do Rio Grande do Norte.

A opção por estudar estas práticas deu-se, entre outros motivos, por entender que a Atenção Primária se constitui em locus privilegiado para a produção de ações de promoção da saúde e alimentação saudável, bem como, pela compreensão de que o fortalecimento e consolidação destas dependem não só de ações estruturantes no âmbito das macropolíticas econômicas e sociais, mas também, de ações nos espaços da micropolítica, nos quais é fundamental a motivação e atuação desses profissionais, entendidos como sujeitos sociais, com potencialidades para pensar, sentir, agir e contribuir (ou não), com a definição e implementação das diversas políticas que integram o processo de produção de saúde.

Esperamos que esta investigação possa contribuir para a ampliação dos debates acerca da inserção e do fortalecimento de ações de promoção da saúde/alimentação saudável na atenção primária à saúde. Ressaltamos que, em nenhum momento, pretendemos trazer verdades absolutas, nem receitas prontas considerando a complexidade que envolve a promoção da saúde e a alimentação e nutrição, e suas inter-relações entre o corpo, o comer, o viver e o processo saúde-doença-cuidado, mas, apresentar reflexões e idéias que estimulem a construção de caminhos a serem trilhados, na perspectiva da integralidade do cuidado e da realização da Segurança Alimentar e Nutricional – SAN.

O estudo, caracterizado como pesquisa-ação de caráter intervencionista, buscou compor estratégias para apoiar à inserção transversal das ações de promoção da saúde/alimentação saudável no fazer cotidiano das equipes, a partir da análise das percepções e processos de trabalho desses profissionais.

O presente artigo tem como objetivo apresentar um recorte deste estudo, referente às percepções dos profissionais acerca da promoção da saúde e alimentação saudável, destacando algumas reflexões e elencando alguns desafios a serem superados, no contexto da Atenção Primária no SUS, no cotidiano do trabalho e das lutas por um mundo com mais justiça social, no desejo vivo da utopia que nos move e nos faz resistir, e insistir.

## Percurso metodológico

### Definindo o tipo de estudo

A definição deste estudo teve como um dos pontos de partida, o entendimento da produção de conhecimento como processo dinâmico, perpassado por situações complexas, nas quais não há apenas ordem, determinismos, mas também, desordem, acasos, dúvidas, conflitos, que pressupõem, conforme destaca Morin (2007, p. 18):

Sujeitos vivos, não abstratos, capazes de aprender, inventar e criar “em” e “durante” o seu caminho.

Nesta perspectiva, adotamos a abordagem qualitativa. Ao longo dos anos, vários autores têm apresentado definições e reflexões sobre esta abordagem, cuja descrição remete a uma ampla diversidade de vertentes, que tem como propósito comum analisar o significado atribuído pelos sujeitos aos fatos, relações e práticas (DESLANDES; GOMES, 2004).

A abordagem qualitativa parte do fundamento que a produção do conhecimento não está reduzida a dados isolados, conectados por uma teoria explicativa. Conforme ressalta Chizzotti (1998, p. 79):

[...] Há uma relação dinâmica entre o mundo real e o sujeito, uma interdependência viva entre o sujeito e o objeto, um vínculo indissociável entre o mundo objetivo e a subjetividade do sujeito. [...] o sujeito observador é parte integrante do processo de conhecimento e interpreta os fenômenos, atribuindo-lhes um significado. O objeto não é um dado inerte e neutro; está possuído de significados e relações que sujeitos concretos criam em suas ações.

Compreendendo o conhecimento como um processo de tentativas, que se opera a partir de outros conhecimentos, da indissociabilidade entre teoria e prática, e da (re) criação de saberes e modos de fazer, elegemos como estratégia metodológica a pesquisa-ação, de cunho intervencionista, que se caracteriza fundamentalmente pela interatividade, flexibilidade, caráter cíclico e coletivo (MINAYO, 1992; THIOLENT, 2011).

De acordo com Pezzato (2009), na literatura, vários autores se dedicaram a teorizar sobre a pesquisa-ação, apresentando representações e tipologias singulares, cujas diferentes definições variam segundo o ponto de vista epistemológico, ideológico e metodológico.

Neste sentido, com base nos referenciais teóricos apresentados e discutidos por diferentes autores, dentre eles: Barbier (1985), Thiollent (1988; 2011), Elliot (1998) e Oliveira (2013), a partir dos quais, traçamos alguns elementos que guiaram o caminhar desta pesquisa, descreveremos a seguir, algumas de suas definições e características.

Para Barbier (1985, p. 156), a pesquisa-ação, é:

Uma atividade de compreensão e de explicação da práxis dos grupos sociais por ele mesmos, com ou sem especialistas em ciências humanas e sociais práticas, com o fim de melhorar essa práxis.

De acordo com Thiollent (1988, p. 15):

A pesquisa-ação é um tipo de pesquisa social com base empírica que é concebida e realizada em estreita associação com uma ação ou com a resolução de um problema coletivo e no qual os pesquisadores e os participantes representativos da situação ou do problema estão envolvidos de modo cooperativo ou participativo.

A pesquisa-ação tem como finalidade contribuir com informações/ações que orientem a tomada de decisões e os processos de mudança visando à melhoria de uma situação problema, ou seja, o objetivo prioritário é melhorar a prática. A produção e a utilização do conhecimento estão subordinadas e condicionadas a esse objetivo fundamental (ELLIOT, 1998).

Oliveira (2013, p. 74) ressalta que “a pesquisa-ação requer o compromisso do pesquisador com a população pesquisada a fim de buscar coletivamente alternativas para a resolução dos problemas que afligem essas pessoas”. O pensamento científico se constitui através da articulação entre pesquisador e campo de pesquisa, não separando sujeito e objeto (ROCHA; AGUIAR, 2003).

A pesquisa-ação, portanto, pressupõe a construção coletiva, o diálogo, a reflexão, o fazer com os outros, em um movimento cíclico de reflexão-ação-reflexão. Neste sentido, não seguimos uma série de fases rigidamente ordenadas. A produção do estudo se deu a partir do diálogo e de pactuações com os participantes ao longo do processo de pesquisar, traçando os caminhos, à medida que transitávamos neles.

## O lugar da pesquisa

O estudo foi realizado em uma Unidade de Saúde da Família – USF integrante do Distrito Sanitário Norte I e localizada em uma comunidade no Bairro da Redinha que se situa na Região Administrativa Norte do município de Natal, capital do Rio Grande do Norte. Este bairro apresenta uma população em torno de 17.458 habitantes, de acordo com dados da SEMURB – Secretaria Municipal de Meio Ambiente e Urbanismo, com base nos dados do IBGE – Instituto Brasileiro de Estatística e Geografia – 2011 (NATAL, 2013). Enquanto a população da área de abrangência da Estratégia Saúde da Família, de acordo com o Sistema de Informação da Atenção Básica – SIAB (2013) é constituída por 5.950 pessoas, sendo 2.965 do gênero masculino e 2.985 do gênero feminino, num total de 1.523 famílias.

A comunidade na qual a Unidade está situada surgiu encravada entre dunas e lagoas, com suas primeiras casas ainda de palha, antes denominada de favela. A Estra-

tégia Saúde da Família foi implantada na Unidade em 2004, e atualmente, possui duas equipes cuja composição segue a referência de equipe mínima adotada pelo Ministério da Saúde. Conta também, com o apoio dos profissionais da equipe do NASF, cuja sede funciona em uma das salas desta unidade.

Ao longo dos anos, esta comunidade foi passando por mudanças. Entretanto, apesar de avanços na organização e desenvolvimento, evidencia-se que esta ainda sofre os efeitos das diversas faces das desigualdades sociais, expressas nas condições de moradia, renda, emprego, índices de violência, acesso a lazer e a outros serviços, apontando para a necessidade de superação de grandes desafios a serem enfrentados pelas políticas públicas, dentre essas, as políticas de saúde.

## **O fazer da pesquisa: traçando e trilhando os caminhos no caminhar**

O percurso metodológico se deu através de vários momentos de encontros inter-relacionados, que tiveram início na fase exploratória, através da aproximação com atores institucionais do nível central da Secretaria Municipal de Saúde de Natal, buscando construir a viabilidade operacional do estudo no contexto da Estratégia Saúde da Família – ESF.

Para tanto, foram agendadas e realizadas reuniões com a equipe de Coordenação da Estratégia Saúde da Família e de um Núcleo de Atenção à Saúde da Família – NASF, nas quais dialogamos sobre a problemática a ser pesquisada, os objetivos propostos e a definição do lugar da pesquisa, em um constante movimento de reflexão-ação-reflexão.

A partir destas reuniões, foi definido conjuntamente, o local do estudo. Em seguida, foram realizados dois encontros com a participação dos profissionais do NASF, das duas equipes da USF e da direção da Unidade, sendo o primeiro, objetivando discutir a formulação do problema e a proposta do projeto, e o segundo com o propósito de pactuar a agenda das atividades de pesquisa que foram realizadas no período compreendido entre fevereiro a junho de 2014.

Ressalta-se que nessa trajetória, enfrentamos várias dificuldades decorrentes de dois períodos de greve dos profissionais da saúde, indisponibilidade ou sobreposição de agendas, em decorrência de processos internos da gestão da Secretaria Municipal de Saúde, quais sejam: avaliação externa e repactuação do Programa de Melhoria do Acesso e da Qualidade na Atenção Básica – PMAQ, a construção de alguns instrumentos de planejamento, tais como: o Plano Pluri Anual – PPA e a Programação Anual de Saúde para 2014, além de feriados, como o Carnaval e dos pontos facultativos, tendo em vista alguns jogos da Copa do Mundo 2014 em Natal.

Os participantes da pesquisa foram 18 profissionais de diferentes categorias. Destaca-se, entretanto, que o número de profissionais presentes por atividade variou, devido ao envolvimento desses profissionais em outras demandas institucionais e pessoais, além das interrupções relatadas anteriormente.

Para operacionalização da pesquisa, foram utilizados diferentes procedimentos, no intuito de alcançar os objetivos propostos: revisão bibliográfica, observação direta, círculo hermenêutico-dialético, encontros temáticos reflexivos, e por fim, a realização de Oficina, com o tema: “Repensando as práticas educativas para promoção da alimentação saudável”.

No que se refere aos instrumentos de registro de dados, foram utilizados os Diários de Pesquisa e de Momentos. Em relação às bases interpretativas da pesquisa, buscamos como fundamentação teórica a hermenêutica dialética, que conforme Minayo (1992, p. 231),

[...] é capaz de dar conta de uma interpretação aproximada da realidade. Essa metodologia coloca a fala em seu contexto para entendê-la a partir do seu interior e no campo da especificidade histórica e totalizante, em que é produzida.

## **O Círculo Hermenêutico - Dialético - CHD: espaço de trocas e reflexões**

O Círculo Hermenêutico Dialético – CHD é uma técnica de entrevista, usada em Avaliação de Quarta Geração, que foi descrita por Guba; Lincoln (1989), baseando-se em um referencial pluralista-construtivista como ferramenta para coleta de dados, pois estabelece diálogos e discussões grupais, em que os envolvidos podem analisar e refletir sobre diferentes aspectos (OLIVEIRA, 2005).

De acordo com Furtado (2001, p. 173), os propositores da técnica salientam que este processo de construção e reconstrução da realidade é hermenêutico, porque tem caráter interpretativo e dialético, pois implica em comparação e contraste de diferentes pontos de vista, objetivando alto nível de síntese.

Nesta pesquisa, tomamos como base para a realização da referida técnica, os modelos esquemáticos propostos por Guba; Lincoln (1989), Oliveira (1999), Silveira; Oliveira (2000), Neves (2006), Xavier et al (2006) e Oliveira (2013), com algumas adaptações aos objetivos do nosso estudo.

O CHD foi realizado em dois momentos, com uma carga horária total de duas horas. No primeiro momento, cada profissional fez seus registros em folha de papel contendo um roteiro com dados pessoais/profissionais (idade, gênero, escolaridade, categoria profissional, tempo de trabalho na APS) e questões referentes às suas percepções individuais sobre promoção da saúde e alimentação saudável, com base nas seguintes indagações: 1. Para você, o que significa promoção da saúde? 2. Como você define uma alimentação saudável? 3. O que significa para você, educação alimentar e nutricional?

Destaca-se, entretanto, que neste texto serão abordados exclusivamente os procedimentos e resultados referentes às duas primeiras indagações, já que as pesquisa-

doras optaram por apresentar as questões relativas à temática educação alimentar e nutricional, em outro artigo.

No segundo momento, as percepções individuais foram apresentadas verbalmente por cada participante e debatidas, possibilitando a interação e suscitando reflexões, análises, construções e reconstruções coletivas.

A análise das entrevistas foi realizada de forma processual, em duas etapas. A primeira, coletivamente, durante a realização do CHD, tomando como base as questões suscitadas nos debates e os referenciais teóricos levantados na revisão de literatura. Em outra etapa, individualmente, realizamos a leitura exaustiva dos registros de cada profissional, procedendo à ordenação das percepções, buscando as idéias relevantes que constituíram as unidades de significado. Em seguida, essas unidades foram codificadas e organizadas em eixos temáticos e temas centrais que foram apresentados, posteriormente, aos profissionais no primeiro encontro temático reflexivo, que deu continuidade as atividades da pesquisa.

Dez profissionais participaram do CHD, conforme as seguintes categorias: uma enfermeira; uma assistente social; uma cirurgiã-dentista; uma nutricionista; duas auxiliares de saúde bucal; uma auxiliar de enfermagem; duas técnicas de enfermagem e uma profissional que não informou à sua formação profissional. Em relação à caracterização, os profissionais eram todos do gênero feminino. Quanto à idade, sete referiram faixa etária entre 51-60 anos e três entre 40-50 anos. Quanto à escolaridade, uma profissional referiu o ensino fundamental, quatro o ensino médio, e cinco o ensino superior. Em relação à Pós-Graduação, quatro profissionais referiram que fizeram Residência/Especialização e uma profissional não informou. Das que informaram que fizeram, uma foi na área de Pneumologia Sanitária e uma nas áreas de Gestão, Saúde Mental e Abordagem Familiar Sistêmica e duas não informaram a área. Quanto ao tempo de trabalho na Atenção Primária, uma profissional referiu menos de 12 meses, uma em torno de 09 anos e quatro meses, três entre 20-25 anos de serviço e cinco entre 26-29 anos. Portanto, oito profissionais que participaram do CHD referiram em torno de 20 anos ou mais de atuação na Atenção Primária.

Ao final do CHD, foi realizada a avaliação desta técnica, através da expressão verbal dos profissionais que destacaram entre os pontos favoráveis, a possibilidade de proporcionar uma participação ativa, a interação entre os participantes e a troca de saberes. Estes aspectos também foram ressaltados por outros autores como Oliveira (2013, p. 192):

[...] o círculo hermenêutico dialético é uma troca permanente entre o pesquisador e os entrevistados. [...] Esta troca supõe constantes diálogos, críticas, análises, construções e reconstruções coletivas.

## Encontros Temáticos Reflexivos: um caminho para compartilhar a experiência de pensar o saber-fazer

Os Encontros Temáticos Reflexivos foram planejados a partir das necessidades expressas na avaliação coletiva do CHD, quanto a um maior aprofundamento conceitual acerca de alguns temas. Foram realizados dez encontros, com carga horária de duas horas cada um. Estes encontros foram agrupados em três etapas: “Temperando Conceitos”, “Refletindo sobre as possibilidades” e “Preparando a oficina”. A etapa “Temperando Conceitos” foi constituída por quatro Encontros Temáticos Reflexivos. Ressalta-se que este termo “Temperando Conceitos” foi utilizado por Castro et al (2007) para denominar uma etapa de método educativo. É importante destacar que o número de participantes em cada encontro sofreu variações, contando em média com seis a dez pessoas, de acordo com a disponibilidade dos profissionais.

Estes encontros objetivaram aprofundar teoricamente os eixos temáticos identificados a partir das percepções dos profissionais. Foram abordados os seguintes temas: prevenção, promoção da saúde, alimentação adequada e saudável. Foram adotadas diferentes técnicas pedagógicas, no intuito de possibilitar a efetiva participação dos envolvidos e a construção coletiva do saber-fazer.

No primeiro encontro, iniciamos com a leitura da análise e interpretação que fizemos acerca das percepções dos profissionais. Esse primeiro momento permitiu a interação e troca de opiniões, fortalecendo a importância das contribuições de todos os envolvidos na pesquisa.

Em um segundo momento, abordamos a questão “Existem diferenças entre prevenção e promoção?” a partir da técnica “Tempestade de ideias”, na qual os profissionais emitiram suas opiniões. Encerramos esse primeiro encontro sem respostas fechadas a esta indagação.

No segundo encontro, para contextualizar teoricamente as indagações que afloraram no encontro anterior, utilizamos a estratégia de distribuição aleatória entre os dez participantes de papéis numerados individualmente de 1 a 10, contendo citações bibliográficas embasadas em Buss (2003) e Czeresnia (2003). Em seguida, cada participante fez a leitura da sua citação, conforme a ordenação numérica, e logo após, fizemos as reflexões e a discussão coletiva. As anotações desse momento instigaram as pesquisadoras a elaborar um texto sucinto, abordando os aspectos que caracterizam as diferenças entre prevenção e promoção.

No terceiro encontro, o referido texto foi entregue a cada um dos participantes, lido e debatido. Em seguida, foi realizada a leitura coletiva da introdução, objetivos e diretrizes da publicação do Ministério da Saúde referente à Política Nacional de Promoção à Saúde. É oportuno destacar que apesar de ter sido publicada em 2006 e dos profissionais presentes saberem da sua existência, grande parte destes não tinham realizado leitura para conhecê-la.



O quarto encontro abordou o tema alimentação adequada e saudável. Para tanto, realizamos uma vivência na qual foram dispostas em duas mesas, diferentes figuras e réplicas de alimentos dos diversos grupos. Em seguida, solicitamos aos participantes que escolhessem, entre as figuras, aquela que representasse algum alimento que fosse significativo em sua história alimentar. Posteriormente, cada participante apresentou o alimento escolhido e explicou o motivo da escolha. Desta forma, foram iniciadas as reflexões sobre os significados de uma alimentação saudável. Dando prosseguimento às reflexões, realizamos a leitura dialogada de um texto contendo questões conceituais referentes à alimentação adequada e saudável, material bibliográfico do Curso Educação Alimentar e Nutricional uma estratégia para a promoção do Direito Humano à Alimentação Adequada, promovido pela rede virtual ideias na mesa, desenvolvida e coordenada pelo Observatório de Segurança Alimentar e Nutrição da Universidade de Brasília, em parceria com o Ministério de Desenvolvimento Social e Combate à Fome e o Ministério da Saúde, através da Coordenação Geral de Alimentação e Nutrição-CGAN.

### **Oficina “Repensando as Práticas Educativas para Promoção da Alimentação Saudável”: compondo estratégias para a continuidade do trabalho**

Esta Oficina foi planejada em conjunto com cinco profissionais do NASF, considerando que os demais profissionais não estavam com disponibilidade naquele momento. A partir de reflexões e proposições de possibilidades apresentadas nos Encontros Temáticos, foram realizados três momentos denominados “Preparando a Oficina”. Esta preparação teve início com a leitura e discussão do texto “Fazendo Oficina”. Nos encontros subsequentes, foram discutidos os objetivos da Oficina e construída sua programação, bem como realizado o planejamento das providências que precisariam ser adotadas para sua realização, definindo-se os respectivos responsáveis.

Os objetivos da Oficina foram: refletir sobre as práticas educativas para promoção da saúde/alimentação saudável desenvolvidas na USF; relacionar a teoria da educação com as práticas desenvolvidas e elaborar proposta de ações de educação alimentar e nutricional – EAN, no contexto das atividades de promoção da saúde.

A Oficina foi realizada com carga horária de oito horas, contando com a participação de dezoito pessoas, incluindo as pesquisadoras. As categorias dos profissionais que participaram foram: nutricionista, assistente social, farmacêutico, educador físico, psicólogo, fisioterapeutas, cirurgiã-dentista, técnicos de enfermagem, auxiliar de saúde bucal, agentes comunitários de saúde, auxiliar de farmácia e auxiliar administrativo.

A programação constou de abertura e boas vindas com um momento musical, seguido de roda de conversa, leitura dialogada de texto “Repensando a nossa prática”, vivência alimentar “Percepção dos Alimentos”, avaliação da oficina e encerramento com Ciranda.

O almoço foi organizado de forma compartilhada entre as pesquisadoras e os profissionais do NASF, tendo sido o cardápio planejado também conjuntamente. O almoço representou um momento de partilha, de troca e integração entre os participantes da Oficina.

Após o almoço, a programação foi retomada, dando prosseguimento às reflexões e debates e, posteriormente, foi realizada uma vivência. A estratégia para realização da vivência consistiu em organizar mesa com alimentos (frutas diversas, compotas de frutas, geléia de frutas) e condimentos, como hortelã, manjericão, orégano, pimenta moída. Dando prosseguimento, foi solicitado entre os participantes dois voluntários. Em seguida foi realizada a vendagem dos olhos e explicado a participante que lhe seriam oferecidos alguns alimentos para que inicialmente sentisse seu aroma e depois os provasse. Ao término da vivência, após os debates, realizou-se a avaliação da Oficina, através de uma palavra que expressasse o sentimento de cada participante sobre a Oficina. As palavras foram: “motivada”; “esperançosa”; “feliz”; “confiante”; “expectativa”; “motivado”; “animado”; “repactuação”; “perserverança”; “nova visão-saciada”; “continuar na teimosia”, apontando talvez, que apesar das dificuldades, o desejo de fazer diferente pode ser potencializado com a aposta na construção coletiva do saber-fazer.

Em seguida, finalizando a Oficina, foi realizada uma Ciranda. Aproveitamos o momento lúdico para ressaltar o processo de produção da pesquisa, agradecendo a participação de todas as pessoas presentes. Essa Oficina marcou o encerramento do trabalho de campo. É importante destacar que identificamos algumas dificuldades na sua realização, Contudo, consideramos que foi um momento que parece ter contribuído para uma maior integração entre os participantes, para trocas de saberes e experiências, e para motivação dos profissionais na perspectiva de construção de outras possibilidades no seu cotidiano de trabalho, frente ao desafio de produzir saúde, na perspectiva de valorização da vida.

## **A Práxis: compreendendo e refletindo sobre os processos de trabalho**

A análise das práticas de promoção da saúde/alimentação saudável produzidas por profissionais integrantes das equipes do NASF e da Estratégia de Saúde da Família da Unidade na qual a pesquisa foi desenvolvida, foi realizada a partir da observação direta realizada na referida Unidade e de participação em reuniões com profissionais e população, assim como das reflexões e debates que ocorreram nos Encontros Temáticos “Refletindo sobre as Possibilidades”. Estes encontros tiveram como objetivo refletir sobre as possibilidades para inserção transversal das ações de promoção da alimentação saudável, com base nos conceitos construídos e nas questões vivenciadas no cotidiano da Estratégia Saúde da Família. Adotamos como ferramenta pedagógica, o relato de uma situação e a partir desta, indagamos sobre as convergências ou divergências relativas ao cotidiano dos processos de trabalho vivenciados pelos participantes da pesquisa, suscitando reflexões sobre quais as principais demandas de alimentação e

nutrição percebidas na realidade de trabalho destes profissionais e que ofertas poderiam ser feitas na perspectiva da promoção da alimentação saudável.

## Aspectos éticos

Este estudo foi submetido e aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa (CEP) do Hospital Universitário Onofre Lopes – HUOL, da Universidade Federal do Rio Grande do Norte (UFRN), conforme Parecer nº 418.761, CAAE nº 18246713.8.0000.5292, cumprindo os princípios éticos de pesquisa contidos na Resolução nº 466, de 12 de dezembro de 2012, do Conselho Nacional de Saúde. O Projeto de Pesquisa foi apresentado aos profissionais, em reunião específica para este fim, na qual foi realizada leitura coletiva do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido – TCLE. Posteriormente, os profissionais que concordaram em participar do estudo assinaram o referido termo.

## Resultados

Em relação às percepções dos profissionais sobre promoção da saúde, evidenciou-se à predominância da associação com a prevenção de doenças e agravos, à relação com a qualidade de vida e o bem estar, em suas várias dimensões, a promoção da saúde relacionada às ações de educação em saúde e a promoção da saúde como responsabilidade do Estado e expressão da resolutividade e acessibilidade aos serviços de saúde. Entretanto, também apareceram questões referentes à autonomia dos sujeitos e coletivos, ao auto-cuidado, à corresponsabilização e à intersectorialidade, porém com enfoque voltado às mudanças de hábitos e atitudes.

No que se refere às percepções sobre alimentação saudável, evidenciamos uma predominância da valorização dos aspectos nutricionais, referentes à variedade, moderação, quantidade e qualidade dos alimentos, com ênfase nos nutrientes, em especial as proteínas, as vitaminas, os minerais e as fibras, enquanto as gorduras são referidas como nutrientes que devem ser restringidos da alimentação, assim como o excesso de sódio e açúcares. Identificamos também referência a alimentos considerados saudáveis: leite desnatado, carnes magras, legumes, verduras e frutas.

Alguns profissionais referiram à necessidade de respeito às questões culturais, sociais e econômicas, bem como, aos aspectos que envolvem a higiene, a boa apresentação, a cor e o sabor. Outro aspecto evidenciado nas percepções dos profissionais diz respeito à valorização da alimentação saudável como remédio, fortalecendo a idéia da prevenção de doenças e da medicalização da saúde.

Nos Encontros Temáticos Reflexivos “Temperando Conceitos”, observamos certa confusão no entendimento dos profissionais quanto às diferenças entre os conceitos de prevenção e promoção, expressas pelas seguintes indagações:

A distribuição de escova e de insulina é prevenção ou promoção?  
A pessoa é encaminhada para outro serviço e não tem o dinheiro da passagem de ônibus. E aí? O ônibus, o transporte não é nossa responsabilidade, já é de outro setor!  
A promoção só existe com a intersectorialidade?  
Eu acho que quando prevenimos as doenças, também estamos promovendo saúde!  
É... Eu acho que a gente faz mais prevenção do que promoção, né?

Estas questões foram refletidas e debatidas e pareceu-nos que esta confusão conceitual, pode ser advinda, em parte, conforme afirma Buss (2003, p. 34), do foco sobre o indivíduo e seus comportamentos, com base na redução de fatores de risco para determinadas doenças, que tem sua origem na tradição da intervenção clínica e no paradigma biomédico.

Com relação à temática alimentação adequada e saudável, na vivência realizada com o intuito de refletir sobre os significados dos alimentos e da alimentação saudável, foi possível identificar a multidimensionalidade de significados. As figuras ou réplicas de alimentos escolhidos pelos participantes foram: milho, leite, melancia, banana, frutas diversas, suco verde, ovo, hambúrguer, bolo sem recheio, água, batatas. É oportuno destacar que apesar de estarem disponíveis, as figuras de chocolates e docinhos e a réplica de cachorro quente não foram escolhidas.

Cabe aqui apresentar algumas dessas significações evidenciadas neste estudo a partir das falas dos profissionais:

Eu escolhi o milho porque considero um alimento saudável, que remete à minha infância e com ele se podem fazer várias preparações.  
Eu escolhi a melancia porque gosto muito. Lembra a minha mãe!  
Eu escolhi a banana porque é uma das minhas frutas preferidas. Eu gosto muito de frutas. A banana faz parte das minhas subjetividades, das minhas fantasias...!  
Eu escolhi o hambúrguer porque gosto muito, inclusive hoje foi o meu almoço!  
Eu escolhi o bolo porque gosto muito; sempre comia quando criança no interior!  
Eu escolhi as frutas e o suco verde porque nunca tomei esse suco e como pouco frutas. Então, tenho vontade de experimentar, pois sei que faz bem!

As reflexões e debates que ocorreram após a vivência e leitura dialogada do texto sobre a alimentação saudável apontaram para a necessidade da compreensão do alimento para além da sua composição química, uma vez que, a alimentação não se dá em função do consumo de nutrientes, mas de alimentos, que tem gosto, aroma, textura, cor e forma; portanto, componentes que precisam ser considerados e valorizados. Apesar dos nutrientes terem sua importância, os alimentos não podem ser resumidos

a veículos destes. Nesse sentido, o alimento como fonte de prazer e identidade cultural e familiar também é uma dimensão importante para a promoção da saúde, conforme enfatizam Pinheiro; Recine; Carvalho (2006). Neste contexto, constatamos que os significados da alimentação saudável transcendem a questão biológica, uma vez que tem implicações culturais, sociais, ecológicas, afetivas e éticas, conforme destaca Boog (2008a).

Com relação aos processos de trabalho relacionados às ações de promoção da saúde e alimentação saudável, observamos que essas ações têm como principal estratégia as práticas de educação em saúde que, de acordo com relatos dos profissionais, são desenvolvidas individualmente, durante as consultas, e em âmbito coletivo, na escola, no Centro de Referência em Assistência Social – CRAS, durante as visitas domiciliares, nos trabalhos com grupos formados na Unidade, como o de Práticas Corporais.

Entretanto, verificamos que as ações educativas não são planejadas intrasetorialmente entre os profissionais das equipes da ESF e entre estes e os profissionais do NASF, e nem intersetorialmente. Na maioria das vezes, ocorrem de forma fragmentada, variando de acordo com cada profissional e dependendo da conjuntura do processo de trabalho. Deste modo, também não ocorre à elaboração de plano para as ações educativas, o monitoramento e a avaliação destas ações e do seu impacto no contexto do cuidado em saúde. Entretanto, vale salientar que evidenciamos a inclusão das ações de promoção da saúde nos instrumentos de planejamento do SUS, no âmbito municipal, como o Plano Municipal de Saúde 2014-2017 e a Programação Anual 2014.

Cabe destacar ainda que observamos, por parte de alguns profissionais do NASF, certa preocupação quanto aos desafios da “função apoio”, considerando às fragilidades históricas do processo de implantação dos NASF no município de Natal, e as dificuldades vivenciadas cotidianamente quanto à execução de suas ações, que se expressam nas demandas de reuniões ou problemas imediatos provenientes dos Níveis Central e Distrital da Secretaria Municipal de Saúde, que acabam dificultando a construção de agendas integradas; na falta de disponibilidade dos profissionais das equipes para momentos de construção compartilhada, em detrimento das ações curativas, fragmentadas; no grande número de equipes e famílias que precisam ser acompanhadas, a grande maioria, com problemas de grande complexidade, que exigem mais tempo para escuta, pactuações e intervenções intersetoriais; na distância entre as Unidades; nas transferências de responsabilidades de equipes da ESF para os profissionais do NASF.

Vale salientar que, no momento de realização da pesquisa, identificamos que os profissionais do NASF vêm buscando superar os equívocos dos processos de trabalho participando de várias agendas institucionais que buscavam refletir sobre tais dificuldades e encontrar novas formas de produzir saúde, na perspectiva de mudanças nas práticas de cuidado, com valorização do trabalho em equipe e do processo de construção compartilhada, essenciais para o desenvolvimento da “função apoio”.

Os Encontros Temáticos e a Oficina apontaram alguns elementos importantes para a inserção transversal das ações de promoção da saúde/alimentação saudável, tais como: a necessidade de reorganização dos processos de trabalho, com vistas à articulação intra e intersetorial; à utilização de ferramentas como o Projeto de Saúde do Território – PTS, Projeto Terapêutico Singular – PTS e a Clínica Ampliada e Compartilhada; a importância do planejamento e integração/comunicação entre as equipes da ESF e entre estas e a equipe do NASF; a implicação e participação de todos os profissionais; a necessidade de garantir a cobertura de todas as áreas de abrangência da ESF com agentes comunitários de saúde e o desenvolvimento de práticas educativas com metodologias ativas de ensino-aprendizagem.

Na Oficina foram propostos os seguintes encaminhamentos: - Retomar as reuniões sistemáticas da Equipe 93 e fortalecer as reuniões das equipes 92 e 93, como espaços de trocas de saberes, experiências e construção compartilhada; - Pautar na reunião de equipe a construção do Projeto Terapêutico Singular – PTS que não foi possível durante o período da pesquisa; - Realizar “Encontros Temáticos”, regularmente; - Ampliar o diálogo com escola e com o Centro de Referência em Assistência Social – CRAS para o desenvolvimento de ações integradas, incluindo às ações de promoção da saúde e alimentação saudável; - Implantar ações de promoção da saúde e alimentação saudável voltadas aos trabalhadores da Unidade, sendo sugeridas naquela ocasião: avaliação nutricional e educação alimentar e nutricional; - criação de uma comissão constituída por dois profissionais do NASF, uma agente de saúde e uma técnica de enfermagem para elaborar projeto de ações de promoção à saúde e alimentação saudável, que deverá ser apresentado para apreciação nas reuniões de equipe, bem como, articular o encaminhamento das demais proposições.

## Discussões

O conceito de promoção da saúde constitui-se em palco de tensões teóricas e filosóficas apresentando contradições decorrentes dos vários interesses ideopolíticos, conforme destacam Vasconcelos; Schmaller (2014). Essas autoras ressaltam a distinção de concepções que vão desde as percepções focadas nas mudanças dos estilos de vida dos indivíduos, ao discurso de redução do papel do Estado quanto à garantia dos direitos sociais, até as abordagens críticas ao sistema capitalista.

Neste estudo, os resultados demonstram que às percepções dos profissionais sobre o conceito de promoção da saúde abarca diferentes significados. Entretanto, apesar da amplitude do conceito, observa-se predominantemente, uma forte vinculação à visão biologicista, curativa, prescritiva, tendo como foco a “receita de estilos de vida” considerados “saudáveis”, consonantes com o modelo biomédico, ainda hegemônico.

No campo da atenção à saúde, alguns autores como Buss (2003) e Onocko Campos (2006) enfatizam que a prevenção, a clínica e a promoção, apesar de serem dife-

rentes, e possuem especificidades, não devem ser separadas, pois, estão imbricadas e se complementam na busca integrada pela produção de saúde.

Para Onocko Campos (2006, p. 70-71),

[...] Promover a saúde, ou trabalhar em prol da produção de saúde demanda outra atitude como cidadãos, profissionais, membros de equipes de saúde, sendo necessário distinguir, e não separar, a clínica e a promoção, que são diferentes, possuem especificidades e ritmos próprios, porém precisam andar juntas.

A esse respeito, Souza (2011, p. 195), ressalta a importância do estabelecimento de um permanente diálogo entre o conhecimento epidemiológico e o Clínico, a Saúde Coletiva e a Clínica, bem como da possibilidade de produzir o encontro desses saberes com outros, permitindo assim, a construção coletiva, a reinvenção, a criação.

No contexto da Atenção Primária, o grande desafio é superar as dicotomias prevenção/promoção, clínica/promoção, e como nos fala Campos (2006, p. 72), “adentrando no intermediário, no entre, que é a posição que nos estimula a estar em contato”. Um desafio que nos convida a assumir o papel de “potencializadores de processos de mudança, de novas leituras sobre nós mesmos e sobre o mundo” (Ibidem, p. 70-71).

Quanto à promoção da alimentação saudável, os resultados deste estudo indicam que a valorização dos aspectos nutricionais apresentada nas percepções dos profissionais pode ser explicada pela crescente preocupação em prevenir doenças, à procura pelo “corpo perfeito” e a busca por uma vida plena, com mais saúde, tão presentes no mundo contemporâneo.

Para Silva (2011, p. 167), o termo alimentação saudável “é um construto normativo, relacionado com a prevenção de doenças e com forte componente de resposta aos padrões de corpo e imagem”. Neste sentido, a autora ressalta que o referido termo “tem sido assumido pela mídia e pelos profissionais de saúde no repertório de combate aos males relacionados com o excesso de peso e com os fatores de risco de doenças cardiovasculares” (Ibidem, p. 167-168).

Boog (2008a, p. 71) abordando a questão do significado de alimentação saudável afirma que:

A percepção sobre o que é ou não saudável não depende apenas do que a pessoa aprendeu e sabe sobre alimentos e nutrição. A alimentação humana abarca tanto os componentes biológicos e fisiológicos do processo alimentar; quanto à dimensão imaginária dos homens em relação ao fenômeno da alimentação. As representações que as sociedades constroem para dar conta de pensar e decidir a respeito de como prover o seu sustento constituem um “saber” legitimado por gerações que foram passando a seus descen-

dentes uma certa sabedoria alimentar que, ao mesmo tempo, a protege da incerteza do novo, mas a torna resistente à mudança.

Na sociedade contemporânea, o campo da Nutrição, é desafiado a contribuir com a construção da Segurança Alimentar e Nutricional e a garantia do Direito Humano à Alimentação Adequada, na perspectiva da promoção da saúde.

Neste contexto, faz-se necessário buscar fortalecer a criação de novos sentidos e significados para o ato de comer, considerando as inter-relações do processo saúde-doença-cuidado, estimulando as pessoas a inventar caminhos e possibilidades, mesmo diante de uma situação que impõe certos limites, a partir da compreensão do universo de fatores (sociais, econômicos, psicológicos, culturais), de sentidos e de significados que envolvem a alimentação humana, e da reflexão/problematização sobre as experiências do cotidiano e da história alimentar das pessoas, estimulando à criatividade, à autonomia e potencializando a capacidade da descoberta de novos sabores, novas cores e combinações de alimentos.

### Considerações finais

Partindo das percepções dos profissionais do NASF e da ESF sobre promoção da saúde e alimentação saudável e dos seus processos de trabalho, fomos construindo junto com estas equipes, espaços de encontros que possibilitaram reflexões sobre as articulações entre estes conceitos, bem como, acerca das dificuldades e potencialidades para o desenvolvimento de ações de promoção da saúde e da alimentação saudável, desvelando algumas possibilidades, no intuito de fortalecer novas formas de produzir saúde.

Para tanto, parece ser essencial a “reforma do pensamento”, que deve estar articulada e imbricada à produção de saberes e práticas que favoreçam a intersectorialidade, a transversalidade, o diálogo e a postura democrática e solidária, por meio de mudanças na formação profissional e do fortalecimento dos espaços de educação permanente, com vistas à ressignificações de conceitos e práticas, considerando a complexidade que envolve a promoção da saúde e da alimentação saudável, na perspectiva da integralidade do cuidado e de saberes, contribuindo com a realização da Segurança Alimentar e Nutricional e com a garantia do Direito Humano à Alimentação Adequada e Saudável.

### Referências

ALCIDES, E.C.A. **Promoção das práticas alimentares enquanto ação de Agentes Comunitários de Saúde em bairro da cidade de Salvador, Bahia**. 2011. 134 f. Dissertação (Mestrado do Programa de Pós-Graduação em Nutrição) – Universidade Federal da Bahia, 2011.



BOOG, M.C.F. Educação nutricional em serviços públicos de saúde. **Cad. de Saúde Pública**, v. 15, (supl 3), p. 139-47, 1999.

\_\_\_\_\_. Atuação do nutricionista em saúde pública na promoção da alimentação saudável. **Revista Ciência&Saúde**, v. 1, n. 1, p. 33-42, 2008.

\_\_\_\_\_. **O professor e a alimentação escolar**: ensinando a amar a terra e o que a terra produz. Campinas: Komedi, 2008a.

BOOG, M.C.F. **Educação em nutrição**: integrando experiências, Campinas: Komedi, 2013.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Política Nacional de Promoção da Saúde**. Brasília: Ministério da Saúde, 2006a.

\_\_\_\_\_. \_\_\_\_\_. **Textos de opinião**: temas estratégicos para a Política Nacional de Alimentação e Nutrição (PNAN). Brasília: Ministério da Saúde; Organização Pan Americana de Saúde (OPAS), 2011. 196 p.

\_\_\_\_\_. \_\_\_\_\_. Conselho Nacional de Saúde. **Atenção primária e promoção da saúde**. Brasília: CONASS: 2011a. 197 p.

\_\_\_\_\_. \_\_\_\_\_. \_\_\_\_\_. **Resolução nº 466, de 12 de dezembro de 2012**. Brasília: CONASS, 2012a.

\_\_\_\_\_. \_\_\_\_\_. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Política Nacional de Alimentação e Nutrição**. Brasília: Ministério da Saúde, 2012. 84 p.

\_\_\_\_\_. \_\_\_\_\_. Secretaria de Vigilância em Saúde. Centro de Educação à Distância. Universidade de Brasília. **Curso de extensão para gestores do SUS em promoção da saúde**. Brasília: CEAD/FUB, 2010. 164 p.

BUSS, P.M. Uma introdução ao conceito de Promoção da Saúde. In: CZERESNIA, Dina (org.). **Promoção da saúde**: conceitos, reflexões, tendência. Rio de Janeiro: FIOCRUZ, 2003, p. 15-38.

CAMPOS, R.O. A promoção à saúde e a clínica: o dilema “promocionista”. In: CASTRO, A.; MALO, M. **SUS**: ressignificando a promoção da saúde. São Paulo: HUCITEC, OPAS, 2006, p. 62-74.

CASTRO, I.R.R. de et al. A culinária na promoção da alimentação saudável: delineamento e experimentação de método educativo dirigido a adolescentes e a profissionais das redes de saúde e de educação. **Rev. Nutr.**, v.20, n. 6, p. 571-588, 2007.

COUTINHO, J.G.; GENTIL, P.C.; TORAL, N. A desnutrição e obesidade no Brasil: o enfrentamento com base na agenda única da nutrição. **Cad. Saúde Pública**, v. 24, s. 2, p. 332-340, 2008.

ESCODA, M.S.Q. Para a crítica da transição nutricional. **Ciência & Saúde Coletiva**, 7(2), p. 219-226, 2002.

FERREIRA, J.R.; BUSS, P.M. Atenção Primária e Promoção da Saúde. In: BRASIL, Ministério da Saúde. Secretaria de Políticas de Saúde. **As cartas da promoção da saúde**. Brasília: Ministério da Saúde, 2002.

FREITAS, M.C.S. **Agonia da fome**. Salvador: EDUFBA; FIOCRUZ, 2005.

JAIME, P.C. et al. Ações de alimentação e nutrição na atenção básica: a experiência de organização no governo brasileiro. **Rev.Nutr.**, v.24, n. 6, p. 809-824, 2011.

MENDES, E.V. As redes de atenção à saúde. **Ciência & Saúde Coletiva**, 15(5), p. 2297-2305, 2010.

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

MORIN, E. **A cabeça bem-feita**: repensar a reforma, reformar o pensamento. 10. ed. Rio de Janeiro: Bertrand Brasil, 2004. 128 p.

\_\_\_\_\_. **Ciência com consciência**. 10. ed. Rio de Janeiro: Berthand Brasil, 2007, 350 p.

MORIN, E.; CURANA, E.R.; MOTA, R.D. **Educar na era planetária**: o pensamento complexo como método de aprendizagem no erro e na incerteza humana. 2. ed. São Paulo: Cortez; Brasília: UNESCO, 2007a .

NATAL, Prefeitura Municipal do Natal. Secretaria Municipal de Meio Ambiente e Urbanismo. **Anuário Natal 2013**. Natal: SEMURB, 2013.

OLIVEIRA, M.M. Metodologia Interativa: um desafio multicultural à produção do conhecimento. **Anais...** Colóquio Internacional Paulo Freire, 5. Recife, 19 a 22-setembro de 2005. Disponível em: <[http://www.paulofreire.org.br/pdf/relatos\\_experiencia/](http://www.paulofreire.org.br/pdf/relatos_experiencia/)>. Acesso em 13/03/2013.

OLIVEIRA, M.M. **Como fazer pesquisa qualitativa**. 5. ed. Petrópolis: Vozes, 2013.

PINTO, V.L.X. **As coisas estão no (meu) mundo, só que eu preciso aprender**: Autobiografia, reflexividade e formação em educação nutricional. 2006, 279 f. Tese (Doutorado em Ciências Sociais) – Universidade Federal do Rio Grande do Norte, Natal, 2006.

PINHEIRO, A.R.O.; RECINE, E.G.; CARVALHO, M.F.C.C. As práticas alimentares saudáveis: a promoção da saúde no contexto da segurança alimentar e nutricional. In: CASTRO, A. MALO, M. **SUS**: ressignificando a promoção da saúde. São Paulo: HUCITEC; OPAS, 2006, p.187-207.

RODRIGUES, B.A. **Doce Vida**: um estudo sobre a experiência alimentar e os desafios para o tratamento dietético em pessoas vivendo com diabetes mellitus. Natal, 95 f. Dissertação (Mestrado em Saúde Coletiva) – Universidade Federal do Rio Grande do Norte, Natal, 2013.

SANTOS, L.A.S. O fazer educação alimentar e nutricional: algumas contribuições para reflexão. **Ciência & Saúde Coletiva**, v.17, n. 2, p.453-462, 2012.

SILVA, Denise Oliveira e. Reflexões conceituais e de profissionais de saúde sobre a promoção da alimentação saudável. In: DIEZ-GARCIA, Rosa Wanda; CERVATO-MANCUSO, A.M. **Mudanças Alimentares e educação nutricional**. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2011, p. 164-172.

SILVA, D.O.; RECINE, E.G.I.G.; QUEIROZ, E.F.O. Concepções de profissionais de saúde da atenção básica sobre a alimentação saudável no Distrito Federal, Brasil. **Cad. Saúde Pública**, v. 18, n.5, p.1367-1377, 2002.

SOARES, S. Medicina e Filosofia hoje: uma aproximação necessária para as Cidades Saudáveis. **Archai: Revista de estudos sobre as origens do pensamento ocidental**, Brasília, v. 0, n. 4, abr. 2010.

SOUZA, E.C.F. **Doença, narrativas e subjetividades**: patografias como ferramentas para a clínica. Natal: EDUFRN, 2011, 258 p.

TEIXEIRA, C.F. Promoção da saúde e SUS: um diálogo permanente. In: CASTRO, A. MALO, M. **SUS**: resignificando a promoção da saúde. São Paulo: HUCITEC; OPAS, 2006, p.41-61.

THIOLLENT, M. **Metodologia da pesquisa-ação**. 18. ed. São Paulo: Cortez, 2011.

VASCONCELOS, K.E.L.; SCHMALLER, V.P.V. Promoção da saúde: polissemias conceituais e ideopolíticas. In: COSTA, Maria Dalva Horácio da; VASCONCELOS, K.E.L.(org.). **Por uma crítica da promoção da saúde**: contradições e potencialidades no contexto do SUS. São Paulo: HUCITEC, 2014.

WESTPHAL, M.F. Promoção da saúde e prevenção de doenças. In: CAMPOS, G.W. S. et al. **Tratado de Saúde Coletiva**. 2. ed. rev. aum. São Paulo: HUCITEC, 2012. p. 681-718.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. **Estratégia global em alimentação saudável, atividade física e saúde**. 57<sup>a</sup> Assembleia Mundial de Saúde, 25 de maio de 2004.



## PRÁTICAS DE PROMOÇÃO DA SAÚDE DO IDOSO NO PSF EM NATAL: A VISÃO DOS USUÁRIOS

*Maísa Paulino Rodrigues,  
Maria Ângela Fernandes Ferreira,  
Pedro Henrique Sette,  
Georgia Sibebe Nogueira da Silva,  
Andreza Karine Araújo de Medeiros Pereira.*

### Introdução

#### **A IDADE DE SER FELIZ**

Existe somente uma idade para a gente ser feliz,  
somente uma época na vida de cada pessoa em que é possível sonhar  
e fazer planos e ter energia bastante para realizá-los  
a despeito de todas as dificuldades e obstáculos.

Uma só idade para a gente se encantar com a vida e viver apaixonadamente  
e desfrutar tudo com toda intensidade sem medo nem culpa de sentir prazer.

Fase dourada em que a gente pode criar e recriar a vida à nossa própria imagem e semelhança  
e vestir-se com todas as cores e experimentar todos os sabores  
e entregar-se a todos os amores sem preconceito, nem pudor.

Tempo de entusiasmo e coragem em que todo desafio  
é mais um convite à luta que a gente enfrenta com toda disposição de tentar algo novo,  
de novo e de novo, e quantas vezes for preciso.

Essa idade tão fugaz na vida da gente chama-se PRESENTE  
e tem a duração do instante que passa.

*Mário Quintana*

A redução da mortalidade precoce e a queda nas taxas de natalidade e fecundidade, características da transição demográfica, vem produzindo um acentuado envelhecimento populacional no Brasil. O país tem experimentado uma transição epidemiológica o que requer uma nova forma de “olhar” e de “cuidar” da população, em especial da

saúde da pessoa idosa. (VERAS; CALDAS, 2004). O prolongamento da vida é uma aspiração de qualquer sociedade. Contudo, tal desejo precisa vir acompanhado pelo almejo de uma melhor qualidade de vida para aqueles que já envelheceram ou estão no processo de envelhecer, implicando num complexo exercício de manutenção da autonomia e independência do idoso (DALLEPIANE, 2009).

A população brasileira com 60 anos de idade ou mais ultrapassa 20 milhões. Estima-se que para o ano de 2025, essa população será a sexta maior do mundo, perfazendo 32 milhões de idosos. Entretanto, o aumento da longevidade nem sempre vem associado à qualidade de vida, devendo-se perseguir tal objetivo (BRUNETTI, 2002; PAPALÉO NETTO, 2005; BRASIL, 2010).

O processo global de envelhecimento populacional, no Brasil, e suas consequências podem ser explicados através do aumento das doenças crônico-degenerativas. Nessa perspectiva é importante ressaltar a persistência de doenças infectocontagiosas e o surgimento dos agravos à saúde, panorama conhecido por tripla carga de doenças (MENDES, 2010).

Os avanços científicos e tecnológicos evidenciados nas últimas décadas não tem se refletido efetivamente sobre a saúde da população idosa brasileira. Anualmente, milhares de idosos morrem por complicações relacionadas a doenças respiratórias, por maus tratos ou pela falta de acesso a assistência e a serviços de saúde, sendo parte dessas mortes por causas consideradas evitáveis. Faz-se, portanto, necessário que profissionais e serviços de saúde se capacitem adequadamente para atender a essa clientela (VASCONCELOS; PASCHE, 2006).

Destarte, as ações e políticas de saúde destinadas ao idoso devem considerar a capacidade funcional, a autossatisfação, o cuidado e a atenção integral à saúde, o incentivo a prevenção de doenças e o estímulo à participação e desenvolvimento da autonomia (VERAS, 2009). Nessa direção, o trabalho das equipes de saúde na Atenção Primária/Saúde da Família, deve primar por ações coletivas na comunidade, atividades de grupo, fomento de redes sociais de usuários, entre outras estratégias, recursos indispensáveis para atingir as dimensões cultural e social. As atividades em grupos possibilitam a ampliação do vínculo entre equipe e a pessoa idosa, sendo um espaço complementar a consulta individual, permitindo a troca de informações, a oferta de orientações e a concretização da educação em saúde (BRASIL, 2006a).

A elaboração da Carta de Ottawa, em 1986, durante a 1ª Conferência Internacional de Promoção da Saúde marcou a evolução da proposta de promoção da saúde. O conteúdo da Carta evidencia especialmente a dimensão social da saúde, trazendo a definição de cinco estratégias fundamentais, a saber: política pública, ambiente saudável, reforço da ação comunitária, criação de habilidades pessoais e reorientação do serviço de saúde (WHO, 1986). Tais estratégias são direcionadas a reorientação das ações profissionais com vistas a tornar os indivíduos e populações mais autônomos em seus processos de saúde-doença, objetivando à melhor qualidade de vida.

É importante reconhecer que as mudanças políticas, econômicas e sociais da história do Brasil se refletem no desenvolvimento do conceito de saúde, tanto que a Constituição Federal de 1988 foi o marco fundamental para a concepção da saúde como ausência de doença, sugerindo estratégias para a recuperação, proteção e promoção da saúde, e a garantia de política pública de saúde aos cidadãos.

Os desafios sociais, políticos e culturais do esgotamento do paradigma biomédico e da mudança do perfil epidemiológico da população, nas últimas décadas, também influenciaram a concepção de promoção da saúde (CAMPONOGARA, et. al, 2008); no entanto há ainda certa resistência à adoção do paradigma da promoção da saúde pelo setor saúde, assim como dos princípios e estratégias definidos pela Carta de Ottawa, os quais sustentam a Política Nacional de Promoção da Saúde (BRASIL, 2010). Adicionalmente, é ainda incipiente o direcionamento das ações de promoção da saúde no Sistema Único de Saúde, assim como sua articulação intersetorial e avaliação em termos de qualidade de vida da população, inclusive com pouca discussão no meio acadêmico (CARVALHO, et. al, 2007).

No Brasil, o Ministério da Saúde vem instigando, de forma acelerada, amplos debates estimulando a pactuação e implantação de ações com base na Política Nacional de Promoção da Saúde (PNPS), instituída pela Portaria GM nº 687, em 2006. Neste mesmo ano, a Promoção da Saúde foi incluída entre as prioridades do Pacto pela Saúde na dimensão “Pacto pela Vida”, se materializando no Pacto de Indicadores, a partir do estabelecimento de metas entre os três níveis de gestão.

A Promoção da Saúde, mais do que uma das diretrizes do Pacto pela Vida ou uma das tarefas precípuas do SUS em seu compromisso com a integralidade, pode e deve se constituir num modo de pensar e de intervir no processo saúde-adoecimento mais atento às suas determinações sócio históricas e que potencialize mecanismos de gestão democrática, participativa e cooperativa da rede de serviços de saúde” (BRASIL, 2006b ).

Nessa perspectiva, a Política Nacional de Promoção da Saúde define dentre suas diretrizes a centralidade das metodologias participativas de gestão do SUS e das estratégias de implantação da Promoção da Saúde que operem: (1) no interior do sistema de saúde para que sejam estimulados modos de viver mais favoráveis à saúde e, ao mesmo tempo, (2) na construção de parcerias e redes de compromisso nos diversos territórios a fim de incluir as preocupações sanitárias nos instrumentos ordenadores do planejamento e financiamento urbano e/ou agrário.

Destaca-se que a Promoção da Saúde está respaldada pela Política Nacional de Saúde da Pessoa Idosa - PNSPI (BRASIL, 2006), apresentada pela Portaria GM Nº 2.528 de 19 de outubro 2006, que tem como propósito a promoção da saúde, a manutenção e a melhoria, ao máximo, da capacidade funcional dos idosos, a prevenção de doenças, a recuperação da saúde dos que adoecem e a reabilitação daqueles que

venham a ter sua capacidade funcional restrita, de modo a garantir sua permanência no meio em que vivem exercendo de forma independente suas funções na sociedade.

No Brasil, a Estratégia Saúde da Família (ESF) foi eleita como a principal estratégia de reorganização, constituição e articulação das redes de saúde do país, e tem sido pensada como porta de entrada no sistema de saúde e primeiro nível de contato da população com o sistema, aquele mais próximo da família e da comunidade (CECILIO et al., 2012).

A estratégia Saúde da Família é concebida como principal instrumento de coordenação do cuidado e, conseqüentemente, de integração entre níveis assistenciais que, segundo Hartz & Contandriopoulos “consiste em uma coordenação durável das práticas clínicas destinadas a alguém que sofre com problemas de saúde, para assegurar a continuidade e a globalidade dos serviços requeridos de diferentes profissionais e organizações, articuladas no tempo e no espaço, conforme os conhecimentos disponíveis” (HARTZ & CONTANDRIOPOULOS, 2004, p. 332).

Para Silvestre e Costa Neto (2003), o trabalho na ESF, entre o arsenal de ações a serem executadas, destaca-se a abordagem efetiva à pessoa idosa. O cuidado comunitário junto ao idoso deve apoiar-se especialmente na família e na atenção básica, por meio das Unidades Básicas de Saúde, em especial daquelas sob a responsabilidade da estratégia Saúde da Família, as quais devem representar para o idoso, idealmente, o vínculo com o sistema de saúde. Entretanto, os profissionais de saúde enfrentam desafios nesse sentido, devido à formação inadequada, necessária à atuação eficaz na ESF, à desconhecimento acerca da gerontologia e à desvalorização da educação permanente e continuada.

Faz-se necessário que profissionais de saúde se capacitem e realizem o planejamento para a implantação de atividades de promoção da saúde, à medida que estas, exigem um trabalho multidisciplinar para lidar com a complexidade do processo saúde-doença no idoso, requerendo, portanto, articulações entre os vários setores envolvidos com a promoção da saúde. Além disso, são imprescindíveis estudos e pesquisas sobre o assunto para que haja maior compreensão e geração de conhecimentos no intuito de subsidiar as ações de saúde.

Destarte, as conquistas políticas, sociais e de saúde devem ser colocadas em prática para que as atividades de promoção da saúde contribuam com a qualidade de vida do sujeito, assim como da saúde geral da comunidade. Contudo, é imprescindível capacitar, também, a comunidade para que esta se torne corresponsável pela sua condição de vida e saúde.

Pena e Santo (2006), consideram que as atividades de lazer e a convivência em grupo contribuem tanto para manutenção do equilíbrio biopsicossocial do idoso, quanto para amenizar possíveis conflitos ambientais e pessoais. O bem-estar proporcionado pela participação em atividades grupais contribui para que o idoso vivencie trocas de experiências e propicia ‘empoderamento’ para a autocuidado.



Os Grupos de Promoção de Saúde são definidos como uma intervenção coletiva e interdisciplinar de saúde, constituída por um processo grupal dos seus participantes até o limite ético de eliminação das diferenças desnecessárias e evitáveis entre grupos humanos. Caracterizam-se como um conjunto de pessoas agregadas por constantes de tempo, espaço e limites de funcionamento, que interagem cooperativamente a fim de realizar a tarefa da promoção da saúde (Santos et.al, 2006). Os autores destacam ainda que as ações desses grupos são alicerçadas em uma nova concepção de Estado e políticas públicas, já que são concebidas como iniciativas do Estado e da população organizada capaz de tomar decisões de maneira autônoma. Nessa direção os conteúdos propostos aos Grupos de Promoção de Saúde devem ser balizados pelas necessidades capturadas nas singularidades de cada grupo e seus objetivos contidos na promoção da saúde.

Pena e Santo (2006), referem que o aumento da expectativa de vida e da qualidade de vida dos idosos estão associados tanto à evolução da medicina e arsenal tecnológico quanto à convivência social destes grupos, que transcende às atividades físicas e de lazer propostas, a medida que envolvem aspectos emocionais, comportamentais, espirituais, dentre outros.

O debate sobre qualidade de vida e saúde existe desde o nascimento da medicina social, nos séculos XVII e XIX, ainda que não fizesse referência precisamente ao termo qualidade de vida e sim condições de vida, sendo justamente essa relação intrínseca, que a aproxima da medicina social, a sua estratégia central, a promoção da saúde. (MINAYO et al, 2000).

Entretanto, a preocupação com a qualidade de vida na velhice vem se tornando relevante nos últimos trinta anos, em função do crescimento do número de idosos e da expansão da longevidade em diferentes sociedades, o que sensibilizou os pesquisadores para o estudo profundo. (NERI, 2000).

O autor supracitado refere que a qualidade de vida na velhice incide sobre quatro áreas interrelacionadas: competência comportamental (capacidade funcional, cognitiva, social e de utilização do tempo), condições ambientais (existência de condições ambientais que permitam aos idosos desempenhar comportamentos biológicos e psicológicos adaptativos), a qualidade de vida percebida (é a dimensão subjetiva e depende estreitamente dos julgamentos do indivíduo sobre a sua funcionalidade física, social e psicológica) e bem-estar psicológico (capacidade do indivíduo para adaptar-se às perdas e de recuperar-se de eventos estressantes do curso de vida individual e social).

Considerando tais questões, aponta-se a necessidade de se promover e fortalecer a saúde do idoso por meio de estratégias tecnológicas diversas que possam se materializar em melhoria da qualidade de vida e saúde para essa população específica.

Cabe ressaltar que a qualidade de vida na velhice requer uma avaliação multidimensional realizada pelo próprio idoso, a respeito dele e do meio que está inserido. Nessa perspectiva, capturar o discurso e a avaliação dos sujeitos que circulam em torno do

“fazer ver e fazer crer” é imprescindível para os rumos das práticas e da Política de Promoção da Saúde.

A partir dessa perspectiva, este artigo teve por objetivo avaliar o impacto das ações de promoção da saúde ofertadas para grupos idosos, no decorrer de cinco anos consecutivos, buscando conhecer os resultados sobre a qualidade de vida destes. Portanto, esse estudo teve como foco os idosos adstritos a Unidade Saúde da Família situada no bairro da Guarita, em Natal, capital do Rio Grande do Norte.

Ressalta-se a necessidade de pesquisas que ofereçam subsídios para o planejamento e avaliação das ações desenvolvidas nos serviços de saúde, com vistas ao aprimoramento e qualificação das práticas (BRASIL, 2006c; ASSIS et al., 2009).

## Metodologia

Trata-se de um estudo do tipo exploratório e seccional envolvendo 70 idosos com características semelhantes e problemas de saúde comuns: diabetes, hipertensão, dificuldades de locomoção, dores articulares, depressão, insônia, entre outras. Todos eles residentes na mesma área adstrita à Unidade de Saúde da Família da Guarita. Para a realização da pesquisa os idosos foram divididos em dois grupos, a saber:

G1: o grupo 1 foi composto por 35 idosos selecionados entre os 54 que participam do projeto de promoção da saúde implantado no território. Utilizou-se como critérios de inclusão a participação no grupo há pelo menos três anos;

G2: o grupo 2 foi composto por 35 idosos que recebem apenas acompanhamento por meio de tratamentos médicos e intervenções clínicas na USF, selecionados através de um sorteio dos prontuários.

Nessa perspectiva, o estudo buscou investigar se havia diferenças significativas na qualidade de vida entre os idosos dos dois grupos, ou seja, os que desenvolvem atividades diárias de promoção da saúde e os que não desenvolvem essas atividades.

Os idosos pertencentes ao Grupo de Promoção da Saúde realizam atividades de caminhadas diárias durante uma hora (de segunda a sexta-feira); desenvolvem atividades manuais como produção de artesanato; realizam atividades lúdicas e de lazer em geral (jogos, brincadeiras, dinâmicas de grupo, reflexões, passeios e dança) além de participarem de atividades de educação em saúde a respeito de temas sugeridos por eles. Ademais, o Grupo funciona há mais de cinco anos no local, sendo que grande parte dos idosos participa desde o início da implantação das Ações de Promoção da Saúde. No geral, ele tem por objetivos: promover a saúde; fortalecer o vínculo com a equipe; estabelecer trocas de experiências e integração entre as pessoas da comunidade; proporcionar mudança de rotina, o lazer, a socialização e a formação de uma rede de ajuda mútua.

O grupo que não participa das ações de Promoção da Saúde apenas recebem

acompanhamento domiciliar e clínico na USF da Guarita, tendo todo o acompanhamento clínico necessário, inclusive com uso de medicação.

O estudo buscou traçar o perfil sociodemográfico dos participantes. Dessa forma, foi realizada uma entrevista simples para se conhecer as características: sexo, idade, escolaridade, recebimento de aposentadoria ou pensão e a renda familiar. Para a avaliação da Qualidade de vida foram aplicados os questionários WHOQOL-Old e WHOQOL-Bref. Os instrumentos foram aplicados de forma associada visto que o WHOQOL-Old representa uma ferramenta adicional ao questionário WHOQOL-Bref, uma alternativa útil na investigação de qualidade de vida de idosos, abrangendo aspectos relevantes, não contemplados no instrumento desenhado originalmente para populações não idosas. Os questionários em foco avaliam a qualidade de vida considerando diversas dimensões, incluídas nas facetas: Funcionamento Sensorial/Autonomia; Atividades Passadas, Presentes e Futuras; Participação Social; Medo e Medo da Morte; Intimidade (FLECK et al., 2003).

Para análise estatística lançou-se mão do t-test com intervalo de confiança de 95%, para ambos os instrumentos, por meio do *software* Statistical Package for the Social Sciences (SPSS 17.0). Em seguida foram construídos gráficos para melhor visualização e apresentação dos resultados.

O estudo foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa do Hospital Universitário Onofre Lopes/UFRN sob CAAE de número (30677314.6.0000.5292) conforme indicativo da Resolução 466/2012 do Conselho Nacional de Saúde.

## Resultados e discussão

### Perfil sociodemográfico

A maioria dos sujeitos é composta por pessoas do sexo feminino (68), e a idade varia entre 60 a 86 anos, compondo uma média de idade de 66,5 anos. Em relação à escolaridade verificou-se que 53,2% têm o ensino fundamental incompleto, 15,8% é alfabetizado, 25,2% completou o ensino médio e apenas um usuário (5,8%) referiu ter cursado o ensino universitário. Em relação à aposentadoria, 41,2% afirmaram receber, 47,2% não são aposentados, dependendo dos recursos de familiares e 11,6% referiram ser pensionistas. Quanto à renda familiar, 17,7% afirmaram viver com renda de aproximadamente um salário mínimo, 5,8% disseram que sobrevivem com a Bolsa Família disponibilizadas pelo governo federal e 76,5% possuem uma renda familiar média de dois salários mínimos.

Os resultados apontam que houve impacto das ações de promoção da saúde, de forma significativa, sobre a qualidade de vida dos idosos, isto é, aqueles que participam das atividades do projeto de promoção da saúde apresentaram uma melhor qualidade de vida e um melhor desempenho nas atividades de vida diária (AVD). Pode-se

inferir que tais resultados são frutos das atividades físicas (caminhadas e exercícios físicos diários) e das atividades de educação em saúde, de lazer e principalmente do estabelecimento de uma rede social solidária entre o grupo, com criação de vínculos, apoio e solidariedade.

Ressalta-se que o impacto na qualidade de vida dos idosos inseridos nas práticas de promoção da saúde (atividades físicas, educativas, lazer, culturais, sociais e de saúde) foi de 67,95%, enquanto aqueles que apenas frequentam o consultório médico de 57,32%, apresentando uma diferença estatisticamente significativa entre dois os grupos ( $p \leq 0,001$ ), conforme mostrado no gráfico 1.

Gráfico1 – Facetas do WHOQOL-Bref dos dois grupos de idosos. Natal, 2012.

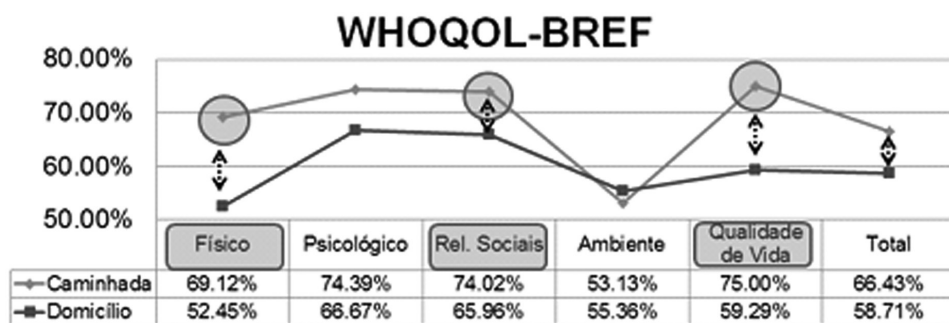
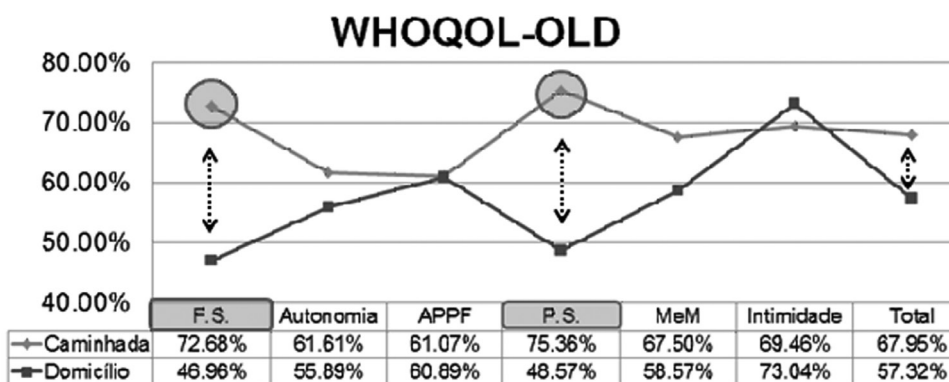


Gráfico2 - Facetas do WHOQOL-OLD dos dois grupos de idosos. Natal, 2012.



É importante notar que a aplicação de ambos os questionários tem como o objetivo validar a pesquisa no sentido em que os domínios de um podem ser visualizados no outro, como é o caso da relação Físico – Funcionamento Sensorial e Relações Sociais – Participação Social. No primeiro caso, nota-se que houve uma diferença estatisticamente significativa ( $p < 0,001$ ) em ambos os instrumentos, denotando que a

caminhada/ atividades físicas enquanto atividade promotora de saúde se mostra eficaz à medida que dá uma maior liberdade de locomoção ao idoso, facilitando a flexibilidade, melhorando a autoestima e promovendo o bem estar por meio da circulação de endorfinas. Além do mais, a atividade física propicia ao idoso uma prevenção de doenças associadas ao sedentarismo, como hipertensão arterial, diabetes e acidente vascular cerebral (BOONE; ELIOT; LONG apud CAROMANO, 2006). O estudo de Júnior e Guerra apontaram limitações funcionais em idosos sendo atribuída a ausência de práticas de atividades físicas (VIRTUOSO JÚNIOR; GUERRA, 2008), corroborando os achados desse estudo, considerando que os idosos que participam das atividades de promoção da saúde mostraram-se com menos limitações funcionais em comparação ao grupo de idosos que recebem somente medicamentos e fazem consultas regulares ao médico da USF.

Fato semelhante se observa nos domínios Relações Sociais – Participação Social, que também apresentou para os dois questionários uma diferença estatisticamente significativa ( $p < 0,001$ ) entre os grupos. Uma explicação para isso é que as atividades de promoção da saúde promovem um momento de encontro entre os participantes, permitindo a troca de saberes e a socialização, sendo por vezes a única oportunidade de diálogo com outrem que não do círculo familiar. Além do mais, esse encontro de diversos indivíduos, cujas histórias de vida diferem, pode ajudar no compartilhamento dessas histórias, fazendo com que afinidades e vínculos sejam criados e fortalecidos, conseqüentemente, deixando transparecer de que há outras pessoas na mesma situação semelhantes. Por fim, o simples fato de ser participante de uma atividade comunitária, pode trazer uma série de benefícios para o idoso, já que ele pode reacender a ideia de ser um ator social, se tornando corresponsável, também, pelo bem estar do grupo ao qual pertencem, e pelas demais pessoas da comunidade, sendo copartícipe no desenvolvimento de atividades promotoras de saúde para o seu grupo e demais grupos vulneráveis do entorno.

Tais domínios empreendem maior impacto sobre a diferença final na qualidade de vida, quando se comparam os dois grupos. Para Day (2008), essas dimensões são as mais importantes, mesmo que as necessidades dos indivíduos sejam diferentes. Embora a qualidade de vida no grupo que participa das ações de promoção da saúde tenha sido significativamente ( $p < 0,001$ ) maior que a do grupo que apenas recebeu cuidados médicos, em alguns domínios este último mostrou-se ligeiramente melhor, como pode ser observado nos gráficos 1 e 2. No caso do WHOQOL-Bref, o domínio “ambiente” se apresentou melhor no grupo de idosos que receberam somente assistência da USF, sem, contudo, apresentar diferença estatisticamente significativa em relação ao outro grupo ( $p = 0,124$ ). Esse domínio busca analisar a visão dos entrevistados quanto à segurança física e proteção; ambiente doméstico; recursos financeiros; cuidados de saúde e sociais; oportunidade de adquirir novas informações e habilidades; oportunidades de recreação; ambiente físico; e transporte. Dessa forma, pode-se inferir que o grupo beneficiado com as ações de promoção da saúde adquiriu mais conhecimentos,

ampliando a sua visão crítica no tocante as questões sociais, incidindo sobre as respostas acerca do seu local de residência, do sistema de transporte público, dos riscos a que se encontram expostos no ambiente, da pouca oportunidade de lazer, entre outros, repercutindo assim sobre o indicador desse domínio, ou seja, tornando-o menor, embora semelhante ao do grupo que não tem oportunidade de participar de debates sobre determinantes sociais em saúde, condições de vida e cidadania.

É relevante destacar que os fatores socioeconômicos influenciam na qualidade de vida da população, pois a situação econômica oferece suporte material para o bem-estar do indivíduo, influencia os modos de lidar com os graus de qualidade de habitação, com as pessoas que o rodeiam, com a independência econômica e com a estabilidade financeira (VERAS e ALVES, 1995).

Em relação ao WHOQOL-OLD, o domínio que avalia a independência na velhice (autonomia) descrevendo até onde se é capaz de viver tomando suas próprias decisões não se observou diferença estatisticamente significativa ( $p=0,082$ ) entre os grupos, porém, nota-se uma pequena superioridade, nesse domínio, entre os idosos que participam das atividades de promoção da saúde. Resultado este, que pode se atribuído ao fato desses idosos poderem vivenciar um envelhecimento ativo com maior poder de decisão sobre suas vidas. O envelhecimento ativo pode ser compreendido como o desejo ou a capacidade do idoso em adotar atividades físicas às suas atividades cotidianas (MICHAEL; GREEN; FARQUHAR, 2006). Já o domínio que descreve a satisfação do idoso relacionado a conquistas na vida e a coisas que almejam (atividades passadas, presentes e futuras) não mostrou diferença significativa entre os grupos ( $p=0,939$ ), podendo suscitar a reflexão de que as atividades de promoção da saúde, desenvolvidas no presente, não conseguem interferir ou reverter conquistas não alcançadas no passado. Entretanto, apesar de não se tratar de um estudo qualitativo, foi possível capturar, algumas falas, relativas a satisfação com a vida, durante a pesquisa de campo. Nesse sentido, mostra-se a seguir o relato de um dos entrevistados:

“Eu me sinto muito satisfeita com o Grupo. Porque me ajuda muito, até na depressão, que eu tinha, em tudo. Eu frequento a Caminhada e é muito bom, venho aqui nesse Grupo e danço, faço ginástica, artesanato, passeios [...] Eu gosto de fazer amizade. Eu sou de chegar no Grupo e abraçar e beijar todo mundo [...] acho que não está sendo bom só pra mim não, mas pra todos que estão frequentando o Grupo [...] eu hoje sou muito alegre” (Mulher, 71 anos).

De modo geral, os idosos percebem a qualidade de vida como algo bom, que pode estar relacionado à saúde, ao bem-estar, ao convívio com os outros, às atividades de lazer, ao apoio social e às condições financeiras. Eles ainda expressam o que pensam a respeito de qualidade de vida de acordo com as suas vivências, o que nos remete mais uma vez a destacar a importância e a potência da inserção desses idosos em Grupos de Promoção da Saúde para a sua percepção positiva em torno da qualidade

de vida. No tocante a satisfação com a vida, para Joia e colaboradores (2007), ela é um julgamento cognitivo de alguns domínios específicos na vida, como saúde, trabalho, condições de moradia, relações sociais, autonomia, entre outros, sendo, portanto, um processo de juízo e avaliação geral da própria vida comparando-a a critério estabelecido pela própria pessoa.

Uma boa parte dos idosos deste estudo destacou que, através do Grupo de Promoção da Saúde, encontraram os fatores que, segundo eles, colaboram para se sentirem mais saudáveis e felizes, ou seja, mais satisfeitos com a vida, como exemplos, os amigos com quem construíram vínculos afetivos e a equipe de saúde, que possibilitou maior elo desses idosos com os serviços de saúde de maneira confiável e, por consequência, as trocas de experiência e a vitória frente ao isolamento social.

O domínio “intimidade” apresentou significância estatística ( $p=0,024$ ) no grupo de idosos que recebe exclusivamente assistência médica. O domínio “intimidade” está relacionado à capacidade de se ter relações pessoais e íntimas. Apesar do Grupo de Promoção da Saúde estabelecer um relacionamento interpessoal durante os encontros diários com os outros componentes do grupo, provavelmente o julgam insuficiente, tendo em vista o leque de oportunidades que a vida oferece para aqueles que têm um maior poder aquisitivo e pode usufruir de variados bens de consumo, o que indiretamente potencializa a melhoria nas relações íntimas e pessoais. Afora isso, os idosos que ficam a maior parte do tempo no interior dos seus lares teriam, supostamente, mais oportunidades ou tempo disponível, para o relacionamento íntimo. Em suma, as atividades de promoção da saúde junto aos idosos, objeto do estudo, vêm exercendo um papel bastante relevante à medida promove melhoria na qualidade de vida do grupo, estimulando o convívio social e alavancando a formação de redes solidárias com base em diálogos e troca de saberes além de despertar a consciência crítica desses idosos aumentando o grau de exigências em busca da cidadania.

A intensificação do contato social através da convivência com outros grupos geracionais ou com pessoas da mesma idade, na participação de diversas atividades em um grupo estruturado, permite que a equipe de saúde consiga identificar alterações físicas ou psíquicas com maior propriedade e, conseqüentemente, imprimir ações mais efetivas, tanto no que tange a prevenção de doenças quanto para na manutenção da capacidade funcional do idoso (DALLEPIANE, 2009).

Pode-se dizer que houve diferença estatisticamente significativa ( $p<0,001$ ) entre os grupos investigados, apontando que, de uma forma geral, as atividades de promoção da saúde desenvolvidas pelos profissionais da estratégia Saúde da Família do bairro da Guarita vem contribuindo para a melhoria da qualidade de vida dos idosos que participam efetivamente do Grupo de Promoção da Saúde.



## Considerações finais

Pode-se dizer que, na opinião dos idosos que participaram da pesquisa, o Grupo de Promoção da Saúde responde a suas expectativas, que dizem respeito à criação de um espaço de acolhimento, escuta, atenção e convívio social. Percebe-se também que, para esses idosos, o Grupo possibilitou, além de distração e lazer, trocas de experiências e interações, que transformaram de modo significativo suas relações sociais, na medida em que os encontros grupais possibilitaram aos participantes novos relacionamentos e a ampliação da rede social de apoio, além de uma percepção de melhora na saúde e, conseqüentemente, na qualidade de vida.

O Grupo de Promoção à Saúde do Idoso se estabelece na perspectiva de somar esforços com as iniciativas nacionais empreendidas para a melhoria da saúde da pessoa idosa, especialmente na vigilância dos índices de hipertensão arterial e diabetes, contribuindo significativamente com a qualidade de vida e em consonância com a Política Nacional de Promoção da Saúde no país.

Destaca-se a importância do estabelecimento de parcerias entre a comunidade, os profissionais de saúde e os serviços da Atenção Primária, constituindo-se em uma conquista social que deve ser apoiada por parte do poder público na perspectiva de incentivar e potencializar as ações de promoção da saúde. Nesse sentido, a estratégia Saúde da Família apresenta-se como um importante veículo para a produção social da saúde no território.

Este estudo ganha relevância à medida que avalia práticas implantadas a partir de experiências locais nos serviços de saúde, contribuindo com a produção e difusão do conhecimento em uma área relevante do SUS - a promoção da saúde. Tais resultados poderão contribuir para a organização tecnológica do cuidado em saúde.

## Referências

ASSIS, M. et al. Avaliação do projeto de promoção da saúde do Núcleo de Atenção ao Idoso: um estudo exploratório. **Interface Comun. Saúde Educ.**, v. 13, n. 29, p. 367-382, 2009.

BRASIL. Portaria nº 2.528, de 19 de outubro de 2006. Política Nacional de Saúde da Pessoa Idosa. Brasília, DF, 2006.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Estatuto do idoso**. 2006a. Disponível em: < <http://portal.saude.gov.br/portal/arquivos/pdf/estatutodoidoso.pdf> >. Acesso em: 2013.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria nº 2.528**, aprova a Política Nacional da Pessoa Idosa. 2006b. Disponível em: < <http://www.saudeidoso.icict.fiocruz.br/pdf/PoliticaNacionaldeSaude-da-PessoaIdosa.pdf> >

BRASIL. Ministério da Saúde. **Envelhecimento e saúde da pessoa idosa**. Brasília: Ministério da Saúde, 2006c. (Série A. Normas e Manuais Técnicos) (Cadernos de Atenção Básica, n. 19).



- BRASIL. Ministério da Saúde. **Promoção da Saúde**: o histórico do paradigma e a construção da proposta brasileira no SUS. Brasília: Ministério da Saúde, 2010.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Política Nacional de Promoção da Saúde. 30ª ed, Brasília(DF): Ministério da Saúde; 2010.
- BOURDIER, P. **O poder simbólico**. Rio de Janeiro: Editora Bertrand Russel, 1998.
- BRUNETTI, R. F. A odontologia e o seu dia-a-dia. **Rev. Gaúcha Odontol.**, v. 50, n. 1, p. 58, 2002.
- CAROMANO, F. A.; IDE, M. R.; KERBAUY, R. R. Manutenção na prática de exercícios por idosos. **Rev. Dep. Psicol. UFF**, v. 18, n. 2, p. 177-192, 2006.
- CAMPONOGARA S, KIRCHHOF ALC, RAMOS FR. Perspectivas para a qualidade de vida e a promoção da saúde no contexto da sociedade de risco. *Cienc Cuid Saude*, v. 4:551-7, 2008.
- CARVALHO AI, WESTPHAL MF, LIMA VLGP. Health promotion in Brazil. *Promot Educ*. 14 (4):12, 2007.
- CECILIO, L. C. O. Escolhas para inovarmos na Produção do Cuidado, das Práticas e do Conhecimento: Como Não fazermos “mais fazer MESMO”. **soc Saude.**, São Paulo, 21, n. 2, Junho de 2012.
- DALLEPIANE L. B. (Org.). **Envelhecimento humano**: campo de saberes e práticas em saúde coletiva. Ijuí: Unijuí, 2009.
- DAY, R. Local environments and older people's health: dimensions from a comparative qualitative study in Scotland. **Health Place**, v. 14, p. 299-312, 2008.
- FLECK, M. P. A.; CHACHAMOVICH, E.; TRENTINI, C. WHOQOL-OLD Project: method and focus group results in Brazil. *Rev. Saúde Pública* v. 37, n. 6, p. 793-799, 2003.
- HARTZ ZM; CONTANDRIOPOULOS, A. P. Integralidade da atenção e integração de serviços de saúde: desafios para avaliar a implantação de um “sistema sem muros”. *Cad Saúde Pública*; 20 Supp I2:S331-6, 2004.
- JOIA, L. C.; RUIZ, T.; DONALISIO, M. R.. Condições associadas ao grau de satisfação com a vida entre a população de idosos. *Revista de Saúde Pública* v. 41, n. 1, p. 131-138, fev. 2007.
- MENDES, E. V. As redes de atenção à saúde. **Ciênc. Saúde Coletiva**, v. 15, n. 5, p. 2297-2305, 2010.
- MICHAEL, Y. L.; GREEN, M. K.; FARQUHAR, S. A. Neighborhood design and active aging. **Health Place**, v. 12, n. 4, p. 734-740, 2006.
- MINAYO, M. C. S. A Vida e a saúde do idoso na sociedade global e pós-industrial. *Arq. Geriatr e Gerontol*, v. 4, n. 2, 51-56, 2000.

NERI, A.L. Qualidade de vida na velhice e atendimento domiciliário. In: DUARTE, Y. A. O.;DIOGO, M. J. D. (Org.). Atendimento domiciliar: um enfoque gerontológico. São Paulo: Atheneu, 2000.

PAPALÉO NETTO, M. **Gerontologia**: a velhice e o envelhecimento em visão globalizada. São Paulo: Editora Atheneu, 2005.

PENA, F. B.; SANTO, F. H. E. O movimento das emoções na vida dos idosos: um estudo com um grupo da terceira idade. Revista Eletrônica de Enfermagem, Goiânia, v. 8,n.1,p.17-24,2006.

SANTOS, L. M. et. al. Grupos de promoção à saúde no desenvolvimento da autonomia, condições de vida e saúde. Revista de Saúde Pública, São Paulo, v. 40, n. 2, p. 346-352, abr. 2006.

SILVESTRE, J. A.; COSTA NETO, M. M. Abordagem do idoso em programas de saúde da família. Cadernos de Saúde Pública, v. 19, n. 3, p. 839-847, jun. 2003.

VASCONCELOS, C. M.; PASCHE, D. F. O Sistema Único de Saúde. In: CAMPOS, G. W. S. et. al. (Orgs.). **Tratado de saúde coletiva**. São Paulo; Rio de Janeiro: HUCITEC; FIOCRUZ, 2006. p. 531-562.

VERAS, R. Envelhecimento populacional contemporâneo: demandas, desafios e inovações. **Rev. Saúde Pública**, v. 43, n. 3, p. 548-554, 2009.

VERAS, R. P.; CALDAS, P. C. Promovendo a saúde e a cidadania do idoso: o movimento das universidades da terceira idade. **Ciênc. Saúde Coletiva**, v. 9, n. 2, p. 423-432, 2004.

VERAS, R. P.; ALVES, M. I. C. A população idosa no Brasil: considerações acerca do uso de indicadores de saúde. In: MINAYO, M. C. Os muitos brasis: saúde e população na década de 80. Rio de Janeiro: Hucitec; 1995.

VIRTUOSO JÚNIOR, J. S.; GUERRA, R. O. Fatores associados às limitações funcionais em idosos de baixa renda. **Rev. Assoc. Med. Bras.** v. 54, n. 5, p. 430-435, 2008.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. The Ottawa Charter for Health Promotion. Ottawa, Canada: WHO; 1986.

## JANELAS DE OPORTUNIDADES PARA REFLEXÃO E RESSIGNIFICAÇÃO DO CUIDADO EM SAÚDE MENTAL PARA AGENTES COMUNITÁRIOS

*José Adailton Roland Diniz,*

*Janete Nakatani,*

*Raimundo Antonio da Silva,*

*Maria dos Remédios da Silva Lira*

### Introdução

A diversidade de mudanças ocorridas no âmbito da Saúde e de suas políticas tem gerado continuamente a necessidade emergente de mudanças de práticas e ofertas de cuidado nos serviços de atenção à saúde individual e coletiva. O cuidado se volta para atingir o indivíduo na sua totalidade, vislumbrando ações e serviços que os alcancem com qualidade e de forma integral. (EPSJV, 2005).

Inserida nesse contexto de cuidado está a Estratégia saúde da família que executando suas ações por meio de uma equipe multiprofissional - um médico, um enfermeiro, um técnico em enfermagem e até doze Agentes comunitários de Saúde- ACS) que atua no território como ferramenta da Atenção Básica. Segundo Brasil (2011), suas ações devem ser desenvolvidas com o mais alto grau de descentralização capilaridade, próxima da vida das pessoas; deve ser o contato preferencial dos usuários, a principal porta de entrada e centro de comunicação da Rede de Atenção à Saúde; orienta-se pelos princípios da universalidade, da acessibilidade, do vínculo, da continuidade do cuidado, da integralidade da atenção, da co-responsabilização, da humanização, da equidade e da participação social. Como tradutora da Atenção Básica, deve considerar o sujeito em sua singularidade e inserção sociocultural, buscando produzir a atenção integral.

Por ser uma proposta inovadora vivencia ainda inúmeras dificuldades de execução, na sua grande maioria relacionada às demandas da gestão e inovações do processo

de trabalho que se fundamenta na interdisciplinaridade, centrado no indivíduo inserido no contexto social e comunitário, buscando resolubilidade, ampliando a clínica, gerenciando o cuidado, co-responsabilizando os indivíduos e, obrigatoriamente, cuidando com o olhar para a vida.

O ACS, junto a sua equipe, exerce o papel de vínculo entre a comunidade e os serviços de saúde. É um indivíduo, nativo do seu lugar de trabalho, que vivencia todas as situações problemas e de vida de sua comunidade, muitas vezes nasceu e cresceu com os demais moradores e que por isso comunga com eles os anseios de melhoria ao seu espaço comunitário. (BACHILLI, SCAVASSA, SPIRI, 2008).

Para ele, trabalhar na ESF é um grande desafio, pois deve executar um rol de atribuições e cumprir as complexas exigências de utilizar ferramentas de trabalho em saúde para as quais não recebeu preparo técnico, dentre as destacam-se as quais as exigências voltadas para o grande demanda de problemas de saúde mental cada vez mais crescente existentes nos territórios. Todas essas exigências ligadas a sua vida e ao processo de trabalho, os expõem e os tornam mais vulneráveis a problemas de saúde mental, que deverão ser vistos de forma cuidadosa por ele mesmo e por sua equipe, pois para cuidar do outro é necessário estar saudável a começar do componente mental.

A Saúde Mental é definida pelo equilíbrio emocional entre o patrimônio interno e as exigências ou vivências externas; a capacidade de administrar a própria vida e as suas emoções dentro de um amplo espectro de variações sem, contudo, perder o valor do real e do precioso. É ser capaz de ser sujeito de suas próprias ações sem perder a noção de tempo e espaço. É buscar viver a vida na sua plenitude máxima, respeitando o legal e o outro. Saúde Mental é estar de bem consigo e com os outros. Aceitar as exigências da vida. Saber lidar com as boas emoções e também com as desagradáveis: alegria/tristeza; coragem/medo; amor/ódio; serenidade/raiva; ciúmes; culpa; frustrações. Reconhecer seus limites e buscar ajuda quando necessário. (AMARAL, 2005).

Com a saúde mental estável pressupõe-se que o indivíduo fará melhores escolhas na vida, terá atitudes e comportamentos mais saudáveis, mais esclarecidos, ou seja: indivíduo exercerá melhor seu protagonismo, inclusive no trabalho, terá um comportamento mais saudável.

Conforme Ranrakha et al. (2000, p.263):

“[...] o comportamento saudável de cada indivíduo depende muito de sua saúde mental Assim, por exemplo, as doenças mentais e o estresse psicológico afetam o comportamento saudável e este comportamento saudável, devido ao papel que ele desempenha na determinação do estado geral de saúde, tem sido visto como preponderante no surgimento de situações de morbidade, como por exemplo para doenças não transmissíveis, doenças cardiovasculares e o câncer, cobram um enorme tributo em saúde e vidas em todo o mundo. Muitas delas vinculam-se estreitamente a formas pouco

saudáveis de comportamento, como o uso de álcool e tabaco, regime alimentar deficiente e vida sedentária”

Quanto aos agravos psíquicos decorrentes do trabalho, mesmo com a resistência cultural e institucional do Instituto Nacional de Seguro Social (INSS), foi evidenciado um crescimento substancial desses agravos na instituição, 612 em 2006, 7.690 em 2007, 12.818 (em 2008) e 12.882 em 2009 e 15.026 em 2014 BRASIL (2015). Esses transtornos têm agravamento de suas condições, evidenciados no contexto do uso das drogas, nos acidentes de trabalho, no aumento da incapacidade no trabalho gerando afastamento por tempo prolongado e exclusão do mercado de trabalho, resultando em grandes custos ao Estado e à sociedade. (LANCMAN et. al., 2010).

Quanto a vivência do trabalho, mais específica dos ACS, há de se considerar diversas situações que influenciam sua saúde mental: há um anseio dos agentes de saúde pelo reconhecimento de sua identidade profissional, o que, se fosse atendido, contribuiria, certamente, para a diminuição da instabilidade da classe na Saúde da Família. (NASCIMENTO, 2005).

Para Reis (2005), o mal-estar sentido pelos ACS em relação à equipe tem como fonte a falta de reconhecimento pelo trabalho que desempenham com dedicação e esforço. Para a autora não é o trabalho em si que gera sofrimento, mas sim o meio / condições em que esse trabalho se dá.

Jardim e Lancman, (2009) Wai e Carvalho, (2009), Bachilli, Scavassa e Spiri, (2008), destacaram as dificuldades decorrentes da própria organização do trabalho, com destaque a sobrecarga de trabalho, a falta de retaguarda institucional para as ações desenvolvidas junto à população, o desgaste emocional gerado pelo intenso envolvimento com as pessoas e famílias e os limites entre vida pública (trabalho) e vida privada desse profissional.

Com fundamento nessa realidade, há necessidade de criar espaços de diálogo, orientação e cuidado, bem como, pesquisas que tratam sobre o processo de formação de ACS e mostram como é fundamental, apresentar modelos educativos que levem a reflexão e a participação, servindo de estímulo para o seu uso junto à comunidade. (DUARTE; SILVA; CARDOSO, 2007).

Segundo Lunardi et al. (2004), o cuidado dos elementos da equipe, como sujeitos que necessitam também ser cuidados, aumentará a motivação para cuidar e a melhorará a qualidade do cuidado oferecido. É necessário propiciar espaço de reflexão para os ACS, de modo a destituir o trabalho realizado por eles, suas dificuldades e potencialidades. Buscar, com isso, promover um espaço de interação reflexão e elaboração de conteúdos intra e intersubjetivos mobilizados pelo contato com emendas do território e pelo contexto institucional.

Para Neves (2002), quem cuida de modo adequado de si mesmo, encontra-se em condições de relacionar-se, de conduzir-se adequadamente na relação com os demais.

O cuidado de si constitui-se em parar, dirigir o olhar para nossa vida. Cada ser humano que é um corpo precisa encontrar as suas estratégias de cuidado de si, uma vez que “é a pessoa que atribui significados e valores, a partir dos quais desempenha o autocuidado, ou seja, a pessoa assume seu próprio poder no cuidado de si e busca alternativas para manter-se saudável”.

Oliveira e Leme (2009) afirmam: é necessária a construção da instituição de cuidado, com a proposta de investigação sobre concepções, significados subjetivos e necessidades dos profissionais em relação às suas práticas. A criação de um “espaço de cuidado” para esses profissionais teria o objetivo de proporcionar vivências e reflexões sobre o cuidado de si, e dessa forma, aprender e implementar no outro e com o outro o melhor cuidado.

Assim, baseado nas evidências dos autores somadas as vivências junto aos ACS, no cuidado, na docência e na gestão, sentimo-nos mobilizados para execução dessa proposta de intervenção, cujo objetivo foi oportunizar um espaço para reflexão e ressignificação do cuidado em saúde mental para as ACS, aproximando-as de suas experiências; conhecendo os sentimentos e necessidades decorridas do seu trabalho e estimulando –as a mudanças atitudinais frente as situações do cotidiano.

## Materiais e métodos

Trata-se de um estudo de intervenção voltado para promoção da saúde, compartilhado implementado por dois mestrandos da Rede Nordeste de Formação em Saúde da Família - RENASF, com 13 ACS das equipes de nº06 e nº17 da ESF, ambas do sexo feminino, com idade entre 22 a 60 anos e tempo de trabalho como ACS de no mínimo 10 anos. Ambas lotadas no Centro de Saúde Antonio Guanaré – Bairro do Coroadinho, Distrito Sanitário Coroadinho, Município de São Luís -MA, nos meses de abril e maio de 2014.

Este tipo de estudo fundamenta-se nos pressupostos da Pesquisa-ação. Tem como base a ideia de uma relação dialética entre pesquisa e ação, supondo ainda que a pesquisa deve ter como função a transformação da realidade. A pesquisa-ação segundo ele, “é um tipo de pesquisa” social com base empírica que é concebida e realizada em estreita associação com uma ação ou com a resolução de um problema coletivo no qual os pesquisadores e os participantes representativos da situação ou problema estão envolvidos de modo cooperativo ou participativo intervindo em dada realidade (THIOLENT, 2011).

“O projeto de intervenção é fruto da percepção e identificação de um problema, iniciando-se, desse modo, o próprio processo de intervenção por meio dessa sensibilidade para observar e detectar um problema sentido e/ou vivenciado”. (UNB, 2006).

O cenário foi o Distrito Sanitário do Coroadinho, território constituído por uma população de aproximadamente 134.000 habitantes e o bairro, conforme IBGE (2010),

possui uma população de aproximadamente 53.945 pessoas, ocupando a 4ª posição no ranking nacional dos chamados aglomerados subnormais. É a maior favela das regiões Norte e Nordeste, a quarta maior do país e disputa o título de região mais violenta da capital do Maranhão, São Luís. (LIMA, 2011).

A intervenção teve início após aprovação no Comitê de Ética da Secretaria Municipal de Saúde de São Luís (Parecer nº 2014.01.23-04-12). Foi realizado um encontro para apresentação da proposta e cinco oficinas com carga horária de 4 horas e atividades de dispersão de 20 horas, ambas com registro das atividades em diário de bordo, gravação e fotografias em momentos presenciais e de dispersão, a saber: 1ª oficina: Eu e o Meu Umbigo – o objeto desta oficina é o EU redescoberto, desde a origem, a identidade social e pessoal; 2ª oficina: “Eu Caçador de Mim” – identificar espaços e possibilidades de protagonismo; 3ª oficina: “Olhai e Vigiai Todos Vós”- identificar situações de risco ou de necessidades de intervenção; 4ª oficina: “Espelho, espelho meu”, existe melhor cuidador de mim do que Eu?- reconhecer potencialidades individuais para o cuidado de si e a 5ª oficina: “Dia D’EU”- experienciar protagonismo.

Para vivenciar as oficinas utilizou-se de diversas atividades de cunho pedagógico e cuidado (trabalhos em grupo, dinâmicas, escuta, leitura e discussões de textos, aplicação de instrumentos avaliativos, alongamentos, massagens, elaboração de planos, genograma, ecomapa, dentre outras atividades previamente programadas), visando a mobilização e participação dos ACS, promovendo o autoconhecimento, autoconsciência, além de possibilitar as reflexões necessárias para a produção de comportamentos saudáveis a curto, médio e longo prazo, de acordo com os objetivos da intervenção.

Para descrição dos resultados da intervenção, os dados quantitativos foram expressos em números absolutos e relativos e os qualitativos, produtos das gravações e dos diários de bordo, foram organizados seguindo as etapas de Bardin (2009): 1) pré-análise, 2) exploração do material e 3) tratamento dos resultados, inferência e interpretação.

## Resultados e discussão

Ressalta-se que processos de identificação de demandas e intervenção aconteceram concomitantemente, a medida que surgiram as necessidades no grupo, porém na descrição dos resultados, optou-se por uma separação das etapas, de uma forma mais didática a fim de possibilitar melhor compreensão.

### Promovendo aproximação com as experiências de vida e trabalho

No contexto de promoção da saúde mental das agentes, considerou-se importante o uso de estratégias que buscassem aspectos de sua personalidade e promovesse aproximação de si, fazendo com que reconhecessem o processo dinâmico do de-

envolvimento psíquico e em segundo plano percebessem que este se dar por meio das experiências ao longo da vida, determinando diversas posturas, formas de reagir diante das situações, direcionando suas aspirações que neste caso consideramos as nomenclaturas sonhos ou perspectivas.

Como a proposta da dinâmica de grupo o Crachá Linha da Vida, na qual a partir da escrita do nome (com significado), uma lembrança (passado), uma realização presente e um sonho (futuro) , iniciou-se uma roda de conversa, iniciamos a busca de aproximar as ACS com suas memórias a partir das vivências pessoais de prazer ou sofrimento.

No grupo, foi citado problemas quanto à aceitação do nome ACS e algumas sabem justificar sua escolha:

“ não gosto do meu nome cheguei a rasurar minha carteira de estudante, se fosse fácil eu mudaria” ;

“ era para ser um e meu pai decidiu por este quando foi me registrar, não gosto”; “Meu pai tinha uma senhora que ele admirava muito, gostava muito dela e decidiu homenageá-la”

Ao buscarem na sua linha da vida as situações memoráveis, trouxeram relatos de diversas fases de vida, explicitando, a partir delas, a importância dos fatos, pessoas, cenários.

“lembrança do tempo que nos reuníamos mais vezes para aprender mais nos cursos capacitações”;

“lembro de um riacho na infância, ah! Como era bom naquele tempo, hoje em dia as crianças não brincam de verdade”;

“já faz muito tempo, lembra do encontro de casais para conversar, rir e brincar e em seguida tomar mingau”

Ao abordar os problemas, expressaram principalmente problemas de ordem pessoal e familiar e comunitários:

“sinto muita a falta de minha mãe”

“o meu problema é sentimental separei com o meu marido”

“dificuldade de superar a morte do meu primo que aconteceu muito recente, e eu não consigo ainda lidar bem com essa perda”

“passo uma barra lá em casa, meu filho é usuário de drogas”

“minha mãe perdeu a memória só Deus sabe como é que estou, o meu pai é diabético e meu marido teve AVC, lá em casa é uma luta diária”

“gostaria que resolvessem os problemas de enchente no meu bairro”

“a falta de água tem sido o meu maior problema, às vezes passo a noite sem dormir esperando água”.



Ao propor a vivência do Ateliê Renascer (Figura 1), atividade desenvolvida em três momentos: projeto de imagem, metamorfose e culminância – tempos distintos nos quais as participante idealizaram uma nova imagem a ser projetada para si e para o mundo, produziram essa imagem e refletiram sobre o processo de mudança em vivência grupal. Após essas etapas, expressaram –se ao grupo com autoestima positiva, idealizando novas propostas de vida, reconhecendo seus limites e potencialidades, além de reconhecer a necessidade de entrega a possíveis situações geradoras de prazer.

“estou pensando em passear, me cuidar melhor sempre pensar em uma vida mais saudável; Eu gostaria de ser mais elegante, uma velhinha cheia de saúde e muito elegante futuro mais elegante de ser uma velhinha ;  
“Eu gostaria que o mundo me visse uma pessoa elegante, feliz, mulher de coragem para vencer os obstáculos ser querida por todos as pessoas”  
“Como uma criança curiosa com sede de descoberta estou ficando durante essa semana”  
“Queria e tento passar para as pessoas que conheço, essa pessoa divertida e alegre que sou que apesar de todos as dificuldades que estou passando, vale a pena sorrir, acredito que os problemas são meus , sempre tenham uma boa impressão de mim”

Figura 1: Registro fotográfico da dinâmica Ateliê Renascer.



Fonte: Elaborada pelos autores.

Os relatos se somam com os sentimentos positivos, relacionados com o ser agente

comunitário, constituindo-se em elementos preponderantes, na expressão de autoestima positiva por parte das agentes, evidenciadas nos relatos abaixo.

“Eu gosto de ser agente comunitária de saúde, já tive oportunidades de ser outra coisa, mas não quis, preferi continuar sendo ACS”

“Mesmo com as dificuldades que nós enfrentamos, sei que a nossa profissão é importante para a comunidade, eu gosto de ser agente de saúde”

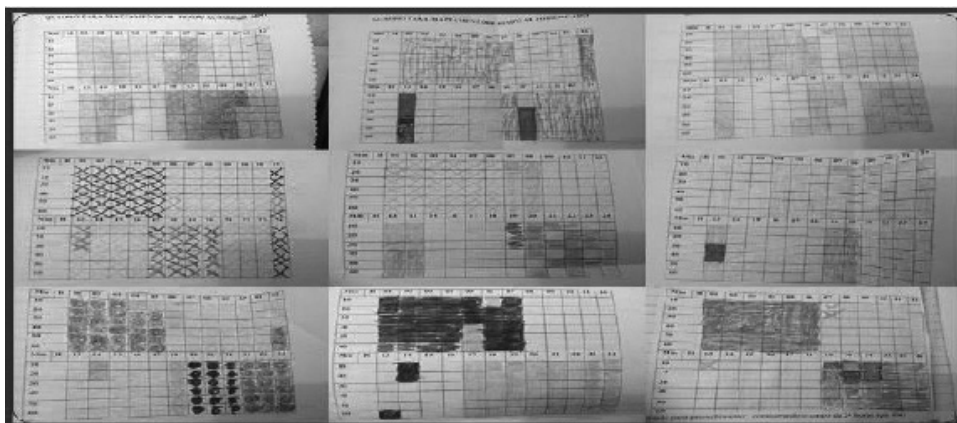
“Ah! Nós temos muitas dificuldades diárias, mas é muito bom ser agente comunitária, ajudar na saúde das pessoas.”

## O lugar do trabalho entre as ACS

Embora o homem seja um ser multidimensional, participar de vários lugares e desenvolver múltiplas funções, ele dedica grande parte de sua vida ao trabalho, onde investe tempo em esforço, conhecimentos e qualificações. O nível de exigência cada vez maior, por resultados satisfatórios, no desempenho da função aliado à alta competitividade por um espaço no mercado de trabalho fazem dele um elemento importante no cotidiano do indivíduo, contribuindo e influenciando na sua qualidade de vida (FERRO, 2012).

Ciente da influência do trabalho na vida do ser humano, oportunizamos a aproximação das ACS com suas atividades do dia a dia buscando, entre outros objetivos, conhecer o lugar que o trabalho ocupa em suas vidas e que outras dimensões importantes estão sendo valorizadas ou não no seu contexto diário.

**Figura 2** - Resultados da avaliação do tempo autodedicado.



Fonte: Elaborada pelos autores.

Esse momento da intervenção foi realizado em grupo, cada participante recebeu um mapa em branco contendo 24 horas e cada uma dessas horas divididas em seis qua-

dros na vertical enumerados de dez em dez minutos. Em seguida foram orientadas a colorir, considerando cada um desses quadros de acordo com o tempo gasto em cada grupo de atividades: alimentar-se, dormir, higiene pessoal (verde), trabalho (amarelo), atividades autocentradas - lazer, estética, atividades físicas/desportivas (vermelho), atividades dedicadas à família, amigos, conhecidos, assistenciais (azul) e atividades auto-reflexivas pensar no seu fazer, querer e ser (rosa), considerando média das atividades representativas, expressas no tempo de uma semana. Evidenciou-se que as ACS têm boa parte do seu tempo dedicado ao trabalho e deixam de lado as outras atividades, pessoas e lugares que também fazem parte de sua vida.

### Conhecendo os sentimentos e necessidades decorridas do trabalho

Para o alcance dos objetivos na Estratégia Saúde da Família - ESF, de acordo com Portaria GM 2488/11, os ACS deverão realizar seu trabalho com base nas ações territoriais dando ênfase às visitas no domicílios, a partir do planejamento e do trabalho em equipe, numa perspectiva voltada principalmente para a promoção da saúde e prevenção de doenças, que é a grande atribuição no trabalho prescrito dessa categoria profissional, conforme se evidencia nos documentos regulamentadores: Normas Operacionais Básicas – NOB – SUS /96, Ítem 8; Lei 10.507/2002 - Lei de criação da profissão de ACS, Art. 2º; Lei 11.350/2006 – Lei que dispõe sobre o exercício das atividades de Agente Comunitário de Saúde e de Agente de Combate às Endemias, art. 3º.

Entre as ACS, embora se saiba que o trabalho prescrito deva ser baseado na promoção e prevenção, o trabalho real tem sido executado de forma bem diferente, produzindo nelas sentimentos de insatisfação e desprazer, e nas famílias, dificuldades na resolução dos problemas. Avaliam o trabalho como ineficiente, e cada vez mais distanciado dos objetivos da ESF, principalmente pela ausência de trabalho de promoção e prevenção realizados no território:

“quando eu e as colega ... que nós somos primeiras, lembro que nosso trabalho na área era mais gratificante, nós fazíamos as consultas pela manhã. nas tardes o carro estava disponível, era feito um rodízio com as ACS, quando chegava na sexta-feira nossa área estava toda coberta, semana inteira, além daquelas pessoas que precisavam no posto também tinha na área, hoje ficou assim tão restrito, acho que fica mais difícil de resolver os problemas”  
 “ gente fazia extramuros, fazia uma agenda com a enfermeira. Na comunidade, nós íamos convocar as gestantes, a enfermeira fazia as palestras, as vacinações, em outro momento eu e a colega que morávamos mais próximas, reuníamos as famílias para ela (enfermeira) ir atender... ai nós ficamos só com a saudade...”

“quando era para vacinar, a nossa enfermeira ia junto com a gente pegava a caixinha, íamos pulando de calçada em calçada, nunca disse que não ia, independentemente, de ter carro ou não do posto, a gente ia”

Além da insatisfação com a forma de execução do trabalho, referiram dentre outros problemas o convívio diário com a violência no território:

“por diversos motivos tenho que estar bem alerta e ligada quando estou no exercício do trabalho e também de volta para a casa mudo de rota todos os dias quando percebo que repeti algumas vezes a rota ou atividade, ou local, ou hora, mudo para não ser pega no lance da oportunidade, tenho medo de assaltos”

“ah! Já me vi em cada situação: já cheguei na casa para visitar, a mãe estava agredindo a criança, o marido estar agredindo a mãe, eu ti digo com toda certeza eu fico de pés e mãos atadas, eu já vi o marido agredindo a mulher, eu volto da porta e me sinto de pés e mãos atadas”

Considerando as evidências e a vulnerabilidades oriundas das demandas impostas no cotidiano do trabalho, buscou-se avaliar o estado de saúde mental dessas agentes. Para isto utilizou-se a autoaplicação da ferramenta SRQ20 (Self Reporting Questionnaire versão 20 itens), que avalia a presença de sintomas neuróticos, indicativos de suspeição para transtornos mentais comuns (TMC's), esses transtornos ocorrem quando existem alterações orgânicas significativas mediante a presença do estímulo avaliado como estressor. (BALLONE; NETO; ORTOLONI, 2002).

**Tabela 1** - Distribuição das ACS das equipes 02 e 17, segundo respostas positivas ao SRQ20. Centro de Saúde Antonio Guanaré, São Luís-MA, maio de 2014.

SINTOMAS	QUESTÃO	DESCRIÇÃO	F=13 SIM
COMPORTAMENTO ANSIOSO / DEPRESSIVO	09	Sente-se triste ultimamente?	04
	03	Você dorme mal?	03
	10	Você chora mais que o de costume?	03
	06	Sente-se nervoso, tenso, preocupado?	06
	05	Tem tremores em mãos?	01
	04	Assusta-se com facilidade?	06
DECRÉSCIMO DE ENERGIA	13	O seu trabalho traz sofrimento?	03
	19	Você cansa com facilidade?	07
	18	Sente-se cansado o todo o tempo?	04
	11	Tem dificuldade de ter satisfação em suas tarefas?	04
SINTOMAS SOMÁTICOS	20	Você sente desconforto estomacal?	05
	02	Você tem falta de apetite?	-
	07	Você tem má digestão?	03
	01	Tem dores de cabeça freqüentemente?	04

<b>HUMOR DEPRESSIVO</b>	12	Tem dificuldade de tomar decisão?	04
	15	Tem perdido interesse pelas coisas?	04
	16	Sente-se inútil em sua vida?	01
	08	Tem dificuldade de pensar claramente?	03
	14	Sente-se incapaz de desempenhar papel útil em sua vida?	-
	17	Tem pensado em dá fim a sua vida?	-

Fonte: Elaborada pelo Autor (2014)

A Tabela 1 apresenta os resultados da avaliação de saúde mental do grupo de ACS, onde se expôs a partir dos grupos de sintomas, avaliando como indicativo de presença de TMC's, a participante que respondeu afirmativamente a oito questões do instrumento, visto que só participaram da intervenção pessoas do sexo feminino, seguindo as orientações de trabalhos mais recentes de Gonçalves, Stein e Kapczinski, (2008).

Os itens mais prejudicados na dimensão comportamento ansioso ou deprimido foram: as questões seis e quatro com seis ACS respondendo positivamente. Na dimensão dois, decréscimo de energia, sete ACS afirmaram cansar-se rapidamente. O sintoma somático mais referido foi o desconforto estomacal e por último, na dimensão humor depressivo destacam-se a dificuldade de tomar decisões e perda de interesse pelas coisas com quatro seguida de três ACS que afirmaram não conseguir pensar claramente.

### **Estimulando as ACS para mudanças atitudinais frente aos problemas e situações do cotidiano de vida e trabalho**

Conforme já mencionado, as oficinas aconteceram baseadas em atividades de grupo e momentos individuais de reflexão e escuta. (Figura 3), que apontaram melhorias no cuidado primeiramente de si e em seguida do outro, por isso as estratégias e conteúdos trabalhados foram pensadas para além desse momento, ou seja: a oportunidade das ACS vivenciá-las propiciou o treinamento de habilidades para momentos posteriores que servirão para uso pessoal individualizado, bem como nos seus espaços de cuidado.

**Figura 3** - Registro fotográfico dos trabalhos em grupo



Fonte: Elaborada pelos autores

Destacam-se para o grupo, entre outros objetivos, o de ajudar os indivíduos a alterarem seus padrões comportamentais e a desenvolverem modos novos e mais eficazes de lidarem com o estresse da vida diária e com as próprias dificuldades pessoais advindas do processo terapêutico. Para atingirem estes objetivos estas pessoas se reúnem para expressar suas ideias, sentimentos e para desenvolver novos padrões comportamentais, o que caracteriza o grupo terapêutico. (ROEDER, 2003).

Para Keitel (2014), os grupos com funcionamento de “grupos de trabalho” estabelecem entre si uma relação continente sendo capazes de operar com paciência sobre as experiências emocionais de angústia e sofrimento até chegar a uma nova significação e, por conseguinte, a novos níveis de integração. Esta forma de funcionamento se correlaciona com uma prevalência de matrizes vinculares de confiança, fundadas na prevalência do positivo sobre o negativo.

No que se refere à escuta, o Mistério da Saúde (BRASIL, 2013) afirma que no contexto do cuidado, é considerada um dispositivo, uma tecnologia, uma ferramenta do campo das relações, e representa a possibilidade de se construir uma nova prática em saúde, buscando dar respostas adequadas às demandas e necessidades individuais das pessoas e grupos.

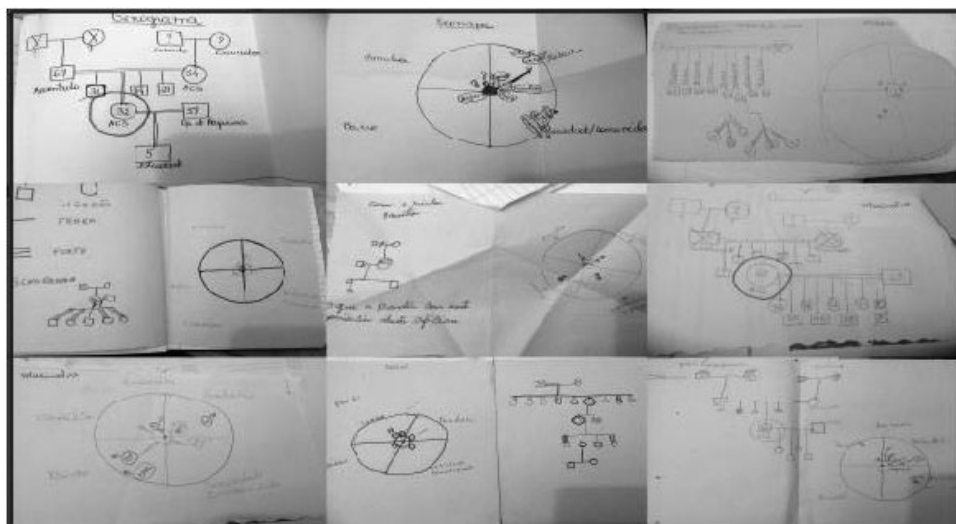
É na escuta que todo processo de cuidado se inicia, é a partir dela que se tornará possível aproximar-se da realidade das pessoas, conhecer seus desejos, suas possibilidades, seus limites. A escuta qualificada, cuidadosa e sensível, tornará possível a

construção de vínculos, a produção de relações de acolhimento, o respeito à diversidade e à singularidade no encontro entre quem cuida e quem recebe o cuidado (BRASIL, 2013). Uma escuta cuidadosa e sensível pressupõe dar a voz à pessoa, à família, ao grupo ou ao coletivo para que falem sobre seus problemas, suas expectativas, suas explicações e suas tentativas de intervenção. (MORORÓ, 2010).

## Desmitificando a saúde mental e analisando os vínculos

Para contribuir com as reflexões e ressignificação do cuidado em saúde mental, introduzimos de forma pedagógica a leitura do texto de Pereira e Oliveira (2013). Mas, afinal, o que é saúde mental? Com a escuta dos ACS, o momento ficou propício para se trabalhar a aproximação com as fragilidades e potencialidades individuais, desmitificar os estigmas do termo saúde mental, refletir sobre o viver saudável e reelaborar as recomendações para uma saúde mental estável, além de já lançar o olhar para a compreensão da importância dos vínculos visualizados a partir do trabalho de elaboração dos genogramas e ecomapas (figura 4): desenhos capazes de demonstrar a composição familiar as relações intrafamiliares e dos componentes familiar com espaço extra familiar. A proposta se desenvolveu após a escuta em grupo com abordagem voltada para o tempo autodedicado.

Figura 4: Registro fotográfico do genograma e ecomapa das ACS



Fonte: Elaborada pelos autores

Ao refletirem sobre seus vínculos também ajudados pela revisita ao mapeamento do tempo autodedicado, perceberam que boa parte do seu tempo havia sido dedicado ao trabalho, e isso havia subtraído o tempo para si e para as demais vivências relacionais. A partir daí as reflexões e estímulos se voltaram para o cuidado de si na vida e



no trabalho, reorganização e uso otimizado do tempo focando e valorizando também as outras dimensões fora do trabalho. Assim, com essa perspectiva, traçaram para si um plano individual de cuidados, vivenciaram e refletiram sobre o cuidado de si

### Elaborando o plano de cuidado

A elaboração do plano de cuidados foi para as ACS, o momento em que puderam, expor a partir das avaliações e discussões coletivas, algumas atividades para execução a curto e médio prazo, tendo como princípio norteador o planejamento das atividades que dependessem principalmente delas para sua execução. Elencaram dentre outras propostas: “caminhadas três vezes por semana”; “vou dançar duas horas por dia”; “vou trabalhar concentração para resolução dos problemas”; “organizar minhas finanças”; “procurar um profissional para avaliar – o psicológico”; “continuar me controlando ao máximo para resolver os problemas que aparecem”; “vou me programar para dormir mais”; “vou sair com as minhas colegas para tomar banho de praia”; “deixar de usar o cartão por um bom *tempo* e não pedir emprestado de outras pessoas”; “organizar melhor o meu trabalho”; “sair conversar com os amigos, contar história, ir à praia tentar ser mais alegre, brincar com minha netinha”; “aceitar que a vida continua apesar da perda de um ente querido, “cuidar do meu filho pois ele me faz feliz”

### O soninho de ouro

O soninho de ouro foi um momento propiciado para as ACS, como forma de vivenciar a sesta e sensibilizar para a importância do sono, como pré-requisito para o bom funcionamento das funções psíquicas. Após o almoço, foram repassadas algumas informações pertinentes sobre a importância do sono, em seguida foi oferecido um espaço tranquilo, com baixa temperatura e som relaxante, para que as ACS desansassem por um tempo máximo de sessenta minutos, como forma de incentivar para prática posterior no seu cotidiano (Figura 5)

Figura 5: Registro fotográfico do soninho de ouro



Fonte: Elaborada pelos autores



Para Palma et al. (2007), o sono mal dormido tem repercussão importante sobre o sistema imunológico. A privação de sono é um fator de estresse, que causará aumento da liberação de cortisol que será, conseqüentemente, responsável pela queda da imunidade. Além disso, resultará em cansaço diurno, sonolência, dificuldade de concentração, déficit de aprendizado, perturbação do humor. Em especial, a sesta, a famosa soneca após o almoço, embora de eficácia muito discutida e controversa entre os estudiosos, poderá fazer a diferença entre a resolução ou não dos desafios intelectuais.

Há pouco tempo, foi apresentado por pesquisadores do Laboratório de Cronobiologia Humana do Setor de Ciências Biológicas da Universidade Federal do Paraná (UFPR), uma nova evidência nesse sentido. Trata-se de um experimento conduzido com voluntários que foram desafiados a resolver um problema no Speedy Eggbert Mania, um jogo eletrônico que consiste em quebra-cabeças e labirintos que devem ser superados para que o personagem principal passe para a fase seguinte. Aos voluntários foram dados dez minutos para que um desafio fosse solucionado; esgotado o tempo, aqueles que não resolveram o problema receberam, após um intervalo de 90 minutos, uma nova chance, voltando ao jogo na situação em que haviam parado. Entre os que, durante o intervalo dormiram, o índice de solução após a sesta foi quase duas vezes maior do que entre os que permaneceram acordados. (BEIJAMIN et al., 2014).

### Aplicando o relaxamento

Roeder (2003) diz que o relaxamento (Figura 6) é utilizado com o objetivo de ajudar na intervenção, na produção de substratos biológicos, utilizados na organização e hierarquização de estruturas dos processos mentais que dão a capacidade de interação com o meio. A interioridade de sua experiência é fundamental para construção da mente, que, por sua vez, é dialética e heurística, sendo o seu processo biológico nas suas raízes, e social no seu fim

Figura 6: Registro fotográfico do relaxamento



Fonte: Elaborado pelos autores.

Para Oliveira (2001), o relaxamento é uma das atividades sensório-motoras que, por ser assim classificada, têm no seu objetivo a autodescoberta. Tem nos seus passos, a autopercepção consciente (sentir cada parte do seu corpo e as sensações daí decorrentes), a auto-expressão (liberação de sentimentos) e o autodomínio (capacidade de expressar-se de modo apropriado como promoção dos maiores interesses). Significa estar no comando de si mesmo.

Essa atividade, além de trabalhar na dimensão psicológica do ser humano, alterará também os processos fisiológicos, autorregulará e retroagirá sobre a afetividade e agirá sobre as reações de personalidade. Além da sensação de descanso, tornará possível o desatar interno, a introspecção e a reprodução construtiva das antigas vivências, atingindo, assim, novas coordenações e estruturas psicobiológicas, o que viabilizará um comportamento novo e mais adaptado, fruto da conscientização corporal, do tratamento das sincinesias, paratonias e estabilização emocional. (PAYNER, 2002).

## Avaliação da intervenção do ponto de vista das ACS

Ao chegarmos ao término das oficinas, obtivemos avaliação satisfatória por parte das ACS, pois foi perceptível a motivação para mudança ao relatarem o que aprenderam com as oficinas:

“Aprendi que devo olhar para mim de forma geral”

“Aprendi a me cuidar mais, comer menos, me arrumar pra mim mesma ser feliz e cuidar da minha saúde mental”

“que preciso cuidar melhor de mim: comer melhor, dormir melhor, fazer exercício físico, psicológico e mental, esses cuidados e outros, com certeza terei mais saúde, terei melhor qualidade de vida”;

“Aprendi que nunca é tarde para olharmos para nós mesmos. Tirar tempo para cuidar da alimentação, do corpo com exercício corporal, alimentar a mente com coisas boas. Aproveitar cada oportunidade para crescimento pessoal ser melhor em todos os aspectos de vida”

“Olhar no espelho e ver onde posso melhorar, não só na aparência, mas no ânimo, na saúde”

“Na qualidade de vida no trabalho: que devo planejar a modo para melhor desenvolver a qualidade do trabalho que faço na área, nas famílias com pesosas... de forma antecipada, devo planejar quais as metas que devo atingir em cada mês.

Quais as atividades extramuros posso reivindicar para as famílias, que locais posso utilizar e como posso interagir sem correr risco de vida dentro da comunidade”

“Da avaliação de saúde mental descobrir que é importante ter em mente que a saúde em todos os aspectos da vida começa na satisfação de indivíduo com a possibilidade de saber utilizar o que tem. É ser feliz... sem exagerar nas cobranças das coisas que não deram certo ou que não conseguimos realizar como queríamos”

“Aprendi que para fazer grandes coisas as vezes basta apenas pequenas atitudes, aprendi que devo cuidar de mim, só assim serei capaz de cuidar do outro”.

## Considerações finais

Baseado nos resultados obtidos evidenciou-se que a saúde mental das ACS e suas histórias de vida são, como de todo ser humano, cercadas de situações que marcam o desenvolvimento psíquico e, por conseguinte, amadurecem suas emoções tornando-as mais hábeis e assertivos para o enfrentamento de novas situações.

O trabalho entre elas, tem forte contribuição na constituição de sua subjetividade, pois a ele dispensam grande parte do seu tempo. Nesse processo transitam entre o trabalho prescrito e trabalho real que se somam com outras situações estressoras, em particular a negação de direitos trabalhistas, violência, problemas particulares, principalmente ligados à família e infraestrutura do lugar onde moram. Tudo isso ligado a estruturação do processo de trabalho produz um grande turbilhão de sentimentos e sensações ambivalentes expressas em momentos alternados de prazer e sofrimento.

O processo e os resultados da intervenção se já mostraram pequenos frutos expressos no desejo de mudança por parte das ACS. Por outro lado, observando as demandas encontradas e as situações de vulnerabilidades evidenciadas, suscita-se a implantação de um trabalho de cuidado e acompanhamento contínuo desse grupo...

Quanto às dificuldades podemos destacar a ausência de financiamento externo, pois os custos foram altos para realização do trabalho e ficaram todos sob responsabilidade dos pesquisadores. Outro aspecto foi a necessidade de adequação dos métodos, pois no percurso se percebeu algumas dificuldades na aplicação de algumas atividades previamente programados. Destaca-se o compartilhamento da execução do trabalho como fator grande facilitador para sua realização

Assim, diante de todas essas peculiaridades podemos concluir esta fase com a clareza da existência concreta da importância da implementação de espaços de cuidado que ofereçam a escuta e possibilitem a busca coletiva de soluções de enfrentamento para a vida dos trabalhadores da saúde, neste caso as ACS. É afirmativo que a intervenção realizada se mostrou efetiva para a busca de um novo olhar sobre a promoção do cuidado em saúde mental. Estudos posteriores poderão averiguar o impacto dessa reflexão e resignificação nesse grupo de ACS.

## Referências

AMARAL, Márcia A. do. **Atenção à saúde mental na rede básica**: estudo sobre a Eficácia do modelo assistencial. Departamento de Medicina Preventiva e Social da Faculdade de Medicina da Universidade Estadual de Campinas, São Paulo, 2005.

BALLONE, J. G.; NETO, E.; ORTOLONI, I. V. **Da emoção à lesão**. São Paulo: Mande, 2002, 333p. Disponível em: <[http://www.pensamentobiocentrico.com.br/content/ed03\\_art02.php](http://www.pensamentobiocentrico.com.br/content/ed03_art02.php)>. Acesso em: 10 abr. 2014.

BARDIN, L. **Análise de Conteúdo**. Lisboa: Almedina, 2009.

BACHILLI, R.G; SCAVASSA, A.J; SPIRI, W.C. A identidade do agente comunitário de saúde: uma abordagem fenomenológica. **Ciência Saúde Coletiva**. v. n. p. 2008

BEIJAMINI, Felipe. **After Being Challenged by a Video Game Problem, Sleep Increases the Chance to Solve It**. Disponível em: <<http://www.plosone.org/article/info%3Adoi%2F10.1371%2Fjournal.pone.0084342>>. Acesso em: 10 abr. 2014.

BRASIL. Ministério da Saúde. . Lei nº 11.350/2006, de 5.10.2006. Dispõe sobre as atividades dos Agentes Comunitários de Saúde e dos Agentes de Combate às Endemias. Brasília, 2006. Disponível em: <[http://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/\\_Ato2004-2006/2006/Lei/L11350.htm](http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_Ato2004-2006/2006/Lei/L11350.htm)>. Acesso em: 16 out. 2009.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Saúde mental/departamento de Atenção Básica. Departamento de Ações programáticas estratégicas. Cadernos de Atenção Básica, n34. Brasília, 2013.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. Norma Operacional Básica do SUS (NOB- SUS 01/96). Gestão plena com responsabilidade pela saúde da população. Diário Oficial da União, 06 de novembro de 1996. Brasília, DF, 1996. Disponível em: <[www.saude.gov.br](http://www.saude.gov.br)>. Acesso em: 27 jun. 2014.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. Cria Portaria 2.488/2011. Disponível em: <<http://www.brasilsus.com.br/legislacoes/gm/110154-2488.html>>. Acesso em: 01 abr. 2013.

BRASIL, Ministério da Previdência Social. Estatísticas: segurança e saúde ocupacional: tabelas –CID-10. Disponível em [WWW/previdencia.gov.br/estatisticas/menu-de-apoio-estatisticas-seguranca-e-saude-ocupacional](http://WWW/previdencia.gov.br/estatisticas/menu-de-apoio-estatisticas-seguranca-e-saude-ocupacional). Acesso em 10/04/2015.

DUARTE, L.R.; SILVA, D.X.JR.; CARDOSO, S.H. Construindo um programa de educação com agentes comunitários de saúde. **Interface**. V. n. p. 2007.

EPSJV (Org.) **Projeto Político Pedagógico**. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2005.

FERRO, F.F. **Instrumentos para medir a qualidade de vida no trabalho E a ESF**: uma revisão de literatura. Universidade Federal de Minas Gerais. Faculdade de Medicina. Núcleo de Educação em Saúde Coletiva. Brumadinho, 2012. 92f. Monografia (Especialização em Atenção Básica em Saúde da Família).

IBGE – Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. 2010. Disponível em: <<http://www.ibge.gov.br/>>. Acesso em: 15 mar. 2013.

JARDIM, T. A.; LANCMAN, S. Aspectos subjetivos do morar e trabalhar na mesma Comunidade: a realidade vivenciada pelo agente comunitário de saúde. **Interface-Comunicação, Saúde, Educação**, v. 13, n. 28, p. 123-135, 2009

KEITEL, L. Construção de vínculos inter-pessoais e constituição de grupos. 3. ed. **Pensamento Biométrico. Revista Eletrônica**. Disponível em: <[http://www.pensamentobiocentrico.com.br/content/ed03\\_art02.php](http://www.pensamentobiocentrico.com.br/content/ed03_art02.php)>. Acesso em: 10 abr. 2014.

LANCMAN, S. et al. **Reabilitação profissional e saúde mental no trabalho**. São Paulo, 2010.

LIMA, Wilson. Coroadinho: maior favela do norte e nordeste é campeã em violência. **Dialogospolíticos**. Dezembro 21, 2011 □ Disponível em: <<https://dialogospolíticos.wordpress.com/2011/12/21/coroadinho-maior-favela-do-norte-e-nordeste-e-campea-em-violencia/>>. Acesso em: 16 fev. 2012.

UNARDI, V. L. et al. O cuidado de si como condição para o cuidado dos outros na Prática de saúde. **Revista Latino Americana Enfermagem**, v. n. 12, p., 2004.

MORORO, M. E.M .L. **Cartografias, desafios e potencialidades na construção de projetos Terapêuticos singulares em centro de atenção psicossocial**. 2010. 110p.

NASCIMENTO, C.M.B. **Precarização do trabalho do agente Comunitário de saúde: um estudo em municípios da região metropolitana do Recife**. Recife, 2005.

NEVES, E. P. Cuidando e confortando: uma estratégia para a saúde do trabalhador. **Rev. Enferm.**, v. 10 n. 2, p. 133-137. 2002.

OLIVEIRA, T. T. S. S.; LEME, F. R. G. **Cuidar do cuidador: resignificando trajetórias, Atuação e projetos**. Universidade Estadual de Maringá, 2009.

PALMA BD; et al. Repercussões Imunológicas dos distúrbios do sono: o eixo hipotálamo-pituitária-adrenal como fator modulador. **Rev. Bras. Psiquiatr.** vol. 29 suppl.1 p. 2007.

PAYNE R. **Técnicas de relaxamento**. Loures: Lusociência. (Tradução do original em língua Inglesa Relaxation Techniques). 2002

PEREIRA, Iara Cristina; OLIVEIRA, Maria Amélia de Campos. O trabalho do agente comunitário na promoção da saúde: revisão integrativa da literatura. **Rev. bras. enferm.** v.66, n.3, p. 412-419. 2013.

REIS, L.B. **Uma análise de dimensão ético-política do trabalho de agentes Comunitários de saúde do município de Vitória**. Dissertação (Mestrado em Psicologia)– Universidade Federal do Espírito Santo, Vitória, ES, 2005.

ROEDER, M.A. **Atividade física, saúde mental e qualidade de vida**. Rio de Janeiro: Shape, 2003.

THIOLLENT, M. **Metodologia da pesquisa-Ação**. 18. ed. São Paulo: Cortez, 2011

UNB/FE. **Orientação para elaboração do projeto de intervenção local**. Curso de Especialização em Educação na Diversidade e Cidadania, com Ênfase em EJA. Brasília, 2006.



## CONSTRUÇÃO DE UMA CARTILHA PARA PROFISSIONAIS DA SAÚDE QUE CUIDAM DE PESSOAS COM HIV/AIDS

*Vanessa Matos Gomes dos Santos,  
Maristela Inês Osawa Chagas Vasconcelos,  
Cibelly Aliny Siqueira Lima Freitas,  
Eliany Nazaré Oliveira*

### Introdução

Desde seu reconhecimento, no início dos anos 80, a Síndrome da Imunodeficiência Adquirida (AIDS) se disseminou pelo mundo, tornando-se um dos maiores desafios de saúde pública das três últimas décadas. De acordo com Sadala e Marques (2006), o impacto da epidemia da infecção HIV/AIDS no conjunto da sociedade propiciou, desde o início, intensa mobilização a favor da prevenção, luta pelos direitos dos pacientes e familiares, particularmente a luta contra o preconceito e a favor do acesso ao tratamento, como responsabilidade do Estado.

O surgimento da AIDS como fenômeno social e histórico carregou consigo os espectros construídos no imaginário social, recrudescendo o conceito de peste, mobilizando sentimentos e preconceitos, tornando-se, ela mesma, um grande estigma (HELMAN, 2009).

Uma conquista importante foi a sobrevida excepcionalmente melhorada das pessoas vivendo com esta síndrome, após a adoção terapêutica dos antirretrovirais, trazendo como consequência a diminuição do número de internações, redução na mortalidade por AIDS e melhora na qualidade de vida das pessoas. Esse aspecto coloca a AIDS sob a condição de cronicidade, a qual implica avançar, ainda, na concepção de novas práticas de saúde, sem desrespeitar a condição humana e os direitos sexuais e reprodutivos (VIDAL *et al.*, 2009).

A Estratégia Saúde da Família (ESF) é uma das estratégias do Ministério da Saúde para reorganizar o sistema de saúde brasileiro. Surge em âmbito nacional em 1994,

sendo denominado Programa Saúde da Família (PSF). Em 2006, com a portaria nº 648 (BRASIL, 2006), o Programa Saúde da Família passa a se chamar Estratégia Saúde da Família, mantendo suas características originais.

A atenção básica, em especial a ESF, passa a ser vista como um importante equipamento para as ações de atenção em HIV-AIDS a partir do final da década de 1990. Até então, a rede de atenção em HIV-AIDS estava centrada nos hospitais, Centros de Testagem e Aconselhamento (CTA) e Ambulatórios ou Serviços de Atenção Especializada (SAE). Os CTA foram criados com a finalidade de ofertar diagnóstico e aconselhamento em HIV-AIDS, sob os princípios de voluntariedade, confidencialidade, anonimato, agilidade e resolutividade do diagnóstico de HIV. Tais princípios estiveram em consonância com aspectos sociais e subjetivos suscitados pela epidemia, relacionados ao preconceito e discriminação das pessoas com HIV-AIDS. Já os ambulatórios ou SAE realizam o tratamento das pessoas que vivem com HIV-AIDS (BRASIL, 2008).

Apesar da importância fundamental desses serviços especializados, a ins-titucionalização do SUS e a evolução da epidemia de AIDS redimensionaram as ações de atenção em HIV-AIDS, inserindo-as também na atenção básica. Um dos fatores que justificou esse redirecionamento foi a constatação, realizada pelo Ministério da Saúde, em 1998, de que o diagnóstico de HIV ocorria tardiamente no Brasil, ou seja, quando o sistema imunológico já estava debilitado (BRASIL, 2008). Além disso, ocorreram mudanças no perfil da epidemia, caracterizada atualmente por tendências de feminização, heterossexualização, pauperização, interiorização e juvenização (BRASIL, 2006). Estes dois fatores passaram a justificar a necessidade de criação de novas estratégias para a ampliação do acesso à prevenção, diagnóstico e tratamento. Uma dessas estratégias envolveu a incorporação de ações na atenção básica, considerada estratégica em decorrência da abrangência de cobertura populacional e da crescente ampliação através da consolidação da ESF.

Segundo Vidal *et al.* (2009), as estratégias políticas avançaram, fazendo o Brasil se tornar referência frente à epidemia de HIV/AIDS, pelo sucesso da vigilância dos casos e terapia antirretroviral disponibilizada. As ações voltadas para as mulheres se fortaleceram, pautadas, principalmente, sob o olhar da vulnerabilidade, na possibilidade de não infecção infantil, decorrente de gestação, parto e aleitamento materno, e pela pressão social na busca da obediência aos direitos humanos e melhoria das condições de sobrevivência com o HIV. Mas, ainda são incipientes e devem considerar as iniquidades desse grupo populacional que apresenta particularidades que o torna mais vulnerável.

Acredita-se ser extremamente importante o processo de educação permanente dos profissionais de saúde sobre questões relacionadas ao HIV/AIDS, principalmente voltadas para a compreensão da doença, incluindo direitos sexuais e reprodutivos dos pacientes que vivem com HIV/AIDS.

Os recursos de comunicação, como os materiais educativos, podem proporcionar melhores resultados para os programas de educação para a saúde, pois possuem o



potencial de dinamizar a comunicação no trabalho com educação em saúde, facilitar o trabalho da equipe de saúde na orientação dos pacientes e familiares, bem como auxiliar os indivíduos a compreenderem melhor o processo pelo qual estão passando (ECHER, 2005).

Podem ser identificadas inúmeras formas e pressupostos que conduzem o processo de construção desses materiais, que são influenciados por teorias orientadoras. No entanto, o diálogo aberto e a interatividade entre os sujeitos envolvidos são mais facilmente estabelecidos nos casos em que se aplicam modelos de comunicação pautados em uma relação dialógica e multidirecional (CARVALHO, 2007). Isso é, uma relação que demanda a capacidade de ouvir o outro e perceber suas singularidades, valorizando a interação e a troca de conhecimentos, em harmonia com a realidade das pessoas (FREIRE, 1996).

Considera-se que esse fundamento deve nortear a construção de materiais educativos, já que sua finalidade deve ter em vista o atendimento das necessidades próprias da clientela à qual eles estão direcionados. Entretanto, o desenvolvimento deste tipo de trabalho, feito mediante construção compartilhada de conhecimentos entre os sujeitos envolvidos, ainda não é predominante nas práticas de educação em saúde. Observa-se que as ações deste âmbito são realizadas sem levar em consideração a perspectiva das pessoas envolvidas (REBERTE, 2008).

Diante de tantos desafios, este trabalho propôs-se a elaborar uma cartilha voltada para os profissionais de saúde, sobre o cuidado a pessoas que vivem com HIV/AIDS, trazendo pontos referentes à doença e direitos sexuais e reprodutivos.

## Materiais e Métodos

Este estudo se trata de uma pesquisa intervencionista, pois objetivou resolver ou minimizar uma problemática, através do conhecimento e, a partir de uma realidade observada, com uma ação conjunta, partilhada entre a autora e os profissionais de saúde da ESF. De acordo com Vergara (2011), a investigação intervencionista tem como principal objetivo:

Interpor-se, interferir na realidade estudada para modificá-la. Não se satisfaz, portanto, em apenas explicar. Distingue-se da pesquisa aplicada pelo compromisso de não somente propor resoluções de problemas, mas, também, de resolvê-los efetivo e participativamente.

A pesquisa intervencionista foi desenvolvida no município de Chaval-CE, com a participação dos profissionais da ESF dessa cidade.

O universo foram os profissionais da ESF de Chaval-Ceará, que, atualmente, totalizam 58, sendo: 05 médicos, 05 enfermeiros, 05 cirurgiões-dentistas, 05 técnicos em enfermagem, 05 auxiliares de saúde bucal e 33 ACSs.

Inicialmente foi enviado um convite para as unidades básicas de saúde, destinado a todos os componentes, para que se fizessem presentes em um grupo de discussão, com local, data e horário definidos. Para os profissionais que aceitaram participar desse trabalho, no dia da sessão grupal foi entregue e realizada a leitura do TCLE. Nele estão explicitados os objetivos da pesquisa e a forma de participação. Na sequência, foi solicitado o preenchimento de um questionário para caracterizar profissionalmente os participantes.

Inicialmente, a pesquisadora fez uma pesquisa bibliográfica sobre HIV/AIDS e elaborou uma lista com os conteúdos a serem colocados na cartilha, esses foram explicitados durante as sessões grupais, momento em que os participantes trouxeram para essa discussão seus conhecimentos prévios e suas demandas sobre a temática. A lista dos conteúdos foi entregue para cada integrante do grupo e tinha espaço suficiente para que colocassem suas sugestões a serem acrescentadas no material educativo a ser construído.

As duas discussões em grupo aconteceram em datas diferentes, sendo que a média de participantes não excedeu o número de vinte, e o tempo não foi superior a três horas, para que não houvesse exaustão e dispersão dos participantes.

Os grupos de discussão visaram, além de aprimoramento de conhecimento dos envolvidos, a obtenção de dados para composição do material educativo impresso destinado aos profissionais de saúde, visando ao atendimento de suas próprias demandas.

Após essa etapa, foi feita uma leitura criteriosa de todas as sugestões contidas em cada lista dos conteúdos entregue aos participantes e avaliou-se a necessidade de acrescentar tais pontos na cartilha. Observou-se que todas eram pertinentes e que, a maioria delas, eram referentes à prevenção da infecção pelo HIV, portanto, foram acrescentadas no material educativo.

O conteúdo da cartilha foi composto tendo como base as demandas dos profissionais de saúde da ESF sobre HIV/AIDS. Na etapa seguinte, de sistematização desse conteúdo, foi realizada uma revisão da literatura para garantir a fundamentação científica.

Com o objetivo de tornar a leitura descontraída e de fácil compreensão, considerou-se a necessidade de incluir algumas ilustrações no material educativo. Foram incluídas ilustrações prontas, selecionadas a partir de outros materiais, e que as respectivas fontes foram citadas no produto final. Esse trabalho foi realizado utilizando-se consulta a livros-texto e imagens disponibilizadas em páginas eletrônicas. Essas ilustrações fundamentaram o trabalho de arte para a criação de ilustrações originais para a composição final da cartilha após ser concluído o processo de validação.

Na etapa de composição da cartilha propriamente dita, foi realizado contato com um profissional da área da comunicação, que realizou o trabalho de edição do material.

Concluído esse trabalho, foi feita a organização estrutural e de formato do material. Por fim, procurou-se um profissional especializado para realizar o trabalho de diagramação e sua transformação para um formato passível de impressão.

Por fim, avaliou-se a importância de validar o teor científico do material produzido junto a um grupo de especialistas. Nesse aspecto, Enkin *et al.* (2000) constaram a importância de disponibilizar aos usuários apenas os materiais educativos que sejam devidamente qualificados, que contenham informações fidedignas e de fácil compreensão. Por essa razão, acreditou-se na necessidade de desenvolver estratégias que possibilitassem a construção de materiais cujos conteúdos e ilustrações estejam respaldados em fundamentos científicos.

A fase de validação por peritos foi desenvolvida com a colaboração de profissionais da área da saúde, pois este cuidado é fundamental para valorizar as diferentes perspectivas envolvidas na atividade de promoção e educação para a saúde (ECHER, 2005).

Os peritos foram selecionados por meio da amostragem *bola de neve*, sendo essa estratégia utilizada para localizar amostras difíceis ou impossíveis de serem encontradas de outras maneiras (LOBIONDO-WOOD; HARBER, 2001).

De acordo com Albuquerque (2009), na amostragem bola de neve, um indivíduo é recrutado e, em seguida, indica outras pessoas de seu relacionamento para que também participem da amostra. Esse procedimento é repetido algumas vezes, até que o tamanho pré-definido da amostra seja alcançado ou até que a população fique saturada (ou seja, se esgotem os membros acessíveis da mesma). Assim, quando for identificado um sujeito que se enquadre nos critérios de elegibilidade estabelecidos, será solicitado ao mesmo que sugira outros participantes (POLIT; BECK, 2011). Optou-se por predefinir o tamanho da amostra em um número de três peritos, devido à inexistência de financiamento para impressão da cartilha.

Inicialmente, foi feita uma versão preliminar desse material educativo, a fim de ser submetido à validação pelos peritos. A seleção dessa amostra ocorreu na cidade de Teresina-PI, pois a pesquisadora reside e trabalha atualmente nesse município. Após a aplicação dos critérios de inclusão estabelecidos, foi feito contato por meio de correio eletrônico ou telefone e, uma vez aceita a participação, agendou-se encontro para formalizar a participação na pesquisa.

No primeiro encontro, foi feita uma explicação detalhada da proposta da pesquisa, seus procedimentos, e reiterada a importância da colaboração de cada perito. Nesse momento, foi entregue a versão preliminar da cartilha e o questionário de validação, no qual os peritos foram solicitados a registrar suas sugestões, no sentido de aperfeiçoar o material. Esse questionário foi adaptado de outro, que foi utilizado para validar material educativo destinado à promoção da saúde da gestante. O referido instrumento permitiu que os peritos fizessem recomendações quanto à estrutura, conteúdo, linguagem e ilustrações contidas na cartilha. O questionário também teve um espaço reservado para o registro de recomendações adicionais.

Na sequência, foi feita a leitura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido – TCLE, onde estão explicitados os objetivos da pesquisa e como ocorreria a participação na pesquisa para os peritos que aceitaram participar, e solicitada a assinatura no

TCLE. Além disso, foi solicitado o preenchimento de um questionário que caracterizou o profissional enquanto perito. Foi pactuado um prazo de uma semana para que os peritos pudessem manusear o material e responder ao questionário.

Posteriormente, foram marcados encontros individualmente para o recebimento desses instrumentos e das cartilhas, e obtenção de esclarecimentos a respeito dos significados das sugestões feitas. Uma vez obtidas as sugestões dos peritos para reformulação da cartilha educativa, elas foram submetidas a um processo de classificação, segundo tópicos.

Após esse processo, a pesquisadora realizou as adequações sugeridas no conteúdo e ilustrações da cartilha, seguidas do trabalho de edição e diagramação da cartilha pelos profissionais de comunicação, isso culminou com o desenvolvimento da versão final da cartilha.

O primeiro procedimento ético foi o envio do projeto de pesquisa para a Secretaria de Saúde do município de Chaval-CE, após liberação, foi encaminhado ao Comitê de Ética e Pesquisa da Universidade Estadual Vale do Acaraú, para aprovação e, somente após o parecer favorável, sob número 674838, foi iniciada a pesquisa.

## Resultados e Discussão

A abordagem utilizada para solicitar a participação dos profissionais de saúde da ESF, nesta pesquisa intervencionista, deu-se através do envio de um convite a cada uma das cinco EqSF do município de Chaval-Ceará.

Baseado na quantidade de profissionais de cada ESF, formaram-se dois grupos, que ficaram divididos da seguinte forma:

Grupo de discussão I: PSF II e PSF V;

Grupo de discussão II: PSF I, PSF III e PSF IV.

Os grupos apresentam importância social bastante relevante em nossa sociedade. Prova disso é que grande parte das atividades que são desenvolvidas pelos seres humanos são realizadas em grupo. Essa característica peculiar presente nos diversos segmentos da sociedade está ligada à própria natureza gregária do homem (MUNARI; FUREGATO, 2003).

Os grupos de educação em saúde se constituem em uma prática de saúde fundamentada no trabalho coletivo, na interação e no diálogo entre seus participantes, além disso, seu caráter educativo é exercido bilateralmente, ou seja, aquele que educa é, também, o que aprende por meio de uma relação dialógica entre diferentes saberes, o que o caracteriza como um processo mútuo, democrático e solidário (SILVEIRA; RIBEIRO, 2005).

Há a perspectiva de que o trabalho com grupos venha a favorecer a troca de conhe-

cimentos e experiências entre seus integrantes, tornando, assim, o ambiente mais propício para o desenvolvimento de uma consciência crítica (OLIVEIRA, 2005). Considera-se a troca de experiências como possível, a partir do momento em que se reconhece como importante o saber apresentado pelo outro e, dessa forma, percebe-se como relevante toda contribuição advinda dessa relação entre saberes.

Para Carlos (1998), ao participar de um grupo, cada indivíduo tem a possibilidade de expressar seu pensamento, dar sua opinião, seu ponto de vista ou seu silêncio. Para alguns autores, o trabalho em grupo é uma forma de libertação do homem que, sozinho, está alienado.

As reuniões contaram com uma preparação especial, foram necessários alguns cuidados que permearam todas as sessões, como agendamento prévio do local, preparo da sala (iluminação, ventilação, cadeiras, espaço adequado), manutenção da câmera digital, preparo antecipado do material para cada encontro e organização do ambiente.

Os encontros aconteceram na sala de reuniões do PSF I e tiveram, em média, duração de três horas. A realização dessas sessões grupais, feita mediante abordagem participativa, visou, além da promoção e educação para a saúde dos envolvidos, a obtenção de dados para compor um material educativo destinado aos próprios participantes, visando o atendimento de suas próprias demandas.

Para que as atividades educativas nos grupos de educação em saúde sejam realizadas de maneira satisfatória, é necessário que se tenha condições adequadas, como uma estrutura física que possibilite a execução das atividades de forma tranquila, confortável e que ofereça privacidade aos participantes (FREIRE, 1996). É importante que o espaço seja amplo e ventilado, e que forneça acomodação a todos. Além disso, ressalta-se a importância de se dispor de material didático, como recursos audiovisuais, que contribuem para o processo ensino-aprendizagem (GAZZINELLI; REIS; MARQUES, 2006; MUNARI; FUREGATO, 2003).

O primeiro grupo foi composto por doze profissionais de saúde; e o segundo, dezesseis. O sexo predominante foi o feminino; a idade dos profissionais variou entre 18 e 40 anos, e mais da metade tem de 6 a 10 anos de formação. No que se refere ao tempo de trabalho na ESF, houve prevalência do intervalo de 11 a 20 anos. Quanto ao vínculo empregatício, a maioria é efetivo, e apenas sete afirmaram que nunca participaram de algum curso/palestra sobre HIV/AIDS.

Na área da saúde, o grupo é uma constante, tanto no convívio dos profissionais enquanto equipe, quanto no papel de instrumento terapêutico ou de capacitação/desenvolvimento de pessoas. Por isso, torna-se importante a formação de profissionais aptos a lidar com os fenômenos grupais, que tenham sua prática embasada em referencial teórico-prático consolidado (MOTTA *et al.*, 2007).

Percebeu-se que as principais demandas dos grupos eram referentes aos direitos das pessoas que vivem com HIV e prevenção da infecção, tópicos já contemplados na

cartilha. Foi feita a sugestão de substituir o item “Infecção HIV/AIDS” por “Diferença entre HIV e AIDS”. Outra demanda presente na fala de dois participantes foi a incorporação de um fluxograma para o atendimento/encaminhamento das pessoas diagnosticadas com HIV/AIDS, específico para o município de Chaval-Ceará.

A primeira versão do material educativo que foi submetido à validação pelos peritos, consistiu em um material contendo 31 páginas. Essas tinham a dimensão de 440x200mm, eram impressas nas cores vermelho e azul, sobre papel couchê fosco 150g/ m<sup>2</sup>, que estavam presas com dois grampos. O título da cartilha era “EDUCANDO PARA A VIDA: CARTILHA PARA O CUIDADO A PESSOAS QUE VIVEM COM HIV/AIDS”.

O conteúdo continha uma apresentação inicial e, na sua sequência, os seguintes assuntos, que estavam apresentados na forma de tópicos: Diferença entre HIV e AIDS; Transmissão; Manifestações Clínicas; Diagnóstico; Tratamento; Prevenção; Aspectos Éticos e Emocionais relacionados ao HIV/AIDS; Direitos das Pessoas que Vivem com HIV/AIDS; Fluxograma de caso suspeito de infecção pelo HIV na ESF de Chaval-Ceará.

Com relação à sugestão dos peritos a respeito da inclusão ou não das sugestões na cartilha, levou-se em consideração o caráter científico da mudança sugerida e as diretrizes próprias ao trabalho editorial e gráfico.

No Quadro 1 estão apresentadas as sugestões feitas em relação à reformulação das informações no texto, segundo o assunto, que foram incorporadas na cartilha.

**Quadro 1** - Sugestões dos peritos para reformulação de informações no texto, segundo o assunto, incluso na Cartilha “Educando para a vida: cartilha para o cuidado a pessoas que vivem com HIV/AIDS”. Teresina-Piauí, 2014.

Assuntos	Sugestões
Transmissão	Explicar/Exemplificar vetores artrópodes
Manifestações Clínicas	Explicar o significado de linfadenopatia Explicar sobre Sarcoma de Kaposi
Prevenção	Recomendar o uso de preservativo para todas as pessoas, inclusive em relações de parceiros soropositivos e não só entre as pessoas sadias.

**Fonte:** Dados da pesquisa

No Quadro 2 estão apresentadas as sugestões feitas em relação à exclusão de informações no texto, segundo o assunto, que foram incorporadas na cartilha.

**Quadro 2** - Sugestões dos peritos para exclusão de informações do texto, segundo o assunto, incluso na Cartilha “Educando para a vida: cartilha para o cuidado a pessoas que vivem com HIV/AIDS”. Teresina-Piauí, 2014.

Assuntos	Sugestões
Transmissão	Explicação dos estudos sobre transmissão pela saliva
Diagnóstico	Explicação dos grupos de testes para detecção do HIV
Tratamento	Detalhes dos medicamentos

**Fonte:** Dados da pesquisa

No Quadro 3 estão apresentadas as sugestões feitas para reformulação das ilustrações, que foram incorporadas no material educativo.

**Quadro 3** - Sugestões dos peritos para reformulação das ilustrações constantes no material educativo, incluso na Cartilha “Educando para a vida: cartilha para o cuidado a pessoas que vivem com HIV/AIDS”. Teresina-Piauí, 2014.

Ilustrações	Sugestões
Uso do preservativo masculino	Aumentar tamanho da figura Colocar ilustração do nó que deve ser feito após sua retirada
Agente etiológico	Melhorar a nitidez da figura

**Fonte:** Dados da pesquisa

Todas as sugestões foram incorporadas, porque se avaliou que as alterações feitas facilitarão a compreensão do texto e não provocariam alterações em seu significado.

Todos os peritos consideraram importante a decisão de construir um material educativo impresso, cujo processo foi caracterizado pela participação ativa dos profissionais de saúde da Estratégia Saúde da Família.

A versão final da cartilha, produto desta pesquisa, encontra-se disponível na dissertação da pesquisadora e consiste em um material contendo 44 páginas. Essas têm a dimensão de 440x200mm, foram impressas em diversas cores, sobre papel couchê fosco 150g/m<sup>2</sup>. O título da cartilha foi “SABER CUIDAR: CARTILHA PARA PROFISSIONAIS DE SAÚDE QUE CUIDAM DE PESSOAS COM HIV/AIDS”.

Pretendeu-se, nesta pesquisa, produzir uma cartilha educativa destinada à utilização no SUS, que possua as características de correspondência às demandas dos pró-

prios profissionais de saúde sobre o cuidado a pessoas que vivem com HIV/AIDS, e seja validada por profissionais competentes. Estimou-se, portanto, que a existência de um material educativo poderia contribuir para servir de apoio no atendimento dessas demandas na ESF, no que diz respeito à obtenção de informações relativas à doença e direitos sexuais e reprodutivos desse público.

Além disso, uma busca por trabalhos que contemplassem a construção de material educativo impresso, com participação e colaboração do público a que se destinam tais materiais, permitiu verificar a escassez de tal produção. Foi encontrado apenas um estudo, elaborado pela enfermeira Luciana Magnoni Reberte, com tema “Celebrando a Vida: Construção de uma Cartilha para Promoção da Saúde da Gestante”, desenvolvido durante seu mestrado, no ano de 2008.

Reforçando essa afirmação, Rozemberg, Silva, Vasconcellos-Silva (2002) inferem que na avaliação da produção de materiais educativos impressos utilizados em um hospital do Rio de Janeiro, com a participação de profissionais envolvidos nesse tipo de produção, verificou-se a inexistência de pesquisas prévias sobre as necessidades dos usuários desse hospital para a criação de materiais educativos impressos. Esse fato resultou em simplificações e reducionismos, sobretudo na definição dos conteúdos, que foi feita pelos próprios profissionais. Os únicos estudos prévios à produção desses materiais foram relacionados à identificação do nível de escolaridade dos usuários, que somado à inexistência de outras pesquisas, reforçavam uma caracterização estereotipada desses sujeitos, a partir de suas carências.

## Considerações Finais

Sabe-se dos desafios que os profissionais de saúde têm que enfrentar diariamente em função das condições precárias do sistema de saúde no Brasil. Porém, é necessário que se superem esses obstáculos, para que se possa atingir o objetivo de desenvolver um trabalho diferenciado e que promova o crescimento da comunidade.

No trato com os usuários, percebe-se o pouco preparo dos profissionais da saúde para a construção de uma proveitosa e efetiva convivência terapêutica. Verifica-se que esses profissionais acabam por “agir na urgência” (MOREIRA & CUNHA, 2003) – até pelo estigma da doença e forte mobilização emocional que a AIDS suscita (TEIXEIRA, 2000) –, assumindo “projetos terapêuticos” à revelia dos usuários, sem atentarem aos valores e às intenções que perpassam as diretrizes de tais projetos. Vale frisar que tais posicionamentos possuem consequências éticas e efeitos iatrogênicos, tal como o não comprometimento do usuário com o seu próprio tratamento e a apropriação do mesmo.

A experiência da construção desta cartilha educativa, realizada mediante processo participativo, dialógico e coletivo, como preconizado nos fundamentos teóricos atuais em termos de promoção à saúde, demonstrou que o desenvolvimento deste processo



é viável e pode ser aplicado na elaboração de materiais educativos destinados à educação e promoção da saúde. Tratou-se de uma perspectiva que valoriza as interações entre os sujeitos do processo de trabalho (CARVALHO, 2007).

Percebeu-se, através das falas dos participantes nos grupos, que a técnica escolhida para este exercício de pesquisa permitiu que se desencadeasse a reflexão sobre novas ações por parte dos colaboradores deste estudo. Por meio da discussão sobre a infecção pelo HIV/AIDS, nas sessões grupais, os profissionais de saúde criaram condições singulares para suas necessidades, desconstruindo e reconstruindo conceitos. Buscaram em si mesmos as respostas para as indagações e inquietações que o tema conjuga. E desse processo emergiu uma série de novos questionamentos sobre suas vivências pessoais e profissionais, diante da temática.

Além disso, os autores, nesse processo, vivenciaram os desafios de lidar com a comunicação em saúde, a fim de tornar a cartilha efetiva, ou seja, de que seja compreendida e faça sentido para as pessoas envolvidas. Reitera-se a importância do cuidado em garantir uma comunicação eficaz na elaboração desta cartilha, tendo em vista a ampla recomendação da importância do investimento na comunicação entre profissionais.

Buscou-se, com a criação desta cartilha, aperfeiçoar o conhecimento dos profissionais de saúde da ESF sobre a infecção pelo HIV/AIDS e, assim, oferecer subsídios para uma melhor assistência às pessoas que vivem infectadas por esse vírus e, também, servir como recurso material para o fortalecimento das potencialidades nos serviços de saúde.

Espera-se, então, que a cartilha produzida seja um recurso amplamente utilizado pelos profissionais de saúde da ESF de Chaval-CE. Esse será um objetivo que se propõe alcançar mediante sua ampla disponibilização por meio da obtenção de recursos financeiros junto à Secretaria Municipal de Saúde e Prefeitura Municipal.

Por fim, acredita-se que este estudo possa trazer subsídios para a reflexão acerca da importância do trabalho com grupos para a promoção da educação em saúde e para as limitações das abordagens individualizadas. Evidencia-se, assim, como uma possibilidade na construção de dados em pesquisas qualitativas e na área da saúde.

## Referências

ALBUQUERQUE, P. **A dimensão ética na educação para a saúde**. Saúde Soc. 2009;14(1):30-40.

BRASIL. Ministério da Saúde (MS). Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Política Nacional de Atenção Básica**. 4. ed. Brasília: MS; 2007. (Série Pactos pela Saúde, 2006; v. 4)

BRASIL. Ministério da Saúde (MS). Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de

Atenção Básica. **Saúde da família no Brasil**: uma análise de indicadores selecionados: 1998-2004. Brasília: MS; 2008.

CARLOS, SR. Os múltiplos sentidos da categoria “empowerment” no projeto de promoção da saúde. **Cad Saúde Pública**. 1998;20(4):1088-95.

CARVALHO, C.M.L. Enfrentamento da AIDS entre mulheres infectadas em Fortaleza-CE. **RevEscEnferm USP**, v. 42, n. 1, p. 90-97, 2007.

ECHER, IC. Elaboração de manuais de orientação para o cuidado em saúde. **Rev. Lat Am Enferm**. 2005;13(5):754-7.

ENKIN, M., et al. **Guia para atenção efetiva na gravidez e no parto**. 3ª ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan; 2000. p.14-20.]

FERREIRA, R. C. M.; NICHATA, M.L. **Atividade profissional e suporte ao enfrentamento do HIV/AIDS**: um estudo com mulheres junto ao Grupo Humanitário de Incentivo à Vida de Ribeirão Preto, estado de São Paulo. Dissertação de Mestrado Não Publicada, Programa de Pós-Graduação em Psicologia, Faculdade de Filosofia, Ciências e Letras de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo, Ribeirão Preto, 2008.

Freire P. **Pedagogia da autonomia: saberes necessários à prática educativa**. 3ª ed. São Paulo: Paz e Terra; 1996. p. 21-61.

GAZZINELLI, M.F.; REIS, D.C; MARQUES, C. M. M. Educação em Saúde: conhecimentos, representações sociais e experiências da doença. **Cad de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, 21 (1): 200-206, 2006. 200-206

HELMAN, C.G. **Cultura, Saúde e Doença**. Trad.Ane Rose Bolner. 5. ed. Porto Alegre: Artmed, 2009.

LOBIONDO-WOOD,M.;HARBER, H.M. Atenção Primária à Saúde. In: GIOVANELLA, L.;ESCOREL, S.;LOBATO, L. V. C.;NORONHA, J. C;CARVALHO, A. I.(orgs). **Políticas e Sistema de Saúde no Brasil**. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz; 2001.

MOTA, T. et al. Retratos da comunicação em saúde: desafios e perspectivas. **Interface Comun Saude Educ**. 2007;12(25):445-48.

MUNARI, T.; FUREGATO, F. Retratos da comunicação em saúde: desafios e perspectivas. **Interface Comun Saude Educ**. 2003;12(25):445-48.

POLIT, D.F.; BECK, C.T.; HUNGLER, B.P. **Fundamentos de pesquisa em enfermagem**. 5ª ed. Porto Alegre: Artes Médicas; 2011. p. 222- 44.

REBERTE, L. M. Celebrando a Vida: construção de uma cartilha para promoção da saúde da gestante. **Cad Saúde Pública**. 2008;20(4):1088-95.

ROZEMBERG, B.; SILVA, A.PP; VASCONCELLOS-SILVA, P.R. Impressos hospitalares e a dinâmica de construção de seus sentidos: o ponto de vista dos profissionais de saúde. **Cad Saúde Pública**. 2002;18(6):1685-94.

SADALA, M.L.A.; MARQUES, S.A.(2006)**Vinte anos de assistência a pessoas vivendo com HIV/AIDS no Brasil**: a perspectiva de profissionais de saúde. Disponível em: <http://www.scielo.br>. Acesso em 21/08/2012.

SILVEIRA, J.; RIBEIRO, F.S. Qualidade de vida de mulheres vivendo com o HIV/AIDS de um município do interior paulista. **RevEscEnferm USP**, São Paulo, v. 45, n. 1, p. 230-236, 2007.

TEIXEIRA, C.F. A Mudança do Modelo de Atenção à Saúde no SUS: desatando nós, criando laços. In: Teixeira, C. F;SOLLA; J. P.(orgs). **Modelo de Atenção à Saúde**: promoção, vigilância e saúde da família. Salvador: Edufba; 2006.

VERGARA, S.C. **Métodos de Coleta de Dados no Campo**. São Paulo: Atlas, 2009.

VIDAL, F.T. et al. Mulheres HIV positivas, reprodução e sexualidade. **Rev Saúde Pública**. 2009; 36 (4Supl):12-23.



## AS AÇÕES DO PROGRAMA SAÚDE NA ESCOLA: UMA PARCERIA COM A ESTRATÉGIA SAÚDE DA FAMÍLIA EM NATAL/RN

*Aíla Marôpo Araújo,*

*Renata Lima Silva,*

*Maísa Paulino Rodrigues,*

*Annatália Meneses de Amorim Gomes*

### Introdução

A Atenção Primária à Saúde (APS) tem na Estratégia de Saúde da Família (ESF) seu principal modelo para reorganização da assistência, pois busca romper com paradigmas cristalizados historicamente, incorporando, um novo pensar e um novo fazer, isto é, não centrado na doença; com abordagem familiar e não apenas ao indivíduo; com o trabalho em equipe e não somente centrado no médico; com trabalho intersetorial e não em um setor isolado (GERMANO et al., 2007; MOROSINI; CORBO, 2007; BRASIL, 2011).

Em suma, possui como eixo fundamental o trabalho no âmbito do território, de modo a atuar sobre problemas de saúde, visando o empoderamento populacional através do incentivo à coparticipação dos usuários nos diferentes cenários de práticas (GERMANO et al., 2007).

Destarte, faz-se necessário conhecer e integrar outros dispositivos sociais que contribuam para a promoção da saúde e atendam efetivamente as necessidades dos indivíduos. Nessa perspectiva as escolas, localizadas no âmbito do território da saúde podem se tornar importantes aliadas para o fortalecimento da promoção à saúde, ou seja, apresenta-se como possibilidade de produção do cuidado em saúde “extra muros”.

Nessa direção a iniciativa de Escolas Promotoras de Saúde tem sido uma importante estratégia no cenário escolar, fortalecendo esse elo através de esforços e recursos

multisetoriais orientados para melhorias das condições de saúde e bem-estar, possibilitando aos escolares um aprendizado de qualidade através de ambientes saudáveis, orientados para a promoção da saúde e para a consolidação do Sistema Único de Saúde (SUS) (BRASIL, 2007).

O Programa Saúde na Escola (PSE) desponta no cenário nacional, na perspectiva de promover ações intersetoriais, estimulando parcerias entre saúde e educação com vistas a intervir de forma qualificada sobre a saúde de crianças, adolescentes, jovens e adultos. O PSE foi instituído pelo Decreto Presidencial nº 6.286/2007 objetivando a atenção integral (promoção, proteção, diagnóstico e recuperação da saúde e formação) para o público-alvo supracitado, no âmbito do ensino público por meio de parceria entre profissionais da Unidade Básica de Saúde (UBS) e educadores (BRASIL, 2007; 2013a).

O município de Natal aderiu ao PSE no ano de 2008, através da portaria nº 1.861/2008, passando a receber o repasse financeiro conforme as regras estabelecidas para os municípios que fazem adesão ao Programa. Na ocasião, o município contava com 62 equipes de Saúde da Família ofertando serviços às escolas. Nos dias atuais, 141 equipes estão em atividade na cidade. Contudo, as ações realizadas em parceria com o PSE envolvem 33 escolas da rede estadual e 23 escolas da rede municipal de Natal (DATASUS, 2015).

Destaca-se, a relevância das ações desenvolvidas no âmbito escolar integrada à Atenção Básica de Saúde uma vez que por meio dessa parceria consolidam-se as ações intersetoriais fomentando a promoção da saúde de escolares e favorecendo a aproximação e integração da comunidade com os serviços de saúde.

O presente trabalho buscou identificar as fragilidades das ações do PSE desenvolvidas pelos profissionais da ESF, junto às crianças da escola municipal “Professora Tereza Satsuki”, ao tempo em que efetivou uma intervenção proativa consolidando os laços/articulação entre os sujeitos envolvidos no processo. Esta intervenção ocorreu no bairro Planalto, município de Natal, Rio Grande do Norte, território onde se localiza as instituições em tela.

## Percusso metodológico

### O cenário da prática

O município de Natal possui uma população de 853.928 habitantes e está localizado na zona costeira brasileira. O município está dividido em quatro regiões administrativas (norte, sul, leste e oeste), sendo as regiões norte (39,6%) e oeste (27,17%) as mais populosas (DA HORA; MEDEIROS, 2014).

O bairro do Planalto, palco da intervenção, está localizado na região oeste da capital e conta com aproximadamente 218.405 habitantes, ocupando 62.897 domicílios, cujo

valor do rendimento médio mensal é de 0,99 salários mínimos - uma das regiões mais desfavorecidas economicamente (DA HORA; MEDEIROS, 2014).

## Os passos da intervenção e o público alvo

Trata-se de uma intervenção realizada na escola municipal “Professora Tereza Satsuqui”, contemplada com as ações do PSE. Tal intervenção buscou instituir uma articulação efetiva entre os profissionais da USF e àqueles da escola supracitada, por meio da implantação de ações de saúde/educação.

Inicialmente buscou-se identificar as fragilidades existentes no processo de trabalho das equipes parceiras (USF/Escola), para em seguida estimular e desencadear ações proativas, isto é, a implantação de ações de promoção e proteção à saúde dos escolares. O projeto foi apoiado pela Universidade Aberta do SUS/ Programa de Valorização do Profissional da Atenção Básica e Universidade Federal de Pelotas (UFPe), instituição responsável pela parte formativa dos profissionais do PROVAB (BRASIL, 2013b). Destaca-se que a intervenção foi produto de uma atividade acadêmica do PROVAB, onde a aluna (pesquisadora) tinha como meta, identificar as fragilidades das ações desenvolvidas pelo PSE, e em seguida estimular/potencializar a articulação entre as equipes da ESF/Escola.

As etapas da intervenção seguiram o cronograma construído sob a orientação da UFPe, ocorrendo entre os meses de agosto a outubro de 2014.

Como primeiro passo da atividade realizou-se duas rodas de conversa: a primeira roda foi direcionada aos profissionais da UFS e a segunda roda foi dirigida aos profissionais da escola. Cada grupo contou com cinco profissionais, isto é, médico, dentista, enfermeiro, agente comunitário de saúde e auxiliar de saúde bucal (USF) e professores, orientador acadêmico e diretor (escola). Essa estratégia teve por objetivo conhecer as potencialidades e as fragilidades empreendidas pelo PSE. Entretanto, focou-se na compreensão das fragilidades. Nessa direção, foram capturadas: desestímulo das equipes, escassez de ações realizadas na escola, desenvolvimento de ações eminentemente de saúde bucal, ausência de responsabilização por parte de professores, pais e profissionais de saúde, entre outros.

De posse dessas informações deu-se continuidade a intervenção com a realização de duas oficinas (momento formativo), onde os profissionais foram instigados a participar, tendo oportunidade de debater amplamente sobre educação em saúde e PSE, com ênfase nos protocolos do Ministério da Saúde destinados ao Programa. Esse momento contou, também, com a participação do nutricionista da UBS. Especificamente, para os ACS, foi desenvolvida uma capacitação acerca de como se efetivar a busca ativa visando atingir os escolares faltosos.

O momento formativo teve como propósito qualificar os profissionais de saúde para a intervenção, suscitando reflexões sobre o seu papel e suas atribuições diante da situação de saúde dos escolares - tomando por base o princípio da integralidade.

Para Ceccim et.al. (2004) o eixo norteador das capacitações deve ser a integralidade, visto que considera a articulação de saberes e práticas multiprofissionais. Os autores referem também, que as capacitações em saúde devem ser subsidiadas por uma aprendizagem significativa por meio da educação permanente em saúde. Nessa perspectiva, o momento formativo instituído subsidiou a organização das ações junto à clientela escolar.

No passo seguinte foi estabelecida uma pactuação com os professores e direção da escola para organização e planejamento das ações de saúde. Assim, os profissionais, com o auxílio da pesquisadora, iniciaram a as atividades seguindo os protocolos do Ministério da Saúde, por meio dos seguintes manuais: passo a passo para adesão do Programa de Saúde na Escola (2014), material de apoio para as ações do PSE (2013), manual instrutivo do PSE (2013) e relatórios técnicos da secretaria municipal de saúde.

Os instrumentos de coleta de dados das crianças foram às fichas espelho contendo: identificação e informações pessoais; data das ações realizadas; medidas antropométricas (peso, altura, índice massa corporal, circunferência da cintura, circunferência braquial); pressão arterial; condição visual; condição de saúde bucal ( higiene, cárie, necessidade de consulta odontológica e outras afecções na boca); audição; vacinação (últimas vacinas realizadas) e ações de promoção à saúde (orientação sobre higiene bucal, nutricional, riscos do uso de álcool e drogas, tabagismo, doenças sexualmente não transmissíveis, prevenção de gravidez na adolescência, *bullying* e violência, prática de atividade física e cuidados com o meio ambiente).

Os dados foram tabulados em planilhas de objetivos, metas e indicadores, fornecidos pela UFPel, possibilitando o cálculo dos respectivos indicadores e o monitoramento da intervenção. Seguiu-se com a construção de tabelas que foram analisadas através da estatística descritiva. Para o cálculo dos indicadores foi utilizado no numerador o número de crianças e adolescentes matriculados na escola contemplados com a ação específica realizada e no denominador o número total de crianças e adolescentes matriculados na escola.

Os objetivos, metas e indicadores utilizados na intervenção podem ser visualizados a seguir, através do quadro 1.

Quadro 1: Objetivos, metas e indicadores propostos para a intervenção. Natal/RN, Brasil, 2014.

OBJETIVOS	METAS	INDICADORES
Ampliar a cobertura de atenção à saúde na escola	Ampliar a cobertura das ações na escola para 100% das crianças, adolescentes e jovens da escola alvo da intervenção.	Proporção de crianças, adolescentes e jovens matriculados na escola alvo submetidas às ações em saúde



Melhorar a qualidade da atenção à saúde na escola	Realizar aferição da pressão arterial de 100% das crianças, adolescentes e jovens matriculados na escola alvo	Proporção de crianças, adolescentes e jovens matriculados na escola alvo submetidas às ações em saúde
	Atualizar o calendário vacinal de 100% das crianças, adolescentes e jovens matriculados na escola alvo	Proporção de crianças, adolescentes e jovens matriculados na escola alvo com atualização do calendário vacinal
	Realizar avaliação nutricional em 100% das crianças, adolescentes e jovens matriculados na escola alvo	Proporção de crianças, adolescentes e jovens matriculados na escola alvo com avaliação da situação nutricional
	Realizar avaliação da saúde bucal em 100% das crianças, adolescentes e jovens matriculados na escola alvo	Proporção de crianças, adolescentes e jovens matriculados na escola alvo com avaliação da saúde bucal
Melhorar a adesão às ações na escola	Fazer busca ativa de 100% das crianças e adolescentes que não compareceram às ações realizadas na escola	Proporção de buscas realizadas às crianças, adolescentes e jovens que não compareceram às ações realizadas na escola alvo
Melhorar o registro das informações	Manter, na UBS, registro atualizado em planilha e/ou prontuário de 100% das crianças e adolescentes matriculados na escola alvo	Proporção de crianças, adolescentes e jovens matriculados na escola alvo com registro atualizado
Promover a saúde das crianças, adolescentes e jovens	Proporcionar orientação nutricional para 100% das crianças, adolescentes e jovens matriculados na escola alvo	Proporção de crianças, adolescentes e jovens matriculados na escola alvo com orientações nutricionais
	Orientar 100% das crianças, adolescentes e jovens matriculados na escola alvo sobre prevenção de acidentes (conforme faixa etária)	Proporção de crianças, adolescentes e jovens matriculados na escola alvo que foram orientados sobre prevenção de acidentes

	Orientar 100% das crianças, adolescentes e jovens para o reconhecimento e os direitos assegurados para vítimas de violência	Proporção de crianças, adolescentes e jovens matriculados na escola alvo que foram orientados sobre violência
	Orientar 100% das crianças, adolescentes e jovens matriculados na escola alvo sobre higiene bucal	Proporção de crianças, adolescentes e jovens matriculados na escola alvo com orientações sobre higiene bucal

Fonte: Pesquisa, 2014.

As ações - distribuídas semanalmente ao longo dos três meses -, constaram de: avaliação clínica da saúde bucal, aferição da pressão arterial, atualização do calendário vacinal, avaliação clínica nutricional e ações de educação em saúde.

O público alvo atingido foi 152 escolares distribuídos entre os turnos matutino e vespertino, cursando até o 5º ano do ensino fundamental. Esse quantitativo representou 7,97% (N=152) entre um total de 1.906 crianças e adolescentes residentes no território de abrangência da USF.

As avaliações clínicas de saúde bucal e nutricional foram permeadas pelos conhecimentos técnicos e científicos dos profissionais, tendo como diretriz os manuais do PSE e os itens contidos nas fichas espelho.

Para a atualização do calendário vacinal analisou-se a situação dos escolares em relação à necessidade de se iniciar ou de dar continuidade ao esquema vacinal iniciado.

As ações de educação em saúde foram realizadas por meio de oficinas, incluídas no guia de semana na escola, do Ministério da Saúde. Exemplo disso, é o tema sobre violência, para o qual foi utilizado “*o varal para prevenção de violência*” objetivando promover o debate sobre os diferentes tipos de violência que ocorrem no cotidiano e apontar possibilidades de enfrentamento dessa problemática na escola e em outros espaços.

É importante destacar que o PSE trabalha com base em três componentes, estes, visam facilitar a dinâmica de trabalho das equipes de saúde e educação: I) Avaliação das Condições de Saúde; II) Prevenção de Doenças e Agravos e Promoção da Saúde; III) Formação. Cada um desses componentes apresenta ações a serem desenvolvidas: o componente I tem por objetivo avaliar a saúde dos educandos e possibilitar que as crianças que apresentam algum problema de saúde possam ser encaminhadas para o atendimento e acompanhamento. O componente II visa garantir oportunidade a todos os educandos de fazerem escolhas mais favoráveis à saúde e de serem, portanto, protagonistas do processo de produção da própria saúde. O componente III propõe momentos formais como cursos, oficinas, participação em congressos, curso de edu-

cação à distância entre outros, apostando que a formação é um processo permanente de integração entre os Grupos de Trabalho Intersetoriais e as equipes de saúde e educação (BRASIL, 2013).

Em relação aos componentes I e II preconizam-se as ações: avaliação antropométrica, promoção e avaliação da saúde bucal, sondagem da realização do teste da orelhinha e do teste do olhinho, ações de segurança alimentar e promoção da alimentação saudável, promoção da cultura de paz e direitos humanos, criação de grupos de famílias solidárias para encontro e troca de experiência, com mediação da creche/escola e/ou saúde/pré-escola, criação de grupos intersetoriais de discussão de ações de saúde mental no contexto escolar, em articulados ao GTI municipal. Para o ensino fundamental são acrescentadas as seguintes ações: avaliação oftalmológica, saúde e prevenção nas escolas (SPE): educação para a saúde sexual, saúde reprodutiva e prevenção das DST/AIDS e prevenção ao uso de álcool e tabaco e outras drogas (BRASIL, 2013a).

No município de Natal, as dimensões pactuadas foram: avaliação de saúde bucal, avaliação nutricional, aferição da pressão arterial e atualização do calendário vacinal, sendo as ações de promoção da saúde integradas com a escola.

Este estudo foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Federal de Pelotas pelo parecer nº15/2012, conforme preconiza a Resolução nº466/2012.

## Resultados

A intervenção prezou pela melhoria da qualidade da atenção à saúde dos escolares de 6 a 15 anos, nos aspectos: saúde bucal, aferição da pressão arterial, atualização vacinal, avaliação nutricional e realização de ações de educação em saúde. A tabela 1 revela a distribuição por sexo e idade dos escolares que participaram das ações de saúde.

Tabela 1: Caracterização dos escolares participantes. Natal/RN, Brasil, 2014.

Variável		N (%)
Sexo	Feminino	55 (36,2)
	Masculino	97 (63,8)
Idade (anos)	6 a 10	121 (79,6)
	11 a 15	31 (20,4)

Fonte: Pesquisa, 2014.

A tabela 2 expressa as proporções atingidas para os indicadores utilizados para monitorar as ações do PSE.

Tabela 2: Proporção das ações realizadas nos três meses de intervenção. Natal/RN, Brasil, 2014.

INDICADORES	%
Proporção de escolares com aferição de Pressão Arterial	69,7
Proporção de escolares com cartão vacinal atualizado	37,5
Proporção de crianças e adolescentes matriculados na escola alvo com avaliação nutricional	71,1
Proporção de crianças e adolescentes matriculados na escola alvo com avaliação da saúde bucal	78,3
Proporção de buscas realizadas às crianças e adolescentes que compareceram às ações realizadas na escola	83,6
Proporção de crianças e adolescentes com registro atualizado	100,0
Proporção de crianças e adolescentes matriculados na escola alvo com orientações nutricionais	73,0
Proporção de crianças e adolescentes matriculados na escola alvo que foram orientados sobre prevenção de acidentes	39,5
Proporção de crianças e adolescentes matriculados na escola alvo que foram orientados sobre violência	63,8
Proporção de crianças e adolescentes com orientações sobre higiene bucal	83,6

Fonte: Pesquisa, 2014

O indicador proporção de crianças e adolescentes matriculados na escola alvo mostrou que houve aumento de aferição da pressão arterial durante os meses da intervenção. Essa ação contou com a participação do técnico de enfermagem (Figura 1). Ao final de cada aferição os dados eram registrados nas planilhas de acompanhamento e em seguida analisados para se verificar se estavam em consonância com os padrões pressóricos recomendados para a faixa de idade da criança. O parâmetro adotado foi aquele contido no caderno da Atenção Básica do Ministério da Saúde que discorre sobre crescimento e desenvolvimento (BRASIL, 2013 a).

Para o indicador 'atualização do calendário vacinal', as expectativas ficaram aquém da meta prevista de 70%. Esse resultado, entretanto, pode ser considerado positivo, tendo em vista que somente 16% das crianças estavam com a vacinação atualizada. Esse processo constou de verificação de todos os cartões de vacinas dos escolares, analisando-se as doses administradas e aprazando-se, quando necessário, as datas para as dosagens subsequentes. Uma listagem, nominando os escolares em atraso vacinal, foi entregue aos educadores para que intermediassem junto aos pais a visita das crianças à UBS.

Figura 1: Ação realizada com aferição da pressão arterial. Natal/RN, Brasil, 2015



Fonte: elaborado pelos autores.

A avaliação nutricional contou com a participação da nutricionista, do enfermeiro e dos agentes comunitários de saúde, trazendo também, resultados satisfatórios, conforme observado na tabela 2. Nessa ação realizou-se a avaliação antropométrica, por meio de triagem identificando-se as necessidades nutricionais. Cabe salientar que a merenda escolar servida na escola é supervisionada por uma nutricionista da secretaria municipal de educação.

As orientações nutricionais foram orquestradas pelos mesmos profissionais que realizaram a avaliação nutricional. Dessa feita, adotaram estratégias e práticas de incentivo a alimentação saudável sensibilizando os escolares para adoção de uma alimentação adequada.

Já as ações de prevenção de acidentes não atingiram o percentual desejado, ou seja, atingiu menos de 50% das crianças. Tal fato deveu-se a oferta restrita dessas atividades – ocorrendo em apenas um dos turnos - devido a pouca disponibilidade dos profissionais para atuar em três turnos. De modo semelhante ocorreu com as ações de prevenção da violência – aquém da meta prevista de 70%. Entretanto, houve uma efetiva participação de profissionais de saúde e da comunidade escolar. Nesta ação realizou-se um teatro de fantoches e uma oficina interativa, protagonizada pelos ACS (Figura 2).

Figura 2: Ação realizada com teatro de fantoches para prevenção de violência. Natal/RN, Brasil, 2015.



As avaliações de saúde bucal foram consideradas bastante efetivas, isto é, com o alcance de 78,3 de escolares avaliados. Essa ação contou com a participação do dentista, do auxiliar de saúde bucal, do enfermeiro e dos ACS.

Já a proporção de crianças e adolescentes cobertos pelas ações de saúde bucal alcançaram 83,6. Nestas, os protagonistas principais foram os auxiliares de saúde bucal que desenvolveram tanto as ações educativas em salas de aula quanto as de prevenção de doenças bucais por meio de escovação supervisionada, com ênfase no treinamento de habilidades motoras (Figura 3).

Figura 3: Ação sobre orientações de saúde bucal. Natal/RN, Brasil, 2015.



Fonte: elaborado pelos autores.

Todas as atividades teórico-práticas de educação em saúde foram realizadas com o uso de uma linguagem apropriada e visaram o desenvolvimento de habilidades e a promoção do empoderamento dos escolares. Essa ação também tinha como propósito promover a socialização do conhecimento junto à comunidade.

## Discussão

A intervenção realizada pelos profissionais da UBS proporcionou melhoria das condições de saúde e de acompanhamento dos escolares do bairro Planalto. Essa assertiva toma por base a fala inicial dos sujeitos (profissionais da USF e professores da escola) “[...] às ações educativas na escola não são realizadas de forma regular... são feitas de forma esporádica [...]”. Pode-se averiguar que as ações não eram realizadas de maneira sistemática e tampouco acompanhadas e/ou avaliadas. Já a partir da intervenção em foco foi possível realizar o monitoramento e a avaliação das ações preconizadas pelo PSE.

As ações de promoção da saúde têm por propósito fomentar a intersetorialidade ao considerar que “os problemas do setor saúde não se resumem somente ao setor saúde” sendo, portanto, uma estratégia que busca modos de pensar e operar articulados as demais políticas e tecnologias no âmbito do SUS. Nessa perspectiva propõe que as intervenções sobre o processo saúde-doença da população sejam direcionadas de acordo com as necessidades desta em consonância com os condicionantes e determinantes sociais da saúde (BRASIL, 2010).

Na saúde escolar a promoção da saúde vem se consolidando através do elo entre a saúde e a educação, e possibilitado iniciativas como, por exemplo, ações para identificação precoce de doenças, referenciamento para outros níveis de complexidade tecnológica em saúde, além da realização de atividades de educação em saúde (CA-SEMIRO et al., 2014).

Destarte, a intersetorialidade se constitui como estratégia potente para o enfrentamento dos problemas de saúde, procurando responder a sua complexidade, tanto individual quanto coletiva. Sendo assim, se coloca como caminho para mudança do modelo biomédico assistencial, já que busca respostas para os problemas reais da coletividade (PINTO et. al., 2012).

No que toca a educação nutricional, Cavalcanti et al. (2012) destacam que se trata de uma atividade que deve ser incentivada nas escolas, devendo fazer parte das estratégias educativas, uma vez que possibilita aos escolares sanarem suas dúvidas cotidianas a respeito dos hábitos alimentares, ao tempo que permite assumirem o papel de sujeitos na interface escola-comunidade. Ramos, Santos e Reis (2013), coadunam com essa assertiva ao afirmarem que a escola é um espaço propício para o desenvolvimento de ações acerca de a educação alimentar e nutricional sendo, sem dúvida, uma estratégia para adoção de hábitos saudáveis.

Quanto às ações de saúde bucal observou-se um impacto bastante positivo: as doenças bucais foram diagnosticadas precocemente; se promoveu o desenvolvimento de habilidades para a escovação dentária; houve desmonopolização do saber - anteriormente exclusivo do profissional - criando condições concretas de empoderamento em saúde bucal. Destaca-se também, que os escolares receberam acompanhamento supervisionado durante a escovação dentária, e foram classificados de acordo com o risco para as doenças bucais, sendo agendados para a realização de tratamento odontológico na UBS. Todos eles foram contemplados com escova de dente e pasta dental, fornecidos pela Secretaria Municipal de Saúde de Natal.

A realização de diagnósticos coletivos (avaliações clínicas e/ou ações de triagem) também foi encontrada na pesquisa de Casemiro et al. (2014) recomendando as intervenções e a oferta de escovas e dentífrícios para a continuidade do cuidado no domicílio e nos serviços de saúde.

É oportuno destacar que ações dessa natureza possibilitam a continuidade do cuidado com a boca não somente em ambientes institucionais, mas podem modificar a rotina dos escolares, fazendo com que se tornem corresponsáveis pela sua saúde e assumam, também, o papel de multiplicadores de novas práticas junto a família e a comunidade.

De acordo com as diretrizes da Política Nacional de Saúde Bucal, devem-se implantar ações integradas com a rede de APS; instituições não governamentais; empresas privadas; associações comunitárias; domicílios; escolas; de modo a favorecer a redução de fatores de risco, que constituem ameaça à saúde bucal das pessoas, provocando incapacidades e doenças (BRASIL, 2004).

Uma limitação observada refere-se ao indicador de atualização vacinal, uma vez que não se conseguiu atingir a meta proposta, sendo tal fato atribuído a pouca colaboração dos pais que não disponibilizaram os cartões de vacinas

As ações de educação em saúde que visavam à prevenção de acidentes e violência, embora não tenham atingido as metas, foram relatadas pelos alunos como aprendizado essencial para a vida cotidiana, e contou com o envolvimento significativo da equipe de saúde/educação e dos educandos.

A educação em saúde visa colaborar com a formação de uma consciência crítica do escolar, que resulte em comportamentos associados à promoção, a proteção e a recuperação de sua saúde e da saúde da comunidade em que está inserido (COSTA; FIGUEREDO; RIBEIRO, 2013).

Nesse sentido ações dessa natureza podem contribuir para a tomada de consciência, estabelecendo relação com os fatores que interferem negativamente sobre a saúde. As crianças e adolescentes ao participarem de atividades com essa perspectiva tem a possibilidade de atuar de maneira transformadora em contextos familiar, comunitário e na sociedade em geral, colaborando com a construção de práticas saudáveis (NEITZKE; ZANATTA; ARGENTA, 2012).



O trabalho em equipe realizado se caracterizou como multiprofissional, envolvendo de fato diversos saberes e fazeres: a enfermeira (realização do monitoramento da ação, articulação com os outros profissionais, avaliação dos cartões de vacinas e ações de educação em saúde), agentes comunitários de saúde (registros das ações, busca ativa dos escolares e ações de educação em saúde), técnico de enfermagem ( aferição da pressão arterial), nutricionista (avaliação nutricional através do índice de massa corpórea), técnico de saúde bucal (auxílio ao dentista, escovação supervisionada e ações de prevenção de doenças bucais), o dentista (avaliação clínica da saúde bucal e efetivação do tratamento odontológico).

Nesse contexto, Peduzzi (2008) enfatiza o trabalho em equipe como uma concepção estratégica ao concebê-lo como proposta capaz de enfrentar o intenso e marcante processo de especialização na área da saúde, caracterizado pelo conhecimento verticalizado, intervenções individualizadas sobre as necessidades de saúde e hegemonia do poder técnico e político dos médicos. Tal estratégia concorre de forma robusta para rompimento do paradigma biomédico.

Convém destacar que o trabalho em equipe multiprofissional não desvaloriza os conhecimentos medulares de cada área, tampouco requer abandono destes. Contudo, é imperativa a presença da parceria, do respeito mútuo, da humildade e da visão técnico-científica entre os profissionais. Esse se constitui em um grande desafio para um processo de trabalho em saúde resolutivo (DUNCAN; SCHMIDT; GIUGLIANI, 2006).

O estudo de Pinto e colaboradores (2012) enfatiza que as práticas intersetoriais devem permear o trabalho em equipe buscando imprimir impactos positivos sobre as condições de vida dos indivíduos e coletividades. A intersetorialidade vai sendo construída a partir do compartilhamento de conhecimentos, suscitando novos conceitos e buscando superar a fragmentação das práticas.

Nessa direção, foi possível observar a reorganização da rotina da equipe da UBS, com elaboração de novas agendas visando contemplar a demanda externa – os escolares. Consolidaram-se vínculos e parcerias entre os profissionais de saúde e de educação, despertando o compromisso com a saúde da comunidade escolar.

Desdobramentos da intervenção foram também observados através dos registros das ações nas fichas do E-SUS, alimentando o Sistema de Informação da Atenção Básica, favorecendo as atividades coletivas. Relatórios mensais também foram disponibilizados para a gestão central da secretaria municipal de saúde e para os profissionais da escola servindo de subsídio para o debate junto aos pais dos alunos durante as reuniões ordinárias promovidas pela escola.

A alimentação dos sistemas de informação se constitui em importante contribuição para a produção de dados e informações, fundamentais à equipe de saúde e à gestão, considerando que para atuar na ESF os profissionais necessitam conhecer as características da população - fatores de risco, condicionantes e determinantes – para realizar um planejamento e uma intervenção eficaz (RADIGONDA et al., 2010).

É relevante destacar o papel preponderante exercido pela gestão da escola, pelos docente e pessoal da administração, sem os quais não teria sido possível o alcance dos resultados observados. Todos esses atores foram fundamentais à medida que se responsabilizaram envolvendo-se efetivamente nas atividades desenvolvidas.

A implantação das ações de promoção da saúde consiste em grande desafio para a APS à medida que propõe promover o empoderamento das pessoas com vistas a melhoria da sua situação de saúde. Nesse sentido, no âmbito da saúde devem estar integradas as ações e estratégias de atenção a saúde que permitam reduzir as vulnerabilidades, favoreça a equidade e estimule a participação e o controle social (NORMAN, 2013).

Nesse contexto, as equipes da ESF devem desenvolver atividades de promoção e proteção da saúde que promovam efeitos leves e difusos e contribuam para a melhoria da “consciência sanitária” e da organização popular incidindo em uma maior mobilização e participação efetiva na gestão local do SUS. Promover a saúde no território se constitui em grande desafio visto que se faz necessário “romper os muros da UBS” sendo imprescindível o empenho dos sujeitos da saúde (NORMAN, 2013).

Compreende-se que as práticas educativas e de promoção da saúde ensejada pelos profissionais da ESF, deve oportunizar que os usuários exerçam a sua vocação ontológica de ser sujeito que constrói o mundo, estimulando o poder criador dos homens. Para tanto profissionais e usuários não devem ocupar polos opostos nesse processo, devem na realidade educarem-se entre si, a partir da ocupação de espaços de diálogo e comunicação (FREIRE, 2011).

## Considerações finais

Esta experiência trouxe contribuições para o processo de implantação da interseccionalidade, promovendo reflexões e redirecionamentos no processo de trabalho da equipe da ESF à medida que possibilitou uma articulação entre esta e os professores da escola, fazendo despertar a consciência sobre a importância do cuidado com a saúde das crianças e adolescentes.

Apontam-se como limitação deste trabalho os poucos dados apresentados acerca do desenvolvimento do PSE em Natal, justificado à medida que a coordenação do Programa no município dispõe de poucos dados sistematizados a respeito do Programa: histórico da implantação e do acompanhamento atual no município de Natal.

A intervenção suscitou no curso do processo o saber conviver com os profissionais da USF, o saber fazer, o saber ser e o saber aprender, sustentados por diversas abordagens técnico-científicas e relacionais.

Portanto, acredita-se que a intervenção em tela, embora não tenha atingido todas as metas propostas foi significativa, ao considerar que boa parte das crianças e adolescentes foi contemplada com as ações de saúde que incidiram sobre a sua qualidade

de vida. Sabe-se, entretanto, que tais ações precisam ser preservadas através de movimentos contínuos e organização sistemática no intuito de promover impactos positivos para a mudança de hábitos nocivos à saúde dos escolares.

## Referências

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria no 2.488, de 21 de outubro de 2011. Aprova a Política Nacional de Atenção Básica, estabelecendo a revisão de diretrizes e normas para a organização da Atenção Básica, para a Estratégia Saúde da Família (ESF) e o Programa Agentes Comunitários da Saúde (PACS). **Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil**, Poder Executivo, Brasília, DF, 24 out. 2011e. Seção 1, p. 48.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde e Ministério da Educação. **Manual instrutivo do programa saúde na escola**. Brasília/DF: Ministério da Saúde e Ministério da Educação, 2013 a.

\_\_\_\_\_. Edital nº 60, de 14 de novembro de 2013. Altera o Anexo do Edital nº 59/SG- TES/MS, de 6 de novembro de 2013, que divulga o Processo de Adesão dos Profissionais Enfermeiros e Cirurgiões-Dentistas ao Programa de Valorização do Profissional da Atenção Básica (PROVAB). **Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil**, Poder Executivo, Brasília, DF, 07 nov. 2013b. Seção 3, p. 199.

\_\_\_\_\_. Decreto nº 6.286 de 05 de dezembro de 2007. Institui o Programa de Saúde na Escola, e dá outras providências. **Diário Oficial da União**, Brasília, DF, 06 dez., 2007. p.2.

\_\_\_\_\_. **Diretrizes da política nacional de saúde Bucal**. Brasília/DF: Ministério da Saúde, 2004.

\_\_\_\_\_. Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde. Departamento de Gestão da Educação em Saúde. **Política Nacional de Educação Permanente em Saúde**. Brasília: Ministério da Saúde, 2009.

\_\_\_\_\_. Secretaria de Vigilância em Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. **Política Nacional de Promoção da Saúde**. Brasília: Ministério da Saúde, 2010.

BRITO, A. K. A.; SILVA, F. I. C.; FRANÇA, N. M. Programas de intervenção nas escolas brasileiras: uma contribuição da escola para a educação em saúde. **Saúde em Debate**, v. 36, n. 95, p. 624-632, 2012.

CECCIM, R. B.; FEUERWERKER, L. C. M. Mudança na graduação das profissões de saúde sob o eixo da integralidade. **Cadernos de Saúde Pública**, v. 20, n. 5, p.1400-1410, 2004.

CAVALCANTI, L. A., et al. Efeitos de uma intervenção em escolares do ensino fundamental I, para a promoção de hábitos alimentares saudáveis. **R. bras. Ci. e Mov**, v. 20, n.2, p. 5-13, 2012.

COSTA, G. M.; FIGUEREDO, R. C.; RIBEIRO, M. S. A importância do enfermeiro junto ao PSE nas ações de educação em saúde em uma Escola municipal de Gurupi – TO. **Revista Científica do ITPAC**, v.6, n2, 2013.

CASEMIRO, J. P., et al. Promover saúde na escola: reflexões a partir de uma revisão sobre saúde escolar na América Latina. **Ciência Saúde Coletiva**, v. 19, n. 3, p. 829-840, 2014.

DA HORA, C. E. P.; MEDEIROS, F. A. C. **Anuário natal 2014**. Natal: SEMURB, 2014. 400p.

DUNCAN, B.B.; SCHMIDT, M.I.; GIUGLIANI, E.R.J. **Medicina ambulatorial**. 3. ed. Porto Alegre: Artmed, 2006.

FREIRE, P. Educação e Mudança. 34. ed. São Paulo: Paz e Terra, 2011.

GERMANO, R. M. et al. Capacitação das equipes do PSF: desvendando uma realidade. In. CASTRO, J. L. de (org). **Gestão de trabalho no SUS: entre o visível e o oculto**. Natal: Editora Observatório RH NESC/UFRN, 2007.

MOROSINI, M. V. G.C.; CORBO, A. D'A. (Orgs.) **Modelos de atenção e a saúde da família**. Rio de Janeiro: EPSJV/Fiocruz, 2007.

NATAL. Secretaria Municipal de Saúde. **Plano Municipal de Saúde de Natal 2014-2017**. Natal: Secretaria Municipal de Saúde, 2014.

NORMAN, A.H. Promoção da saúde: um desafio para a atenção primária. **Rev Bras Med Fam Comunidade**, v. n. 28, p. 153-154, 2013.

NEITZKE, S. T.; ZANATTA, E. A.; ARGENTA, C. Desafios e perspectivas no desenvolvimento do programa nacional de saúde do escolar. **Revista de Enfermagem**, v. 8, n. 8, p. 166-181, 2012.

RAMOS, F. P.; SANTOS, L. A. S.; REIS, A. B. C. Educação alimentar e nutricional em escolares: uma revisão de literatura. **Cad. Saúde Pública**, v. 29, n. 11, p. 2147-2161, 2013.

RADIGONDA, B. Sistema de informação da atenção básica e sua utilização pela equipe de saúde da família: uma revisão integrativa. **Revista Espaço para a Saúde**, v. 12, n. 1, p. 38-47, 2010.

PEDUZZI, M. **Trabalho em Equipe**. In: Pereira, I. B.; Lima, J. C. F. Dicionário da educação profissional em saúde. 2.ed. rev. ampl. Rio de Janeiro: EPSJV, 2008.

PINTO, B. K. et al. Promoção da saúde e intersetorialidade: um processo em construção. **REME – Rev Min Enferm**, v. 16, n. 4, p. 487-493, 2012.

## O USO DE PLANTAS MEDICINAIS NA ESTRATÉGIA SAÚDE DA FAMÍLIA

*Danielle Chacon dos Santos,  
Ricardo Henrique Vieira de Melo,  
Maria Betânia de Moraes,  
Geórgia Sibebe Nogueira da Silva,  
Maria Isabel Brandão de Souza Mendes.*

### Introdução

O emprego de plantas com interesse medicinal é um hábito que sempre existiu na história da humanidade e tem evoluído ao longo dos tempos, desde as formas mais simples de tratamento local até as formas tecnologicamente sofisticadas de fabricação industrial. As atuais tendências globais de preocupação com a biodiversidade e com os ideais de desenvolvimento sustentável vêm despertando o interesse nos estudos das plantas medicinais brasileiras (LORENZI; MATOS, 2008).

O uso terapêutico da biodiversidade revela-se importante fator histórico, compondo todo um conjunto de saberes e práticas voltadas à saúde, reconhecido, inclusive, pela Organização Mundial de Saúde (OMS), como parte da medicina tradicional praticada em todos os países (LAMEIRA; PINTO, 2008).

A extração de plantas medicinais apresenta-se como uma importante fonte de obtenção de matéria-prima para a produção de medicamentos, tanto para uso local, em comunidades tradicionais, populações de reduzido poder aquisitivo, entre outras, como para a indústria farmacêutica (REIS; MARIOT, 2003).

Entende-se como planta medicinal todo e qualquer vegetal que possui, em um ou mais órgãos, substâncias que podem ser utilizadas com fins terapêuticos ou que sejam precursoras de fármacos semissintéticos (BRASIL, 2006). Já o fitoterápico é o produto obtido de planta medicinal ou de seus derivados, exceto substâncias isoladas, com finalidade profilática, curativa ou paliativa. (BRASIL, 2011)

Os produtos naturais são responsáveis, de forma direta ou indireta, por cerca de 40% de todos os fármacos disponíveis na terapêutica moderna, e, se forem considerados os antibióticos e antitumorais, esse índice chega a, aproximadamente, 70% (YUNES; FILHO, 2001).

A utilização de práticas terapêuticas alternativas e de baixo custo, como é o caso do cuidado em saúde através das plantas medicinais e de fitoterápicos, pode vir a minimizar as despesas crescentes com medicamentos que vêm sendo evidenciadas ao longo dos anos, pois, enquanto os gastos totais com saúde aumentaram em 9,6%, os com medicamentos alopáticos tiveram incremento de 123,9%, no período de 2002 a 2006 (VIERA; MENDES, 2007).

A significativa influência de fatores culturais na utilização de plantas medicinais - como a crença no poder curativo das plantas, passada através de gerações - nos leva também a considerar que essa prática de cuidado deve ser valorizada, fundamentada e aperfeiçoada para que os profissionais possam aplicá-las de forma segura e eficaz aos usuários dos serviços de saúde. Com o objetivo de evitar efeitos indesejáveis e danos que possam ser causados pelo mau uso dessa modalidade terapêutica, o Ministério da Saúde (MS) tem estabelecido políticas que encorajam o desenvolvimento de estudos com plantas medicinais, objetivando colocar em prática os benefícios advindos dessas pesquisas (FRANCO, 2003).

Apesar da importância e do incentivo do desenvolvimento de práticas alternativas de cuidados, a evolução da ciência e a descoberta de novas formulações químicas, impelidas por estratégias de interesses econômicos, têm deixado em segundo plano a tradição milenar do uso das plantas medicinais na prevenção e no tratamento de doenças (ATAÍDE et al., 2007). Nessa perspectiva, o desafio se encontra em valorizar as descobertas advindas dos avanços científicos, sem, contudo, esquecer a grande riqueza e diversidade natural onde encontramos fontes saudáveis de vida.

A partir da década de 1980, iniciaram-se a legitimação e a institucionalização dessas abordagens de atenção à saúde no Brasil. Com a descentralização e a participação popular, os estados e municípios ganharam maior autonomia na definição de suas políticas e ações em saúde, vindo a implantar as experiências pioneiras. (BRASIL, 2006).

A oitava, décima e décima segunda Conferências Nacionais de Saúde, respectivamente, nos anos: 1986, 1996 e 2003, recomendaram a incorporação da Fitoterapia enquanto prática de saúde no SUS, incentivando o Ministério da Saúde na inclusão das plantas medicinais na assistência farmacêutica básica, bem como a elaboração de normas para a sua utilização.

A Estratégia Saúde da Família (ESF) surgiu no ano de 1994, como iniciativa do MS para a reorganização da atenção primária em saúde e para produzir mudanças no modelo assistencial vigente no país. Consolidou-se como eixo estruturante no SUS, buscando a transição do paradigma voltado às doenças para o de promoção e proteção da saúde e da prevenção de agravos a esta. A ESF caracteriza-se como a porta de entrada prioritária de um sistema de saúde regionalizado e hierarquizado, sendo considerada prioridade de governo pela importância da atenção básica na resolutividade da maioria dos problemas de saúde.

As práticas alternativas de saúde ganharam força no Brasil com a consolidação da Política Nacional de Práticas Integrativas e Complementares no Sistema Único de Saú-

de (PNPIC), através da Portaria 971, de 03 de maio de 2006. Com ela, o país deu um importante passo para a ampliação do acesso e da atenção integral em saúde. Entre outras práticas - como experiências da Medicina Tradicional Chinesa/acupuntura, da homeopatia, do termalismo/crenoterapia, de práticas corporais, como o Tai Chi Chuan, Lian Gong -, a política preconiza, ainda, a utilização de plantas medicinais e fitoterapia, com ênfase na atenção básica (VEIGA JUNIOR et al., 2005).

O Estado do Rio Grande do Norte, através da Portaria 274 (RIO GRANDE DO NORTE, 2011), implantou a Política Estadual de Práticas Integrativas e Complementares no SUS (PEPIC/SUS-RN), atendendo às diretrizes dessa política em âmbito nacional, destacando como espaço prioritário para sua aplicabilidade a atenção primária, ou seja, a Atenção Básica (AB), através da Estratégia Saúde da Família (ESF).

Um modelo capaz de privilegiar a adoção de práticas alternativas de saúde deve incentivar a presença ativa do cidadão doente em face da sua enfermidade. Nesse sentido, as medicinas alternativas ocupam um espaço crescente de institucionalização, uma vez que operam de maneira a favorecer o respeito ao paciente como cidadão e à sua autonomia (LUZ, 2007).

No cotidiano da ESF, é frequente a observação de que uma parcela considerável da população atendida na atenção primária faz uso de plantas medicinais como prática complementar do cuidado em saúde. Esse fato pressupõe que seja por motivos econômicos, dificuldade de acesso à assistência médica ou por influências culturais. Portanto, torna-se relevante entender a percepção dos usuários e profissionais da ESF frente a tal prática de cuidado, como também conhecer se os profissionais estão preparados para fornecer a esses usuários orientações adequadas quanto à utilização de plantas medicinais.

Esse texto é fruto de parte de um trabalho de conclusão de mestrado realizado no Programa de Pós-Graduação em Saúde da Família no Nordeste/Mestrado Profissional em Saúde da Família, na nucleadora Universidade Federal do Rio Grande do Norte (UFRN), pertencente à Rede Nordeste de Formação em Saúde da Família (RENASF).

Pretende contribuir para a compreensão de como os profissionais das equipes da Estratégia Saúde da Família (ESF) e os usuários lidam com a utilização (ou não) de plantas medicinais como uma das Práticas Integrativas e Complementares no Sistema Único de Saúde (RN), a partir da experiência vivenciada no Município de Currais Novos, no estado do Rio Grande do Norte (RN). Buscou ainda identificar o conhecimento e a utilização de plantas medicinais dos usuários, bem como investigar os sentidos e significados atribuídos por eles com relação à utilização de plantas medicinais como prática de cuidado.



## Metodologia

Trata-se de uma investigação de natureza qualitativa e exploratória, seguindo a abordagem fenomenológica de Merleau-Ponty (1999), pois se direciona às experiências vividas, no sentido de compreendê-las, permitindo que a escolha de investigar os sujeitos partisse da intencionalidade do pesquisador, uma vez que é considerado também um sujeito que observa, interpreta e compreende.

A pesquisa fenomenológica destaca como temas fundamentais: o mundo vivido, a intencionalidade, a descrição e a redução. O termo 'mundo vivido' antecede a reflexão, é o mundo percebido; a intencionalidade refere-se às escolhas que são feitas diante de um determinado acontecimento; a descrição está relacionada aos relatos do espaço e do tempo vividos; e, na redução, sempre incompleta, suspendem-se os pré-conceitos para olhar o fenômeno por outros ângulos e perceber outros sentidos. Esses aspectos configuram a interpretação e a compreensão dos fenômenos (MERLEAU-PONTY, 1999).

Para a coleta dos dados, realizada entre os meses de agosto e dezembro de 2013, foram utilizadas entrevistas semiestruturadas. Os entrevistados tiveram possibilidade de discorrer sobre o tema em questão sem se prender à indagação formulada. As respostas foram gravadas (com a anuência dos sujeitos) e, posteriormente, transcritas em um diário, do qual foram extraídos trechos considerados mais significativos, para interpretação e compreensão.

Os colaboradores do estudo foram os profissionais da Estratégia Saúde da Família do município (médicos, enfermeiros, dentistas e Agentes Comunitários de Saúde), em um total de 24 profissionais, integrantes da ESF municipal; e 10 usuários identificados como pessoas que utilizavam plantas medicinais para o cuidado de sua saúde, cadastrados nas USF do município. Todos os participantes aceitaram participar voluntariamente da investigação, leram e assinaram um Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE).

O estudo seguiu os parâmetros da Resolução 466/2012 do Conselho Nacional de Saúde (CNS), a qual direciona os princípios éticos de pesquisas realizadas com seres humanos. Teve aprovação pelo Comitê de Ética do Hospital Universitário Onofre Lopes – HUOL, da Universidade Federal do Rio Grande do Norte (UFRN). Os nomes dos entrevistados foram substituídos por nomes de flores, para garantir o anonimato.

Cabe ressaltar que, na fenomenologia, não se analisa os dados, mas se propõe a interpretá-los e compreendê-los. Para a interpretação e compreensão dos dados, o pesquisador levou em consideração primeiramente o mundo vivido, ou seja, o que ele percebeu ao abordar o fenômeno. Posteriormente, fez suas escolhas perante as falas dos sujeitos entrevistados e as descreveu e, em seguida, dialogou com os referenciais teóricos, no sentido de perceber outros sentidos (MERLEAU-PONTY, 1999).

A pesquisa foi desenvolvida no município de Currais Novos, na região do Seridó, no estado do Rio Grande do Norte (RN). Segundo o IBGE (2010), essa cidade está loca-



lizada a 172 km da capital (Natal) e possui uma área territorial de 864.349 km<sup>2</sup>. Apresenta uma população de 42.652 pessoas, sendo 47,8% homens e 52,2% mulheres. Na época da investigação, o município possuía 10 equipes da ESF e 14 Unidades Básicas de Saúde (UBS) inscritas no Cadastro Nacional dos Estabelecimentos de Saúde (CNES). Dessas equipes, sete estavam situadas em área urbana, e três em área rural.

Percebe-se que as ações voltadas para as práticas integrativas e complementares no sistema público de saúde municipal ainda carecem de implementação, através de diretrizes específicas locais, e de ações de acompanhamento e avaliação para que possam acontecer de forma permanente e sistematizada. As atividades de acupuntura, massoterapia e yoga estão, atualmente, presentes apenas nos serviços particulares de saúde. Apesar de o estado (RN) ter sua própria Política Estadual de Práticas Integrativas, poucos são os municípios que implantaram essa política em suas esferas.

Até o presente momento, foram realizadas duas capacitações relacionadas às PICS pela Secretaria Estadual de Saúde Pública (SESAP/RN): uma, no ano de 2012, voltada para as plantas medicinais e fitoterapia; e outra, no ano de 2013, acerca de práticas corporais contemplativas e transdisciplinares.

## Resultados e discussão

### O perfil dos colaboradores

Foram entrevistados 24 profissionais de saúde, sendo cinco médicos, quatro enfermeiras, três dentistas e 12 agentes comunitários de saúde. Foram também entrevistados 10 usuários, identificados (tanto pela comunidade quanto por profissionais da ESF) como pessoas que se utilizavam de plantas medicinais para o cuidado em saúde.

Dos profissionais de saúde entrevistados, 19 eram mulheres, correspondendo a 80% do total, e cinco eram homens (20%). Com relação à escolaridade, 50% possuíam nível superior completo e pós-graduação, e 50% tinham ensino médio completo. Quanto ao tempo de experiência profissional na ESF, 18 profissionais de saúde (75%) possuíam mais de 5 anos, e seis (25%) tinham entre 2 e 5 anos de experiência profissional. A faixa etária desses profissionais variou de 25 a 75 anos, predominando a faixa de 31 a 47 anos.

Entre os usuários entrevistados, nove eram mulheres (90%) e um era homem (10%); a faixa etária variou de 28 a 91 anos; 70% dos entrevistados eram casados, e havia 20% de viúvas e 10% de solteiras. Quanto à ocupação, predominaram pessoas aposentadas (70%), com renda familiar que variava de 1 a 3 salários mínimos (70%), residentes com até dois familiares e que possuíam ensino fundamental incompleto (50%).

## O conhecimento dos profissionais sobre as plantas medicinais

A Política Nacional de Práticas Integrativas Complementares (PNPIC) contribui para a garantia de uma atenção mais humanizada e centrada na integralidade dos sujeitos. O pouco conhecimento dos profissionais sobre essa política nos leva a considerar a importância de uma maior divulgação e implantação da mesma, por parte dos municípios, aproximando dos profissionais e da comunidade os benefícios advindos da ampliação das formas de cuidado (MACHADO et al., 2012; SAMPAIO et al., 2013). Apenas cinco profissionais relataram conhecer a PNPIC. Os demais não sabiam da existência dessa política:

“Já ouvi falar, muito embora não conheça muito detalhadamente. São uma série de medidas alternativas de medicina oriental, fitoterapia, que são práticas integrativas no SUS” (Alfazema).

“Já ouvi falar sobre essa política. O Ministério da Saúde está querendo incentivar essas práticas complementares através de plantas medicinais, acupuntura, homeopatia, dentre outras” (Açucena).

Quando questionados quanto à prescrição ao usuário de alguma prática completar de cuidado, sete profissionais responderam já haver indicado: fitoterápicos e plantas medicinais, através de chás e lambedor; práticas de atividades físicas; e acupuntura. Desses profissionais, metade informou não ter segurança com relação à prescrição de plantas medicinais:

“Seria interessante que eu tivesse um conhecimento maior para poder prescrever de uma forma mais segura para o paciente” (Camélia).

“A gente tem que ter pleno conhecimento tanto dos benefícios quanto dos efeitos colaterais, porque, às vezes, você vai tentar ajudar e acaba atrapalhando” (Rosa).

“Eu não sinto segurança porque na formação não tive estudo assim, e, no dia a dia, a gente não recebe essa informação” (Cravo).

De forma semelhante ao estudo de Fontenele *et al* (2013), os demais profissionais relataram ter adquirido conhecimentos sobre manejo terapêutico das plantas a partir de: leituras; vivências pessoais e familiares; e oriundos do conhecimento popular. E mencionaram que, durante a graduação, somente tiveram noções sobre utilização de plantas medicinais e de fitoterápicos, em disciplinas complementares.

“Eu sinto segurança porque eu já li a respeito e já utilizei. Eu paguei uma disciplina complementar na faculdade” (Amor-Perfeito).

“As que eu prescrevo, eu sinto segurança em orientar. E, durante a faculdade, eu fiz um curso de homeopatia e fitoterapia. Foi um curso extracurricular” (Crisântemo).

“As coisas que eu oriento são, normalmente, coisas que eu já vivenciei. Muitas coisas eu aprendi, também, com o próprio paciente” (Antúrio).

Percebe-se, através de alguns dos relatos, a referência dada ao modelo de formação profissional com pouca ou nenhuma preparação para outras práticas de cuidado que não sejam as convencionais. Esse fato, segundo Badke et al (2011), revela a necessidade de domínio sobre esse tema, por parte dos profissionais de saúde, pois muitos desenvolvem suas práticas a partir de competências e habilidades adquiridas por meio de um processo de formação voltado predominantemente para o modelo hegemônico, orientado para o princípio da racionalidade científica, que se reflete na prática desses profissionais, e que não contempla a concepção ampliada de saúde.

### O conhecimento dos usuários sobre plantas medicinais

Podemos perceber, conforme Badke (2008) e Antônio et al (2013), que a prática do cuidar vincula-se fortemente ao seio familiar, podendo a família ser considerada a primeira forma de organização social, onde a transmissão de conhecimentos, opções religiosas, cuidados populares de saúde e valores culturais podem ser agregados. Todos os usuários atribuíram a origem de seus saberes sobre as plantas medicinais aos ensinamentos repassados por seus familiares através das gerações:

“Aprendi a fazer tudo com a minha mãe desde mocinha nova” (Beladona).

“A gente vem daquele tempo dos avós. Quando você estava com uma cólica de menstruação, tomava um chazinho de arruda. Se estava com a pressão alta, fazia um chazinho de alecrim. E, ‘daí’, a gente foi conhecendo as plantas” (Azaleia).

“Eu fui criada com minha avó, e ela sempre incentivou a gente a utilizar mais essas coisas” (Gérbera).

“Mamãe ensinava a gente a tomar chá. E assim vai até hoje” (Violeta).

A dimensão cultural é um eixo fundamental no processo de formação e organização das famílias e influencia, também, a difusão de valores e de formas de cuidar. “*o sistema familiar de saúde está inserido em um contexto sociocultural que inclui os sistemas profissional e popular de cuidados, com os quais faz trocas, influenciando-os e sendo influenciado por eles*” (ELSEN, 2002, p.12).

As questões culturais da população assistida devem ser consideradas para o planejamento adequado da assistência em saúde. Nessa perspectiva, os distintos saberes, científicos e populares, articulam-se e complementam-se, de forma dialógica e democrática. As singularidades de cada cultura não deveriam ser utilizadas para justificar as desigualdades sociais, tampouco ser motivo de impedimento para a comunicação entre os diversos saberes existentes. É justamente na originalidade de cada cultura que somos capazes de assistir ao que é universal entre elas (MENDES; NOBREGA, 2004).

Dois dos entrevistados responderam que haviam começado a utilizar pela dificuldade de acesso à assistência médica, sendo ambos residentes em área rural do município, e uma pessoa referiu a facilidade de acesso a plantas medicinais.

“Começou pela dificuldade de médico, porque na zona rural a gente não tem acesso a médico, não, e por essa dificuldade e a facilidade também da gente ter o acesso à planta medicinal, que é mais natural e não traz tanto efeito colateral na saúde da gente” (Allium).

“As pessoas na zona rural sempre usam mais plantas medicinais por motivo de assistência médica, que a gente não tem, não é? Ai, a gente usa mais plantas medicinais” (Lírio).

Quando questionados sobre os motivos pelos quais utilizavam as plantas, suas respostas estavam relacionadas à menor incidência de efeito colateral (quando comparadas com os medicamentos alopáticos), às condições financeiras mais modestas dos usuários, ao custo mais elevado dos remédios tradicionalmente prescritos, à tradição de utilização e à confiança no poder curativo das plantas.

“O meu dinheiro não dá, devido a tanto filho que eu tive. Eu só vivia no roçado, trabalhava muito” (Beladona).

“A gente só utiliza se a gente realmente acreditar que vai ter um resultado, um efeito. Por isso que eu uso” (Girassol).

Percebe-se, através das entrevistas, a significativa influência de fatores culturais na utilização de alternativas para o cuidado em saúde e a visibilidade das práticas populares de cuidado, conforme reforçado por Badke et al (2011) e Antonio et al (2013), destacando-se a importância das plantas medicinais, das benzedadeiras, entre outras, para fortalecer a institucionalização das práticas integrativas e complementares no SUS.

A valorização do saber popular, sobre as potencialidades terapêuticas, é de fundamental importância, uma vez que expressa o vínculo de corresponsabilidade na identificação e na busca de soluções para as necessidades em saúde a partir da vivência local. A união entre os saberes popular e científico pode ser capaz de potencializar o trabalho em saúde (ATAÍDE et al., 2007). Os saberes leigos, populares e tradicionais podem sinalizar uma possibilidade de aproximação entre os profissionais da saúde e os usuários, fundamentando as relações de cuidado na solidariedade, na reciprocidade, no respeito e na valorização mútua (ANTONIO et al., 2013).

## O conhecimento dos agentes comunitários de saúde sobre as plantas medicinais

Todos os Agentes Comunitários de Saúde (ACS) identificaram a utilização de plantas medicinais pela comunidade durante suas vivências profissionais:

“Eu convivo diariamente com as plantas medicinais na minha comunidade. Eles procuram o atendimento, mas não deixam as plantas de lado de jeito nenhum” (Angélica).

“A comunidade é cheia de tradições, cultura. As pessoas usam bastante os chás e compressas. E também o médico da minha equipe ensina bastante remédio natural: (...) lambedor de acerola; (...) inalar o vapor de eucalipto” (Gardênia).

“Por exemplo, hipertensos, eles geralmente dizem que usam: um chazinho de camomila, que acalma; ou de flor de laranjeira; chá de coentro; de cidreira; de capim-santo” (Lavanda).

Quando questionados se tinham alguma dúvida com relação à utilização e ao preparo de plantas medicinais, a maioria dos usuários (60%) respondeu que não. E 70% referiram nunca ter recebido recomendações para uso de plantas medicinais de nenhum profissional de saúde.

“Remédio natural, ele não ofende a ninguém e é mais em conta” (Beladona).

“Você está experimentando aquilo que você realmente sabe que não vai lhe causar nenhum dano maior” (Allium).

Todos afirmaram que davam preferência ao uso das plantas como primeira alternativa em vez de medicamentos ‘de farmácia’, informando recorrerem a medicamentos industrializados caso a primeira escolha não fosse eficaz.

“Eu prefiro mais esses remédios naturais. Eu fui criada assim” (Tulipa).

“Eu só uso mesmo o medicamento comprado em farmácia quando as ervas não têm resultado. A prioridade é sempre os produtos naturais” (Girassol).

“Prefiro usar primeiro o caseiro, o natural. Se não resolveu, aí é que eu vou para o de farmácia” (Violeta).

A utilização de plantas com fins terapêuticos sem a orientação apropriada é motivo de preocupação, dada a existência de diferentes espécies que apresentam contraindicações e toxicidade de uso, o que deve ser considerado pelos profissionais de saúde a

fim de evitar riscos. A falsa ideia de que o que é natural não traz efeito colateral, como referido nos relatos a seguir, merece melhores esclarecimentos à população por parte dos profissionais.

### As plantas medicinais citadas

O quadro 1 relaciona os nomes populares e científicos das plantas medicinais citadas, bem como suas indicações e precauções. Pode-se considerar que, das 28 plantas medicinais mencionadas pelos entrevistados, 19 delas possuem indicação terapêutica popular. Esse fato permite reconhecer que o saber popular no cuidado à saúde pode ter respaldo científico, valorizando o conhecimento acumulado pela população na vivência de suas questões de saúde. Da mesma forma, pode ser capaz de estimular que os profissionais de saúde possam relativizar seu ponto de vista prévio, a fim de entender que as pessoas são capazes de compreender e agir sobre seus processos de saúde, doença e cuidado.

Quadro 1: Nomes e indicações populares e científicos das plantas medicinais citadas pelos sujeitos da pesquisa

<b>Nome Popular e Nome Científico</b>	<b>Indicação Popular</b>	<b>Indicação Científica</b>
Agrião ( <i>Nasturtium officinale</i> )	Hipotensor; Tosse	Afecções pulmonares; Cicatrizante
Alho ( <i>Allium sativum</i> L)	Gripe; Contra verminoses	Antitrombótico; antifúngico; antibacteriano, antioxidante; hipotensor; hipoglicemiante; cardioprotetor; hipolipemiante; analgésico e antiviral
Anador ( <i>Justicia pectoralis</i> )	Febre; Dor	Antipirético; analgésico; espasmolítico; anti-inflamatório; broncodilatador
Arruda ( <i>Ruta graveolens</i> L)	Cólica menstrual	Anti-helmíntico; febrífugo; emenagogo e abortivo
Batata-de-purga ( <i>Operculina macrocarpa</i> L)	Verminose; Hemorroida	Laxante; purgativo; e anti-helmíntico
Boldo ( <i>Plectranthus barbatus</i> )	Dor de estômago; Prisão de ventre	Controle da gastrite; dispepsia; azia; mal-estar gástrico; ressaca; estimulante da digestão e do apetite
Camomila ( <i>Matricaria recutita</i> L)	Calmante; Hipotensor	Ansiolítico; sedativo; cicatrizante da pele; aromatizante
Capim-santo ( <i>Cymbopogon citratus</i> )	Hipotensor	Calmante; espasmolítico.

Casca da ameixa ( <i>Ximenia americana</i> L)	Anti-inflamatório	Antitumoral; cicatrizante.
Casca do cajueiro ( <i>Anacardium occidentale</i> )	Cicatrizante	Antisséptico; anti-inflamatório
Corama ( <i>Bryophyllum pinnatum</i> L)	Gastrite	Tosse; gastrite; antialérgico; antiúlcera e imunossupressor
Erva-cidreira ( <i>Lippia alba</i> )	Calmante	Calmante; espasmolítico suave e analgésico.
Erva-doce ( <i>Pimpinella anisum</i> )	Alergia	Contra resfriado; tosse; bronquite; febre; cólicas; antidiarréico
Espinheira-santa ( <i>Maytenus ilicifolia</i> )	Gastrite; azia; Má digestão; prisão de ventre	Antitumoral; antileucêmico; regula a produção de ácido clorídrico no estômago; contra afecções gástricas
Eucalipto ( <i>Eucalyptus globulus</i> )	Resfriado; Sinusite; Febre	Antibacteriano; anti-inflamatório; antigripal e antioxidante
Fedegoso ( <i>Senna occidentalis</i> )	Gripe; Expectorante	Antimicrobiano (contra fungos e bactérias), utilizado em afecções de pele; cicatrizante
Gengibre ( <i>Zingiber officinale</i> )	Tosse; Alergia	Anti-inflamatório; antitussígeno; antialérgico; antitrombose; antirreumático e antiviral
Goiabeira ( <i>Psidium guajava</i> )	Diarreia	Antimicrobiano e Antidiarreico
Hortelã da folha miúda ( <i>Mentha sp</i> )	Verminose; Anti-inflamatório	Antiespasmódico; anti-inflamatório; antiviral; antiúlcera e antiemético
Macela ( <i>Achyrocline satureioides</i> )	Gases	Antiespasmódico; anti-inflamatório; antiespasmódico e analgésico
Mastruz <i>Chenopodium ambrosioides</i>	Contra gripe; Expectorante; Anti-inflamatório; Tratamento de Fratura	Antiparasitário.
Melancia-da-praia ( <i>Solanum agrarium</i> )	Uretrite	Urticária, manchas na pele; sementes tóxicas
Papaconha ( <i>Carapichea ipecacuanha</i> )	Expectorante	Expectorante; amebicida; emético
Pinhão roxo ( <i>Jatropha gossypifolia</i> )	Constipação	Biocombustível; hipotensora; antitumoral; apresenta toxicidade

Para-tudo ( <i>Tabebuia áurea</i> )	Gripe	Contra gripe; inflamações; anticancerígena e abortiva
Romã ( <i>Punica granatum</i> )	Anti-inflamatório; Cicatrizante	Antibacteriano; anti-inflamatório (inflamações de boca e garganta) e vermífugo
Flor da Sabugueira ( <i>Sambucus australis</i> )	Febre	Antipirético; antisséptico e anti-inflamatório
Unha-de-gato <i>Uncaria guianensis</i>	Anti-inflamatório	Coadjuvante nos casos de artrites e osteoartrite; Anti-inflamatório e imunomodulador

Fonte: Adaptado de LORENZI; MATOS (2008); BALBACH (1992); BRASIL (2011).

Algumas plantas tiveram propriedades terapêuticas distintas mencionadas nas indicações popular e científica. Fica um alerta desse fator de preocupação, principalmente se considerarmos as contra indicações, o risco de toxicidade e as divergências encontradas entre a literatura consultada e os relatos colhidos sobre as indicações populares de uso de algumas dessas plantas. Convém ressaltar a necessidade de uma maior atuação dos profissionais de saúde nessa prática de cuidado, a fim de aconselhar os usuários sobre a utilização correta das plantas medicinais, informando sobre os benefícios e riscos envolvidos, de modo a contribuir para uma prática segura, inclusive desaconselhando o uso daquelas que ofereçam perigos à saúde (LIMA JÚNIOR; DIMENSTEIN, 2006).

Entre as espécies citadas com potenciais de toxicidade e com contra indicações, podemos citar: Melancia-da-praia (*Solanum agrarium*), cujas sementes dos frutos são consideradas tóxicas; Pinhão roxo (*Jatropha gossypifolia*), que também possui uso oral caseiro desaconselhado devido à toxicidade; e, Para-tudo (*Tabebuia áurea*) e Arruda (*Ruta graveolens*), consideradas abortivas.

## Os sentidos e significados das plantas medicinais

Os profissionais e Agentes Comunitários de Saúde apresentaram aspectos bastante positivos ao avaliar o uso das plantas medicinais, relacionando ao fato de se tratar de uma forma natural de cuidado que representava menores riscos de agravo à saúde, quando comparado ao tratamento alopático.

“Eu acho que eu estou cuidando da saúde sem a intervenção do químico, com uma coisa mais natural, sem tanta toxicidade” (Amor-Perfeito).

“As plantas medicinais têm efeitos secundários, mas são muito menores, não têm nem comparação com as substâncias químicas” (Amarílis).

“Significa uma forma natural, complementar ao tratamento” (Alfazema).



“A alopatia tem muitos efeitos colaterais, e as plantas, se você souber usar, vai ter um efeito em longo prazo bem melhor” (Orquídea).

“É uma coisa da natureza. A própria farmacoterapia vem das plantas, então é um significado importante” (Margarida).

A importância de se ter um maior conhecimento sobre o assunto foi reconhecida, demonstrando, em alguns casos, uma necessidade e interesse em uma melhor qualificação para que se tenha uma maior segurança na prescrição:

“Necessitamos de um conhecimento maior para poder utilizar da melhor forma” (Camélia).

“Eu acho que tem que se investir na capacitação dos profissionais para que a gente possa atuar usando esses fundamentos, mas de uma forma mais segura” (Antúrio).

“Eu realmente sou apaixonada pelos fitoterápicos, mas eu não tenho uma prática, um preparo, um estudo, e não me sinto preparada pra prescrever nem pra orientar” (Begônia).

É uma alternativa, eu acho que é uma alternativa, mas precisa ter conhecimento para ter paz, senão fica conduta de curioso (Cravo).

“Eu acho viável, de preferência, que nós, como Agente Comunitário de Saúde, em contato direto com a população, tenha um curso, um seminário, para a gente passar a informação correta” (Íris).

A valorização do saber popular tem importância na indução de novas práticas nos serviços de saúde, facilitando a participação de importantes atores sociais da comunidade no processo de construção da saúde (ALBUQUERQUE; STOTZ, 2004). Alguns dos entrevistados atribuíram significados relacionados às questões econômicas advindas da utilização das plantas medicinais, se comparadas aos medicamentos industrializados.

“Existe a questão financeira do paciente. Por que não utilizar a plantinha que ele tem lá no quintal dele?” (Alfazema).

“É interessante para a população mais carente, porque é de fácil acesso. Você imagine uma pessoa que não tem dinheiro para comprar um expectorante de 20 reais, podendo, com algumas ervas que ele pode colher no quintal, fazer um expectorante para ele. Muito gratificante você poder usar aquilo que a própria população conhece para se tratar” (Crisântemo).

No que se refere à opinião dos usuários sobre o mesmo questionamento, evidenciamos que a maioria atribuiu significado de importância às plantas com propriedades

curativas, devido ao fato de possuírem menos efeitos colaterais e causarem menor prejuízo à saúde, se comparadas aos medicamentos industrializados:

“A gente sabe que a questão dos medicamentos, quer queira quer não, é um tipo de droga. Mas os efeitos colaterais vêm lá na frente, e tem medicamentos que a gente pode até se tornar dependentes dele” (Girassol).

“Eu vejo que cuida, cura e, além de curar, não traz nenhuma outra consequência” (Violeta).

Uma das entrevistadas atribuiu a facilidade de acesso às plantas medicinais, como fator relevante para o seu uso, entendendo como um cuidado que não dependeria de uma consulta ao profissional de saúde, além da possibilidade, em sua opinião, de não trazer riscos à saúde, como pode ser observado:

“É algo até mais fácil do que uma medicação. Para você pegar uma ficha para o médico está mais difícil, e você tendo uma planta em casa (...) se você sabe que remédio serve para febre, e você tem em casa (...) uma ‘gargantina’ doendo, e você sabe que às vezes nem ofende, dependendo se você souber usar bem aquele remédio, não tem como fazer mal” (Gérbera).

Pode-se perceber, em outro relato, o sentimento de satisfação em se utilizar do conhecimento próprio para cuidar da saúde, de uma forma entendida pelo usuário como mais segura e com menos riscos à saúde.

“É uma coisa que você mesmo está preparando, que você conhece, que você sabe de onde está vindo. Então é uma coisa gratificante, que você tá fazendo o que você conhece. Você está experimentando aquilo que você realmente sabe que não vai lhe causar nenhum dano maior do que um remédio que você às vezes nem conhece, né?” (Allium).

Duas entrevistadas também eram comerciantes de plantas medicinais e de lambedores, e atribuíram significados semelhantes a suas atividades comerciais.

“Deus me deu esse dom, que foi uma missão para cuidar das pessoas, e eu me sinto muito feliz com isso” (Azaleia).

“É uma maravilha, porque eu estou fazendo meu dinheirinho. Para mim tem efeito e é importante” (Beladona).

As crenças religiosas se apresentam como um desafio para os profissionais de saúde, para saberem lidar com a população que incorpora essa perspectiva em suas vidas e em seu diálogo. Foi possível identificar, na explicação obtida, de dois usuários

e de três profissionais ACS, a vinculação da questão da religiosidade a essa prática de cuidado em saúde.

“É porque é boa (a planta medicinal) e eu tenho muita fé em Deus. Cura mesmo, viu? A pessoa com fé, cura mesmo” (Tulipa).

“É a pessoa ter fé, fazer o remédio e tomar com fé. Quem cura é a fé. A pessoa toma aquele remédio com fé na cura e com fé em Deus” (Hortênsia).

“As pessoas acreditam, têm fé também, muita fé nessa medicina, nesse método, e isso tem ajudado também. A fé, juntamente com a medicina, com o caseiro, o chazinho, ajuda muito” (Lavanda).

Para Lima (2011), os estudos sobre religiosidade popular e saúde demonstraram que os adeptos apresentam um fortalecimento da crença na proteção divina, se sentindo mais bem capacitados para enfrentar as adversidades, o que contribui para uma maior autoconfiança, elementos esses tidos como impulsionadores de um protagonismo dos sujeitos.

Existe a necessidade de maiores investimentos em recursos para o desenvolvimento de fóruns e capacitações para os profissionais de saúde, como, também, espera-se uma maior iniciativa dos municípios e do próprio estado para atuarem com vistas à ampliação de ofertas de cuidado disponíveis no SUS. Quem sabe o uso das plantas medicinais possa potencializar a assunção de um cuidado capaz de se tornar cada vez mais integral, por estar sensível ao universo dos usuários e à incorporação de vários saberes.

### Considerações finais

No transcorrer deste estudo, pôde-se perceber que a utilização de plantas medicinais como terapia popular de cuidado no município de Currais Novos/RN encontra-se presente no cotidiano das pessoas, fundamentalmente embasada no conhecimento tradicional, advindo, principalmente, do ambiente familiar e condicionada aos fatores culturais, assim como em muitas outras localidades em todo o mundo.

A partir deste estudo, pode-se perceber a importância atribuída à utilização de plantas medicinais, como também evidenciar que é na tradição familiar que se encontra a principal forma de disseminação do conhecimento a respeito da utilização das mesmas. Mesmo sendo considerada uma das práticas de cuidado mais presentes, reforçada pela Política Nacional de Práticas Integrativas e Complementares no SUS e também na implementação dessa política, no âmbito do estado do Rio Grande do Norte, na rede pública de serviços de saúde de Currais Novos, assim como na maioria dos municípios do estado, percebe-se a necessidade de incorporar e implementar experiências no âmbito de plantas medicinais e fitoterápicos, como também em outras práticas que contribuam para o fortalecimento da atenção básica e na integralidade do indivíduo.

Constatamos a necessidade de uma maior apropriação por parte dos profissionais, dessa temática, a fim de garantir o aparato necessário à correta prescrição e orientação aos usuários. Como também acerca do grande interesse dos usuários no uso das plantas medicinais, pela preferência como primeira escolha de cuidado em relação à terapia alopática predominantemente utilizada nos serviços.

A maior parte das plantas medicinais utilizadas pelos usuários apresentou propriedades curativas, com indicação popular de uso, comprovadas cientificamente, fato que contribui para a valorização da sabedoria popular e da relevância do diálogo entre práticas e saberes acadêmicos e populares. Por outro lado, os riscos de toxicidade, as contraindicações de uso e o pensamento de alguns de que as plantas medicinais são inofensivas (naturais) levam a crer na importância de os profissionais atuarem considerando a prevenção de riscos, com base na informação segura para o usuário quanto à utilização eficaz dessa prática.

O Brasil está em posição privilegiada para potencializar o uso das plantas medicinais como prática complementar de cuidado à saúde. A biodiversidade, juntamente com o saber cotidiano popular, merece uma maior valorização, ressaltando a necessidade de fomentar a educação permanente, a fim de contribuir para efetivação das práticas integrativas e complementares no SUS.

Espera-se que este estudo possa contribuir para incentivar e tornar possível: a implantação de protocolos de atenção por parte dos profissionais de saúde; a ampliação do cuidado integral; o acesso a outras opções terapêuticas; a participação dos usuários e o fortalecimento do vínculo no âmbito da atenção básica, principalmente na Estratégia Saúde da Família e nos seus núcleos de apoio (NASF). Almeja-se, ainda, contribuir para despertar, no âmbito municipal, a relevância de se conhecer e implementar novos tipos de terapias disponíveis para o cuidado no SUS, com vistas ao alcance de uma saúde cada vez mais integral.

## Referências

- ALBUQUERQUE, P. C.; STOTZ, E. N. A educação popular na atenção básica à saúde no município: em busca da integralidade. *Interface (Botucatu)*. v.8, n.15, p.259-74, 2004.
- ANTONIO, G. D.; TESSER, D. C.; MORETTI-PIRES, R. O. Contribuições das plantas medicinais para o cuidado e a promoção da saúde na atenção primária à saúde. *Interface (Botucatu)*. 2013;17(46):615-33.
- ATAÍDE, R.A., et al. Uso de remédios caseiros por mulheres do programa saúde da família. *Rev enferm UFPE on line*, v.1, n.2, p. 126-32, 2007.
- BADKE, M. R.; BUDO, M. L. D.; SILVA, F. M.; RESSEL, L. B. Plantas medicinais: o saber sustentado na prática do cotidiano popular. *Esc. Anna Nery*. 2011, vol.15, n.1, pp. 132-139.

- BADKE, M. R. *Conhecimento popular sobre o uso de plantas medicinais e o cuidado de enfermagem*. 2008. 96 f. Dissertação (Mestrado em Enfermagem) - Universidade Federal de Santa Maria, Rio Grande do Sul. 2008.
- BALBACH, A. *As Plantas curam*. 15. Ed. São Paulo: Edel, 1992.
- BRASIL. Agência Nacional de Vigilância Sanitária. *Formulário de Fitoterápicos da Farmacopéia Brasileira*. Brasília: Anvisa, 2011.
- BRASIL. Ministério da Saúde. *Política Nacional de Práticas Integrativas e Complementares no SUS*. Brasília: Ministério da Saúde, 2006.
- ELSEN, I. Cuidado Familiar: uma proposta inicial de sistematização conceitual. In: ELSEN, I.; MARCON, S. S.; SANTOS, M. R. (Orgs.). *O Viver em Família e sua Interface com a Saúde e a Doença*. Maringá: EDUEM, 2002. p. 11 - 24.
- FONTENELE R. P.; SOUSA D. M. P.; CARVALHO A. L. M.; OLIVEIRA F. A. Fitoterapia na Atenção Básica: olhares dos gestores e profissionais da Estratégia Saúde da Família de Teresina (PI), Brasil. *Cienc Saude Coletiva*. 2013;18(8):2385-94.
- FRANCO, L. L. *Doenças tratadas com plantas medicinais*. 2ªed. Rio de Janeiro: Vozes, 2003.
- IBGE. *Censo Demográfico 2010*. Disponível em: <<http://www.censo2010.ibge.gov.br>>. Acesso em: 19 de out. 2012.
- LAMEIRA, O. A.; PINTO, J. E. B. P. História e importância das plantas medicinais. In: \_\_\_\_\_; \_\_\_\_\_ *Plantas medicinais: do cultivo, manipulação e uso à recomendação*. Belém/PA: Embrapa Amazônia Oriental, 2008. p. 20-26.
- LIMA JÚNIOR J. F.; DIMENSTEIN M. A fitoterapia na saúde pública em Natal/RN: visão do odontólogo. *Saude Rev*. 2006; 8(19):37-44.
- LIMA, M. C. Apoio social na religiosidade popular e a educação popular em saúde. Nós da Rede. *Boletim da Rede de Educação Popular e Saúde*, n. 9, p. 4, 2011.
- LORENZI, H.; MATOS, F. J. A. *Plantas medicinais no Brasil: nativas e exóticas*. 2ªed. Nova Odessa-SP: Instituto Plantarum, 2008.
- LUZ, M.T. *Novos saberes e práticas em saúde coletiva: estudo sobre racionalidades médicas e atividades corporais*. 3ªed. São Paulo: Hucitec, 2007.
- MACHADO D. C.; CZERMAINSKI S. B. C.; LOPES E. C. Percepções de coordenadores de unidades de saúde sobre fitoterapia e outras práticas integrativas e complementares. *Saude Debate*. 2012; 36(95):615-23.
- MENDES, M. I. B. S; NÓBREGA, T. P. Corpo, natureza e cultura: contribuições para a educação. *Rev. Bras. Educ*. p. 125-137. 2004.
- MERLEAU-PONTY, M. *Fenomenologia da Percepção*. São Paulo: Martins Fontes, 1999.

REIS, M.S.; MARIOT, A. Extrativismo e manejo de plantas medicinais na Mata Atlântica. In: BRANDÃO, M.G.L. (Org). *Plantas medicinais e fitoterapia*. Belo Horizonte, 2003. p. 7-12.

RIO GRANDE DO NORTE. *Portaria nº 274/GS, de 27 de junho de 2011*.

Aprova a Política Estadual de Práticas Integrativas e Complementares (PEPIC) no Sistema Único de Saúde do RN. Governo do Estado do RN, Secretaria de Estado da Saúde Pública do RN. 2011.

SAMPAIO L. A.; OLIVEIRA D. R.; KERNTOPF M. R.; BRITO JÚNIOR F. E.; MENEZES I. R. A. Percepção dos enfermeiros da estratégia saúde da família sobre o uso da fitoterapia. *REME Rev Min Enferm*. 2013;17(1):76-84.

VEIGA JUNIOR, V.F.; PINTO, A.C.; MACIEL, M.A M. Plantas medicinais: cura segura? *Quím. Nova*, São Paulo, n.3, v.28, 2005.

VIEIRA, F. S.; MENDES, A. C. R. Evolução dos gastos do Ministério da Saúde com medicamentos: crescimento que preocupa. In: *VIII Encontro da Associação Brasileira de Economia da Saúde*. São Paulo: PUC/SP; 2007. Disponível em: <<http://www.abres-brasil.org.br/pdf/18.pdf>>. Acesso em: 20 de abr. 2013.

YUNES, R.A.; FILHO, V.C. Breve análise histórica da química de plantas medicinais: sua importância na atual concepção de fármaco segundo os paradigmas ocidental e oriental. In: YUNES, R.A.; CALIXTO, J.B. *Plantas medicinais sob a ótica da química medicinal moderna*. Chapecó, SC: Ed. Argos, UNOESC. 2001. p. 17-44.

## PROMOÇÃO DA SAÚDE PROMOÇÃO DO ENVELHECIMENTO SAUDÁVEL NAS EQUIPES SAÚDE DA FAMÍLIA NA ZONA SUL DE TERESINA-PI.

*Anna Santana de Sá,  
Nely de Araújo Marques,  
Michelle Vicente Torres,  
Anaide Mary Barbosa Santos,  
José Ivo dos Santos Pedrosa.*

### Introdução

O envelhecimento da população Brasileira é atualmente uma realidade. As pessoas estão vivendo por mais tempo, transformando assim o Brasil em um país de idosos. Neste contexto, as equipes de Estratégia de Saúde da Família (ESF) têm uma grande importância na promoção de envelhecimento saudável (RODRIGUES, R.S. ET AL, 2007)

As recentes discussões trazem a possibilidade do envelhecimento poder ser vivido com satisfação, saúde e bem-estar, instigando a busca de variáveis que interferem no alcance de um envelhecimento bem-sucedido (CARVALHO, FONSECA E PEDROSA, 2004; CUPERTINO, ET AL 2007; FERREIRA ET AL, 2012)

Nesse contexto, as Equipes de Saúde da Família (EqSF) estabelecem estratégias para garantir o acesso universal aos cuidados promocionais e preventivos aos idosos, operando políticas públicas para controle de fatores de riscos e estímulo à adoção de estilos de vida saudáveis, avaliando sistematicamente os idosos envolvidos de modo a estabelecer indicadores capazes de identificar aqueles que apresentam alto risco e necessitam de cuidados mais específicos com a prevenção de doenças de acordo com as particularidades do espaço geográfico em que se inserem.

Com base na compreensão dos fatores físicos, ambientais, psicoemocionais e sociais que influenciam o bem-estar de idosos saudáveis, felizes e participativos junto

a seus familiares é fundamental a abordagem preventiva, global, multidisciplinar e a intervenção multiprofissional disponibilizada pela Estratégia Saúde da Família (ESF) que contribui para a redução e postergação das doenças incapacitantes e crônicas, trazendo benefícios ao paciente, familiares e à sociedade que está envelhecendo.

O objetivo deste estudo foi discutir e analisar e o trabalho das EqSF da Zona Sul de Teresina-PI em relação à promoção do envelhecimento saudável.

## Material e métodos

Trata-se de uma pesquisa transversal, observacional, descritiva e quantitativa, aprovada pela Comissão de Ética em Pesquisa da Fundação Municipal de Saúde de Teresina, e pelo Comitê de Ética em Saúde da Faculdade Santo Agostinho (parecer Nº 193/2011). Todos os participantes assinaram o Termo de Consentimento Livre e esclarecido antes de iniciar sua participação no estudo.

No âmbito da Atenção Primária à Saúde, Teresina possuía até abril de 2015, 89 UBS distribuídas em diferentes regionais de saúde (Norte, Sul e Leste/Sudeste), sendo ponto de apoio para 258 Equipes de Saúde da Família (EqSF), responsáveis pela cobertura de 92,25% da população do referido município. (Sistema de Cadastro Nacional de Estabelecimentos de saúde-SCNES, abril de 2015).

A Regional Sul onde se realizou a pesquisa possui 29 UBS, distribuídas entre zona urbana e rural do município. Destas, 25 localizam-se no perímetro urbano e 04 no perímetro rural, referencia para 74 Equipes de Saúde da Família. Das equipes mencionadas, 06 trabalham com a estratégia PMAQ. (SCNES, abril de 2015).

A população do estudo foi composta por 40 enfermeiros, representantes de cada uma das Equipes de Saúde da Família (EqSF) atuantes na Zona Sul de Teresina, no setor urbano. Os profissionais de enfermagem (enfermeiros e enfermeiras) foram incluídos na pesquisa tendo como critérios sua indicação pela equipe considerando sua participação ativa e seu papel efetivo na consolidação e coordenação das atividades desenvolvidas e ter experiência de trabalho no território investigado há, no mínimo, 6 meses. Excluíram-se os profissionais que, apesar de cadastrados como funcionário da UBS estavam afastados por mais de 6 meses e aqueles que não foram encontrados no local da pesquisa após tentativa de contato telefônico e após 3 visitas consecutivas dos pesquisadores à Unidade Básica de Saúde de sua lotação.

Os que aceitaram participar do estudo concordaram com o conteúdo da pesquisa e assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido.

Inicialmente foi aplicado um questionário com questões abertas e fechadas, elaborado pelos participantes da pesquisa, a respeito das atividades desenvolvidas pela equipe na perspectiva da promoção do envelhecimento saudável, conhecimento de outras atividades desenvolvidas no território, as estratégias de divulgação das atividades, dificuldades na manutenção da atividade, tipo de apoio ofertado pela gestão para



execução de atividades, medidas necessárias para resolução dos problemas encontrados e como a comunidade manifesta a sua opinião a respeito da necessidade de um programa de envelhecimento saudável.

Para a realização da entrevista foi feito um primeiro contato com o enfermeiro de cada equipe por meio de visita em seu local de trabalho ou contato telefônico para agendar e combinar o local de aplicação do questionário da pesquisa de preferência do participante que teve duração média de 30 minutos.

Os dados foram analisados em termos de frequência e percentuais e apresentados em tabelas

## Resultados

Na Tabela 1 observa-se um percentual expressivo de equipes que realizavam alguma atividade objetivando o envelhecimento saudável (85%). A atividade que mais realizavam era atividades de Educação em Saúde (85%), onde os enfermeiro(a)s foram os profissionais que mais se envolveram (85%), seguidos de profissionais de outras categorias, tais como agentes comunitários de saúde e técnicos de enfermagem (60%) e médicos (57.5%). A duração média das atividades mais utilizadas pelas equipes foi acima de 30 minutos (30%).

**Tabela 1.** Atividades realizadas dentro das UBS com a finalidade de promover o envelhecimento ativo/saudável (N=40). Teresina-PI, 2011.

Questionamento	N	%
Realiza atividade de promoção do envelhecimento ativo/saudável		
Sim	34	85
Não	06	15
Tipos de atividades realizadas pelas equipes ESF* na promoção do envelhecimento ativo/saudável		
Educação em Saúde	34	85
Atividade física	06	15
Atividades terapêuticas	06	15
Atividades culturais	05	12,5
Profissionais envolvidos na atividade*		
Enfermeiro	34	85
Outra categoria	24	60
Médico	23	57,5
Dentista	17	42,5

Duração das atividades*		
Acima de 30 minutos	12	30
30 minutos	11	27,5
Não sabe	09	22,5
Menos de 30 minutos	02	5
Acima de uma hora		
<b>Total</b>	<b>40</b>	<b>100%</b>

Fonte: UBS da Zona Sul de Teresina-PI, 2011\* respostas múltiplas

Na tabela 2, observa-se que o principal objetivo das EqSF em suas atividades foi a qualidade de vida (100%), seguido de benefícios da saúde física (88.2%), interação social (76.5%), outros (73,5%) e funcionalidade (50%). No tocante à temática abordada nas atividades de educação em saúde pelas equipes, destacam-se a imunização (85 %), doenças do envelhecimento (82,5%) e prevenção de quedas (75%). Observa-se ainda na Tabela 2 que a forma de divulgação mais utilizada pelas EqSF para as atividades foi o contato direto com o Agente Comunitário de Saúde (ACS), com a porcentagem 100 %.

**Tabela 2.** Atividades realizadas com o objetivo de promover o envelhecimento saudável pelas EqSF. Teresina, 2011 (n=34).

Característica	N	%
<b>Objetivos almejados com as atividades</b>		
Qualidade de vida	34	100
Benefício á saúde física	30	88,2
Interação o social	26	76,5
Outros (diminuição dos fatores de risco, violência e saúde mental)	25	73,5
Funcionalidade	17	50
<b>Tipo de atividade educacional em Saúde</b>		
Imunização	34	100
Doenças frequentes no envelhecimento	33	97,1
Prevenção de quedas	30	88,2
Higienização	27	79,4
Outros	10	29,4
Saúde Bucal	10	29,4
<b>Profissionais envolvidos na atividade</b>		
Enfermeiro	34	100
Outra categoria	24	70,6

Médico	22	64,7
Dentista	16	47,1
<b>Forma de divulgação da atividade</b>		
Agentes comunitários	34	100
Panfletos	19	55,8
Rádio	12	35,3
Carros de som	04	11,8
TV	03	8,8
<b>Total</b>	<b>34</b>	<b>100%</b>

Fonte: UBS da Zona Sul de Teresina-PI, 2011. Todas as questões permitiam mais que uma resposta

Na tabela 3, percebe-se que as principais dificuldades encontradas para execução de ações de promoção do envelhecimento saudável são: carência de profissionais especializados na área (32,5%), dificuldades relativas à estrutura da UBS (30, %), e o apoio financeiro (27,5%). Os Agentes Comunitários Saúde - ACS apresenta-se como o principal veículo de solicitação de serviços pela comunidade, no relato das equipes (45 %).

**Tabela 3.** Aspectos relacionados à realização/ manutenção de atividades voltadas ao envelhecimento saudável nas Equipes de Estratégia Saúde da Família (n=40). Teresina, 2011.

Características	N	%
<b>Principais dificuldades</b>		
Carência de profissionais especializados	13	32,5
Estrutura da UBS	12	30,0
Apoio financeiro	11	27,5
Acessibilidade à UBS	06	15,0
Incompatibilidade de horários dos usuários	03	7,5
Carência de treinamento dos profissionais	03	7,5
Falta de informação/desinteresse da população	03	7,5
Falta de transporte para visita domiciliar	03	7,5
Carência de equipamentos sociais disponíveis	02	5,0
Sem dificuldades	02	5,0
<b>Apoio ofertado pela gestão</b>		
Material educativo	26	65,0
Treinamento de profissionais	05	12,5
Não há apoio da gestão	05	12,5

Sugestões para a resolução/amenização da problemática		
Contratação de outros profissionais	13	32,5
Melhora de espaço físico	12	30,0
Apoio financeiro para realização de eventos	11	27,5
Acessibilidade à UBS	06	15,0
Interesse da população	03	7,5
Treinamento de profissionais	03	7,5
Compra de um transporte para as visitas domiciliar	03	7,5
Mudança de horário para turno da manhã	03	7,5
Orientações aos cuidadores	02	5,0
Disponibilidades de equipamento sociais	02	5,0
Forma solicitação do serviço pela comunidade		
Agentes comunitários	18	45,0
Não há solicitação por parte da comunidade	13	32,5
Solicitação direta através da participação em outros programas (hiperdia)	03	7,5
Total	40	100%

Fonte: UBS da Zona Sul de Teresina-PI, 2011. Todas as perguntas permitiam respostas múltiplas

A tabela 4 apresenta as características pertinentes a estas atividades realizadas no território de abrangência destas equipes, destacando-se, a atividade física com um percentual de 78.3%, realizada em 69,6% dos casos por profissional educador físico, seguido de atividades culturais. As atividades de educação em saúde e terapêuticas atingem respectivamente os percentuais de 43,5% e 17.4% .

**Tabela 4.** Características das atividades realizadas na população cadastrada na Estratégia Saúde da Família por outras organizações/instituições promotoras do bem-estar comunitário. Teresina-PI, 2011.

Características	N	%
Tipos de atividades realizadas pelas organizações/instituições		
Atividade física	18	78,3
Atividades culturais	12	52,2
Educação em Saúde	10	43,5
Atividades terapêuticas	04	17,4
Profissionais envolvidos na atividade		
Educador físico	16	69,6

Outros	14	60,7
Fisioterapeuta	05	21,7
<b>Total</b>	<b>23</b>	<b>100%</b>

Fonte: UBS da Zona Sul de Teresina-PI, 2011. Todas as perguntas permitiam respostas múltiplas.

## Discussão

O panorama apresentado nesta pesquisa evidencia que, apesar da maioria das equipes investigadas executarem de alguma forma ações para a promoção do envelhecimento saudável, muitas barreiras necessitam ser vencidas no intuito de propagar ações com este objetivo. A importância do trabalho em equipe na Estratégia Saúde da Família é ressaltado, pelo princípio doutrinário da integralidade do Sistema Único de Saúde (SUS) que pressupõe a produção do cuidado integral. Considerado um dos princípios de mais complexa efetividade a integralidade do cuidado reveste-se desde os anos 90 do século passado de uma importância estratégica ímpar para a consolidação de um novo modelo de atenção à saúde no Brasil (SILVA E BORGES,2008).

O profissional da equipe multiprofissional envolvido nas atividades da Estratégia Saúde da Família voltadas para a promoção do envelhecimento saudável deve ser qualificado, tecnicamente, apresentar condições de diálogo com a comunidade, suas crenças, sua cultura, sua rotina e desenvolver o sentimento de pertencimento ao território pois as relações profissionais e afetivas são fundamentais no desempenho desse profissional.

A Educação em saúde mostrou-se ser uma das atividades mais utilizadas pelas EqSF e pode ser definida como quaisquer combinações de experiências de aprendizagem delineadas com vistas a facilitar ações voluntárias conducentes à saúde. (ARAÚJO E ROCHA,2009). Em toda sociedade, as formas de cuidados com a saúde são normalmente mediadas por processos educativos informais e institucionais presentes nas relações sociais. Nos serviços de saúde, na maior parte das vezes a ação de saúde envolve, em maior ou menor grau, um componente educativo que pode ou não ser potencializado (ASSIS,2005).

Entretanto as ações de Educação em Saúde, realizadas pelas EqSF, muitas vezes são orientadas para processos normativos, definidos longe das demandas e necessidades dos usuários, acontecendo de forma verticalizada, em que os profissionais definem o que abordar, como e quando o processo deve acontecer (TORRES,2009).

Discute-se atualmente que a educação em saúde no Brasil possui dois pressupostos, sendo que o primeiro refere-se às medidas preventivas e curativas que visam à obtenção da saúde e o enfrentamento das doenças; e o segundo, às estratégias da promoção da saúde que objetiva a construção social da saúde e do bem estar Dessa

forma, Educação em Saúde pressupõe uma combinação de oportunidades que favoreçam a manutenção da saúde e sua promoção, não entendida somente como transmissão de conteúdos, mas também como a adoção de práticas educativas que busquem a autonomia dos sujeitos na condução de sua vida, ou seja, educação em saúde nada mais é que o pleno exercício de construção da cidadania (TORRES,2009).

Para que um trabalho de educação em saúde seja executado com maior eficácia é necessário o envolvimento multiprofissional, especificidades e competências individuais de cada área profissional com o objetivo de promover a saúde. Além disso, devem ser consideradas para esta prática os princípios da Educação Popular em Saúde, que atualmente se constitui em um importante dispositivo fundamental para o avanço e reafirmação de novas perspectivas da produção do cuidado baseado na participação coletiva, convidando os profissionais de saúde, as universidades e as comunidades a protagonizarem as transformações necessárias à implementação e ao harmônico funcionamento e do Sistema Único de Saúde (BRASIL, 2012).

Outro aspecto que adquire destaque nos resultados observados é a formação de grupos para aplicação de práticas corporais. A atividade física se evidencia a cada dia como uma maneira consolidada de promoção de saúde e é considerada aspecto determinante ao bem-estar dessa população.

O principal intuito do incentivo à prática da atividade física para o idoso é a otimização da capacidade funcional, impedindo ou retardando a instalação de quadros de dependência. O comprometimento da capacidade funcional dos idosos tem implicações importantes para sua própria vida, para sua família, para a comunidade e para o sistema de saúde por ocasionar maior vulnerabilidade e dependência e contribuir para a diminuição do bem estar e da sua qualidade de vida dos idosos (TORRES,2009).

Segundo Júnior e Guerra (2008), as limitações funcionais podem ser consideradas como processos que antecedem a condição de incapacidade. A identificação de fatores relacionados e da influência do estilo de vida do idoso, permitem a elaboração de políticas públicas direcionadas à preservação da autonomia do idoso, sendo necessário para tanto estudos sobre o tema em países em desenvolvimento, como o Brasil (DUCA E HALLAL,2009).

De acordo com Spirduso (2005), a atividade física diária e o exercício podem contribuir para a minimização de um dos maiores fatores preveníveis que afetam a qualidade de vida e de saúde do idoso: a queda. Isso ocorre porque um programa de exercícios poderá proporcionar aumento significativamente a força, manutenção de uma composição e peso corporal eficientes para a locomoção e que também melhora do nível de equilíbrio corporal, fatores que poderão diminuir o número de quedas observadas nas pessoas mais idosas.

O profissional Educador Físico e o Fisioterapeuta são profissionais com competência e respaldo para promover a atividade física na comunidade. Em Teresina o profissional da atividade física se articula e é agregado às atividades das EqSF por meio do

acompanhamento matricial dos Núcleos de Apoio à Saúde da Família (NASFs), considerando que a atividade física é importante instrumento de propagação de hábitos de vida saudáveis e recomendados para uma velhice livre de transtornos incapacitantes. Esta prática pode ser difundida através da dança, das práticas derivadas da medicina oriental e até mesmo com atitudes simples como caminhadas e alongamentos.

Verificou-se nos resultados apresentados que o principal objetivo das atividades executadas pelas ESF voltadas à Saúde do Idosos é promover bons níveis de qualidade de vida na terceira idade. Esse objetivo tem sido motivo de amplas discussões em todo o mundo, evidenciando uma importante preocupação em preservar a saúde e o bem-estar global dessa parcela da população para que tenham um envelhecer com dignidade. A definição de Qualidade de Vida é bastante complexa e envolve dimensões como bem-estar físico, familiar e emocional, habilidade funcional, espiritualidade, função social, sexualidade e função ocupacional, que quando integrados, mantêm o indivíduo em equilíbrio consigo mesmo e com o mundo ao seu redor (TORRES,2009).

O conceito de qualidade de vida deve ser compreendido como algo influenciado por todas as dimensões da vida e, assim, diante do impacto que o conceito saúde pode ter na vida das pessoas, se fazem necessários indicadores que possam nortear operacionalmente essa dimensão da qualidade de vida (TOSCANO E OLIVEIRA,2008). Portanto, este conceito varia de indivíduo para indivíduo, de acordo com o contexto social, experiências já vividas, e outros fatores pessoais. A qualidade de vida é determinada pela capacidade de o indivíduo satisfazer suas necessidades funcionais cotidianas, pelo nível de motivação, independência e autonomia para buscar seus objetivos (SANTOS, S.S. ET AL,2008).

Segundo Souza e Carvalho (2003), uma proposta que objetive a elevação da qualidade de vida deve ser embasada com o conhecimento sobre políticas intersetoriais que incentivem e proporcionem condições de bem-estar e desenvolvimento individual e coletivo. Nesse contexto, as ações dirigidas à saúde, em particular, adquirem grande relevância.

A atuação dos ACS apresenta-se como o principal veículo de comunicação entre serviços e comunidade. Estes profissionais, pelo vínculo com a comunidade, estão familiarizados com as reais necessidades desta e fazem a mediação desta com a equipe e o sistema de saúde. Também tem papel de anteparo do sistema de saúde e, por vezes, devido a essa condição, enfrentam resistências da população e dificuldades de relacionamento (SANTOS,S.S.et al,2008)

Observou-se que a maioria das equipes ESF realizam atividades na comunidade promovidas por grupos externos às EqSF. Neste sentido, vale a pena ressaltar a importância da integração ensino-serviço-comunidade na efetiva execução do impulsionamento do SUS. É responsabilidade de instituições formadoras participarem da assistência à comunidade de forma a favorecer o ensino pautado na sensibilidade do cuidado, vivenciando na comunidade a realidade do usuário do SUS de forma a serem protagonistas no desenvolvimento das praticas humanizadas e integras.

Percebeu-se, ao longo da pesquisa, resistência dos profissionais em participar da mesma, o que limitou a amostra. Apesar disso, espera-se que esse estudo possa servir de fonte de dados para a melhoria das políticas públicas e ações voltadas para a promoção do envelhecimento ativo e saudável, colaborando, assim, para a melhora da qualidade de vida e bem estar da população idosa piauiense e, conseqüentemente, extrapolando este benefício à população brasileira.

## Considerações finais

Conclui-se que, apesar de serem verificadas atividades que são executadas objetivando a promoção do envelhecimento saudável, estas poderiam ser otimizadas e ampliadas se vencidas dificuldades vivenciadas cotidianamente por profissionais da Estratégia Saúde da Família.

As EqSF da zona Sul de Teresina apresentam execução de atividades importantes como a Educação em Saúde e atividade física, fato que poderá ser beneficiado com a recente implantação do NASF no Município de Teresina.

## Referências

ARAÚJO, B.M.; ROCHA, M. Trabalho em equipe: um desafio para a consolidação da estratégia de saúde da família. **Revista Ciência & Saúde Coletiva**, v. 12, n. 2, p. 455-464, 2007.

ASSIS, M. Envelhecimento ativo e promoção da saúde: reflexão para as ações educativas com idosos. **Revista APS**, v.8, n.1, p.15-24,2005.

ASSIS M. H; ZMA, VALLA V.V. Programas de promoção da saúde dos idosos: uma revisão da literatura científica no período de 1900 a 2002. **Ciênc. Saúde Coletiva**. 2004;9(3):557-81

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Política Nacional de Educação Popular em Saúde**. Brasília: Ministério da Saúde, 2012.

CARVALHO, C. M R.G; FONSECA, C. C. C.; PEDROSA, J. I..Educação para a saúde em osteoporose com idosos de um programa universitário: repercussões. **Cad. Saúde Pública** [online]. 2004, vol.20, n.3, pp. 719-726.

CUPERTINO, A. P. F. B.; ROSA, F. H. M. RIBEIRO, P. C. C. Definição de envelhecimento saudável na perspectiva de indivíduos idosos. **Psicol. Reflex. Crit.** [online]. 2007, vol.20, n.1, pp. 81-86. ISSN 1678-7153. <http://dx.doi.org/10.1590/S0102-79722007000100011>

DUCA, G.F.D.; SILVA, M. C.; HALLAL, P. C. Incapacidade funcional para atividades básicas e instrumentais da vida diária em idosos. **Revista de Saúde Pública**, v.43, n.5, p. 796-805, 2009.



FERREIRA, O. G. L. et al. Envelhecimento ativo e sua relação com a independência funcional. **Texto contexto - enferm.** [Online]. 2012, vol.21, n.3, pp. 513-518.

JÚNIOR, J. S. V.; GUERRA, R. O. Fatores associados às limitações funcionais em idosas baixa renda. *Revista, Jequié-Bah*, v. 54, n. 5, p. 430-5, 2008.

NASCIMENTO, G. D. D.; OLIVEIRA, C. A. M. Reflexões sobre as competências profissionais para o processo de trabalho nos Núcleos de Apoio à Saúde da Família. **Rev. O Mundo da Saúde**, v. 34, n. 1, p. 92-96, 2010.

RODRIGUES, R.S. P. et al. Política nacional de atenção ao idoso e contribuição da enfermagem. **Texto Contexto Enfermagem**, v. 16, n. 3, p. 536-45, 2007.

SANTOS, S. S et al. Promoção da saúde da pessoa idosa: compromisso da enfermagem gerontogeriátrica. **Revista Acta Paulista de Enfermagem, Rio Grande do Sul**, v. 21, n.4, p. 649-53, 2008.

SERVIÇO NACIONAL DE CADASTRO DE ESTABELECIMENTOS DE SAÚDE. <http://datasus.saude.gov.br/sistemas-e-aplicativos/cadastros-nacionais/cnes>. Acesso, abr.2015

SILVA, A.A.; BORGES, M. M. M. C. humanização da assistência de enfermagem ao idoso em uma Unidade de Saúde da Família. **Revista Enfermagem Integrada**, v.1, n.1, P. 2008.

SOUSA, A. R.; CARVALHO, M. A. Programa de Saúde da Família e qualidade de vida: um olhar da Psicologia. **Universidade Federal de Minas Gerais**, v.1, n.1, p. 515-523, 2003.

SPIRDUSO W. W. Dimensões físicas do envelhecimento. Barueri São Paulo: **Manole**, p. 278-308, 2005.

TORRES, G.V.; REIS, L. A.; REIS, L. A.; FERNANDES, M. H. Qualidade de vida e fatores associados em idosos dependentes em uma cidade do interior do Nordeste. **Jornal Brasileiro de Psiquiatria**, v.58, n. 1, p.39-44, 2009.

TOSCANO, J. J. O.; OLIVEIRA, A. C. C. Qualidade de vida em idosos com distintos níveis de atividade física. **Revista Brasileira de Medicina do Esporte**, v. 15, n. 3, P. 2009.



## GESTORES DO TERRITÓRIO DA ESTRATÉGIA SAÚDE DA FAMÍLIA DE UMA CAPITAL DO NORDESTE: PERFIL E FORMAÇÃO PROFISSIONAL

*Joyce Bezerra Portela de Deus,*

*Maria Rocineide Ferreira da Silva,*

*Annatália Meneses de Amorim Gomes,*

*Ana Cybele Peixoto de Andrade,*

*Ana Patricia Pereira Morais*

### Introdução

A concepção de Atenção Primária à Saúde (APS) se fundamenta num arranjo assistencial de principal ordenadora dos serviços, constituindo-se como uma das portas de entrada para o sistema de atenção à saúde. Possui quatro atributos “essenciais” e três atributos “derivados”. Os atributos de acesso, longitudinalidade, integralidade e coordenação da atenção são considerados essenciais para caracterizar um serviço de APS, que se fortalece com a presença dos atributos derivados (orientação familiar, orientação comunitária e competência cultural (STARFIELD, 2002).

Como proposta para estruturar a APS em nosso país, o Ministério da Saúde lançou, em 1994, o Programa Saúde da Família (PSF). A partir da visualização dos resultados alcançados e da capacidade de avançar nos processos de produção da saúde no território, o programa passa a ser reconhecido como importante estratégia de organização dos modos de agir e cuidar na atenção primária, então, passa a ser intitulado Estratégia Saúde da Família (ESF). A ESF é operacionalizada por meio de ações preventivas, promocionais, de recuperação, de reabilitação e de cuidados paliativos das equipes de saúde da família. Trata-se, portanto, da implementação de um modelo de atenção substitutivo ao tradicional, visando a fortalecer o Sistema Único de Saúde (SUS).

A perspectiva de consolidação da ESF como uma política pública para a reestruturação da atenção primária trouxe muitos e complexos desafios a serem superados, pois embora se configure como prioridade nas políticas públicas, quando se observa as ações concretas desenvolvidas, verifica-se que há um financiamento insuficiente, ausência de política de pessoal e de projetos consistentes para a formação de especialistas, assim como dificuldades na composição e no desempenho das equipes e fragilidades na gestão e na organização das redes de serviços (CAMPOS, 2005).

Diante dos desafios apresentados, para que a proposta da ESF de fato se efetive nos territórios locais de atuação, acredita-se que o papel dos gestores do território é fundamental. Embora a NOB/96 defina conceitualmente a gestão como sendo a atividade/responsabilidade de dirigir um sistema de saúde nas diferentes esferas de governo, exercendo as funções de coordenação, articulação, negociação, planejamento, acompanhamento, controle, avaliação e auditoria; e gerência como administração de uma unidade ou órgão de saúde, ambulatório, hospital, instituição, fundação, dentre outros; este estudo entende que, em virtude da complexidade do processo de trabalho em um Centro de Saúde da Família, a definição de gestão é a mais adequada devido às diversas atribuições que este profissional pode assumir neste cenário.

Os gestores, portanto, são os profissionais que buscam tornar o trabalho das equipes da ESF mais resolutivo. A gestão local de um Centro de Saúde da Família (CSF) caracteriza-se pela análise do processo de trabalho, identificação de problemas e busca de soluções para reorganização das práticas de saúde. De modo que este profissional deve atuar como interlocutor e mediador do processo de trabalho.

Essas responsabilidades são acrescidas de implantação de novos programas, identificação do perfil epidemiológico (produção e reprodução dos modos de produção de saúde-doença) da população das áreas de abrangência, articulações do serviço com entidades comunitárias, com a rede hierarquizada de serviços de saúde e com os níveis centrais de decisão do município, com o objetivo de atender às necessidades de saúde da população (SANTOS; MIRANDA, 2007). Isto, certamente, torna-se ainda mais desafiador, uma vez que pouco se aborda sobre os processos de gestão nos cursos de graduação em saúde.

Assim, os gestores assumem um papel relevante na construção e consolidação do novo modelo assistencial, tendo em vista que na busca de respostas às demandas diagnosticadas, passam a ser articuladores por excelência, tanto no âmbito interno quanto externo às unidades de saúde, necessitando de capacitação específica. Não se pode exigir, no entanto, que os profissionais que assumem o papel dos gestores locais de território estejam aptos a desenvolver todas essas atividades sem que antes tenham sido formados com base no desenvolvimento dos conhecimentos e habilidades necessários a esta tarefa.

Diante desta necessidade, este estudo tem como objeto caracterizar o perfil socio-demográfico e educacional dos gestores de território da Estratégia Saúde da Família

(ESF) de Fortaleza, capital do Ceará, pois se apreende que para a consolidação da Reforma Sanitária Brasileira e do Sistema Único de Saúde (SUS) é necessário identificar aspectos que possam levar a uma reconstrução do processo de trabalho em saúde, no qual os profissionais sejam protagonistas da mudança. E tem como objetivos conhecer os processos de educação continuada e/ou educação permanente, que permearam a formação dos gestores de território, e identificar as necessidades de formação no âmbito da educação permanente, que contribuam para o exercício de sua prática, na busca de minimizar as dificuldades enfrentadas pelas equipes da ESF em seus territórios.

## Metodologia

Trata-se de um estudo descritivo exploratório. O estudo descritivo foi utilizado porque expõe as características de determinada população ou fenômeno (VERGARA, 2000). Este método possibilitou descobrir o perfil dos gestores de território dos Centros de Saúde da Família de uma capital do Nordeste, mediante as informações fornecidas pelos participantes do estudo. A escolha pela pesquisa do tipo exploratória deveu-se ao fato do gerenciamento do território na ESF ser uma área de produção de saberes e práticas recentes, e a produção científica ainda se apresenta restrita, e este modelo busca explorar as dimensões, as formas com que se manifesta e outros fatores inter-relacionados (POLIT; BECK; HUNGLER, 2004).

O estudo foi realizado em Fortaleza – Ceará, no período de março de 2011. Em termos administrativos, este município está dividido em seis Secretarias Regionais, que funcionam como instâncias executoras das políticas públicas municipais. A política municipal de saúde é gerenciada pelas seis secretarias, através de seus Distritos de Saúde. Para o estudo foi selecionada a Regional V, a mais populosa, com marcantes situações de vulnerabilidade socioeconômica, o segundo maior índice de analfabetismo e possui a pior taxa de acesso ao saneamento básico (FORTALEZA, 2011). Deste modo, a escolha por este campo deveu-se ao perfil da Regional, o que pode implicar em maior necessidade de serviços públicos de saúde.

Os participantes desta pesquisa foram 20 profissionais de saúde, número correspondente à totalidade de gestores do Distrito de Saúde. Para a coleta de dados, foi utilizado como instrumento um questionário com perguntas fechadas e abertas que trataram de questões como perfil e formação profissional, tipos de qualificação que estavam ou já estiveram inseridos, bem como o desenvolvimento científico-cultural dos mesmos. Os questionários foram aplicados durante a roda de gestão semanal dos gestores com o chefe da Célula de Atenção Básica (CAB), em dois momentos.

Para a apresentação e a discussão dos resultados, os dados foram agrupados e contabilizados por frequência e porcentagens simples. A apresentação dos dados foi efetuada na forma de tabelas e quadros.

Os aspectos éticos da pesquisa foram cuidados a fim de garantir a legitimidade e resguardar as pessoas que fizeram parte dela. As solicitações formais de permissão

para a coleta de dados foram realizadas junto à administração institucional e a pesquisa foi aprovada pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Estadual do Ceará. Trata-se de um recorte da pesquisa intitulada Estratégia Saúde da Família em uma capital de grande porte da região nordeste: cartografia da micropolítica, que teve aprovação do comitê de ética da Universidade Federal do Ceará, com numeração 127/10.

O termo de consentimento foi apresentado a todos os profissionais, no qual se detalhou os objetivos da pesquisa, a garantia do anonimato, o direito à livre participação, assim como da possibilidade de desistência da pesquisa.

## Resultados e discussões

A atividade que os gestores dos Centros de Saúde realizam se destaca como uma atividade que gera governabilidade. É importante mencionar que independente da caracterização que o poder possa assumir dentro do setor saúde, esta se volta aos propósitos decisórios, assumindo possibilidades de promover mudanças e/ou legitimar situações dadas e se compõe como uma ferramenta para impor direcionalidade ao processo de trabalho em saúde (MISHIMA, 2003).

A gerência comporta vários tipos de relações, o que vai configurar o tipo de gestão e o papel dos dirigentes enquanto gestor e/ou gerente dos serviços de saúde. Por este motivo, acredita-se ser fundamental caracterizar estes gestores quanto o perfil sociodemográfico e educacional, bem como identificar as necessidades de formação para uma atuação de qualidade nos territórios de atuação da Estratégia Saúde da Família da Regional V de Fortaleza.

A Tabela 1 apresenta a distribuição dos dados referente ao perfil sociodemográfico dos gestores locais do distrito de saúde da Regional V do município de Fortaleza, no tocante à idade, ao sexo e à profissão.

Tabela 1 – Perfil sociodemográfico dos gestores locais de saúde da SER V

Variáveis	N.	%
<b>Idade</b>		
20 – 30	3	15
31 – 40	7	35
41 – 50	5	25
50 ou mais	5	25
<b>Total</b>	<b>20</b>	<b>100</b>
<b>Sexo</b>		
Feminino	18	90
Masculino	2	10
<b>Total</b>	<b>20</b>	<b>100</b>

**Profissão**

Enfermeiro	13	65
Fisioterapeuta	2	10
Odontólogo	2	10
Administrador	1	5
Fisioterapeuta/Administrador	1	5
Fisioterapeuta/Administrador/Enfermeiro	1	5
<b>Total</b>	<b>20</b>	<b>100</b>

Fonte: dados primários da pesquisa.

Em relação à distribuição nas faixas etárias, os dados mostraram uma predominância da faixa etária acima de 31 anos, correspondendo a 85% dos entrevistados. Esta porcentagem corresponde a um grupo de pessoas com mais experiência no trabalho em saúde, entretanto, observaremos nas próximas tabelas que esta informação não corresponde, necessariamente, a uma maior experiência ou capacidade de gerir os serviços de saúde.

Quanto à questão de gênero, observa-se que 90% dos participantes são do sexo feminino, sendo apenas dois gestores do sexo masculino. A maioria dos profissionais são enfermeiros 13 (65%), o que é característico da profissão, composta em sua maioria por mulheres.

A Organização Mundial da Saúde-OMS (2000) afirma que em quase todos os países as mulheres constituem a vasta maioria do pessoal de enfermagem. Em todos os países, a enfermagem é trabalho predominantemente de mulher e tem as mesmas características de outras ocupações em que o trabalho feminino prevalece: baixa remuneração, condição inferior, deficientes condições de trabalho, escassas perspectivas de promoção e formação.

Para se compreender o porquê das desigualdades existentes nos setores trabalhistas, referentes à categoria gênero, faz-se necessário analisar a historicidade que permeia a enfermagem. Ela surgiu como um serviço organizado pela instituição das ordens sacras, de modo que a marca das ordens religiosas impôs à profissão, por longo período, seu exercício institucional exclusivo e/ou majoritariamente feminino e caritativo (LOPES; LEAL, 2005). Talvez por esses motivos, as remunerações dos gestores de Centros de Saúde de Fortaleza, predominantemente mulheres e enfermeiras, ainda são muito baixas, girando em torno de R\$ 1.000,00 (Hum mil reais) de salário base, acrescidos de R\$ 800,00 (oitocentos reais) de gratificação (valores obtidos com os participantes do estudo), mostrando que as profissões eminentemente femininas ainda possuem salários reduzidos, se compararmos a mesma função exercida por profissionais de sexo oposto, ou ainda, que apenas parte dos profissionais do sexo masculino se submetem aos baixos salários oferecidos em alguns cargos na área da saúde.

Além da enfermagem, verifica-se também uma pequena representatividade de outras profissões como: a fisioterapia dois (10%), a odontologia dois (10%) e a ad-

ministração um (5%), além de dois gestores que possuem mais de uma formação acadêmica.

Quadro 1 – Formação profissional dos gestores de território

<b>Formação profissional</b>	<b>F</b>
Curso de aperfeiçoamento/atualização em Saúde Pública	5
Curso de aperfeiçoamento/atualização em Gestão	1
Curso de aperfeiçoamento/atualização em outras áreas	9
Especialização em Saúde Pública (mais de 360 hs)	7
Especialização em Gestão (mais de 360 hs)	7
Especialização em outras áreas (mais de 360 hs)	7
Mestrado	2

Fonte: dados primários da pesquisa.

A pesquisa aponta que todos os gestores locais de saúde possuem algum tipo de formação profissional de Pós-Graduação, entretanto, somente 40% tiveram algum tipo de qualificação (especialização e/ou curso de aperfeiçoamento) em gestão de serviços de saúde, os demais buscaram se qualificar em outras áreas.

Apesar do Ministério da Saúde possuir uma política pública voltada para a formação dos profissionais de saúde, sustentada nos princípios e diretrizes do SUS e proposta para implementar processos com capacidade de impacto no ensino, na gestão setorial, nas práticas de atenção e no controle social em saúde, observa-se que a formação destes profissionais ainda carece de uma maior sincronia dos programas de ensino com o contexto do Sistema Único de Saúde.

Neste sentido, é essencial reorientar a formação criando novos currículos orientados para as necessidades de saúde da população, bem como processos formativos que apoiem as equipes de saúde da família no local de trabalho. É evidente que as instituições de ensino deveriam incorporar os princípios do SUS como norte do processo de formação, visando a aproximá-lo da prática profissional, mas isto ainda é um desafio. Ademais, se a formação em áreas que privilegiem as necessidades práticas do SUS já é considerada um desafio, o que dizer da formação em gestão na graduação, política ainda deveras incipiente. Dentre os cursos de graduação que os gestores locais de saúde participantes da pesquisa realizaram (já mencionados na tabela anterior), somente o curso de administração possui uma disciplina de gestão de recursos humanos. O curso de graduação em enfermagem possui uma disciplina de administração em enfermagem e os demais não possuem nenhuma disciplina que aborde assuntos relacionados à gestão ou à gerência.

Deste modo, evidencia-se que mudanças nas instituições de ensino, de forma a voltar-se para as reais demandas dos serviços de saúde são fundamentais, bem como a produção de um conhecimento relevante e útil, que possa vir a fortalecer a autonomia dos sujeitos e levar a um empoderamento de seus recursos internos para a ação, gerando um instrumento norteador para a mudança das práticas em saúde.



Isto porque a prática clínica especializada tem um enfoque no indivíduo e não na comunidade; na doença e não na promoção da saúde ou na prevenção das doenças, como é preconizado da ESF, modelo reorientador das práticas de saúde.

Assim, os cursos de graduação da área de saúde deveriam não somente promover conhecimentos formadores das ações diretas destes profissionais, mas também das ações gerenciais dos mesmos nos serviços, porque não se pode desconsiderar a seguinte reflexão: de que modo gerenciar alguma instituição ou trabalhador de saúde se não se tem conhecimento adequado de seus serviços ou de suas atividades?

Em estudo realizado com gestores do município de Fortaleza evidenciou-se que a aposta nas ações de educação permanente, primeira gestão assumida, coincidência ou não num governo de esquerda, tiveram impacto na transformação ou formulação de práticas de gestores (ARAUJO; PONTES, 2012). Esses processos planejados a partir de necessidades e formulados para implementação nos diversos territórios da cidade, considerando singularidades de cada lugar.

Deste modo, percebendo a necessidade de seus gestores no que tange ao gerenciamento dos serviços de saúde, o município de Fortaleza, em parceria com Universidade Estadual de Campinas (UNICAMP), ofertou por duas vezes o curso de Especialização em Gestão de Sistemas e Serviços de Saúde, em 2007 e em 2008 (FORTALEZA, 2008, 2009). Além deste, em 2009, foi promovido pela Escola de Saúde Pública do Ceará outro curso de especialização em Gestão e Serviços de Saúde, que utilizou a linha metodológica baseada em duas abordagens educacionais - a Aprendizagem Baseada em Problemas e a Educação à Distância.

O Quadro 1 mostra que dos 20 gestores locais participantes da pesquisa, sete (35%) realizaram o curso de especialização mencionado acima. Fator que associado a outros pode ter contribuído com as práticas de gestão dos territórios, uma vez que os módulos ofertados no curso abrangem diversas questões concernentes a estas práticas.

Este profissional de saúde entra no campo de atuação na ESF de duas maneiras: atuando na ponta, enquanto equipe, ou ainda, como gestor dos Centros de Saúde da Família onde a ESF atua, coordenando as atividades dos demais profissionais da estratégia. Os estudos têm apontado muitas dificuldades para estes profissionais atuarem com qualidade e eficiência enquanto equipe da ESF, o qual os conteúdos teóricos são discutidos nos cursos de graduação, e que a portaria nº 648/GM estabeleceu as diretrizes da Política Nacional da Atenção Básica (PNAB), instituindo competências específicas de cada núcleo e comuns a todas as categorias, o que pensar de uma atividade que ainda não tem diretrizes para facilitar e direcionar a atividade profissional, como a de gestor da ESF.

Tabela 2 – Experiência profissional no cargo de gestor local de saúde

Variáveis	N.	%
<b>Tempo que ocupa o cargo atual (anos)</b>		
< 1 ano	2	10
1 – 4 anos	8	40
5 – 10 anos	10	50
<b>Total</b>	<b>20</b>	<b>100</b>
<b>Experiência anterior no cargo em outra gestão/ município</b>		
Sim	6	30
Não	14	70
<b>Total</b>	<b>20</b>	<b>100</b>
<b>Atividades ocupacionais dos gestores anteriores ao cargo atual</b>		
Empregado em empresa privada	10	
Empregado público	8	
Profissional liberal	5	
Profissional da Estratégia Saúde da Família	3	

Fonte: dados primários da pesquisa.

A Tabela 2 apresenta a distribuição dos dados coletados referente à experiência profissional no cargo de gestor local de saúde. Como podemos observar, metade dos gestores possuem mais de dez anos no cargo em que ocupam, podendo ser considerado tempo suficiente para garantir uma atuação de qualidade através de aprendizagem experiencial e/ou por capacitações.

Vale ressaltar que a função dos gestores se modificou ao longo dos anos, implicando em um ajuste às mudanças e a promoção destas em sua organização. Deixou de ser o chefe, aquele que apenas ordena e detém a autoridade e a informação, para atuar como alguém que prepara e compartilha poder com sua equipe, dividindo informações para que objetivos sejam alcançados, e que embora gestores eficazes tenham algumas características comuns, eles não são produto exclusivo de características inatas, que podem e devem ser aprendidas (ROBBINS, 2002).

Muita atenção também é atribuída à aprendizagem experiencial e informal que acontece de um modo não planejado no percurso do trabalho cotidiano, por atividades como rotação de cargo, observação, treinamento, aprendizagem por erros ou aprendizagem por novos desafios no trabalho. Os gestores atuais, provavelmente, aprendem muito mais assim do que por programas de formação técnica formal, o que abre uma lacuna em relação à formação (LEITE; GODOY; ANTONELLO, 2006).

O estudo também mostrou que apenas 30% dos participantes possuem experiência anterior em gestão independente de ser neste governo ou em outro município. Talvez esta seja uma questão importante a ser assinalada, no sentido da disponibilidade para

aprender fazendo. A necessidade de romper com vícios que muitas vezes vão se legitimando ao longo dos tempos pelo exercício em permanência da gestão. Para Campos (2000), um exercício fundamental a ser realizado é a escuta na roda para tomada de decisão, proposta da cogestão dos coletivos. A roda para este autor tem uma função pedagógica também, constituindo-se território de aprendizagem para trabalhadores e gestores que vivenciam esse momento no cotidiano do serviço.

Leite, Godoy e Antonello (2006) afirmam que as oportunidades de aprendizagem são o resultado da experiência das práticas de trabalho, dependendo da extensão na qual desafios no trabalho estão disponíveis. Assim, o gestor aprende em situações nas quais comportamentos tradicionais e rotinas já não correspondem mais ao necessário para atingir as metas e um bom desempenho individual ou organizacional. Os desafios o forçam a experimentar novas técnicas bem como as consequências da sua aplicabilidade. Assim, ressalta-se que o tempo que o gestor possui de serviço nesta área de atuação bem como sua experiência anterior em atividades iguais ou semelhantes podem ser condicionantes de uma gestão de qualidade, mas também a possibilidade de fazer formação com aplicação prática, sua própria vivência enquanto sujeito de ação é indicador de qualidade, pois o gerir está posto, mas o gerar é imprescindível, singular e essa dialética se impõe ao cotidiano exaustivamente.

No aspecto referente a ocupação laboral dos pesquisados antes de ocuparem o cargo de gestão atual, dez entrevistados já trabalharam em uma empresa privada de saúde, oito foram empregados do serviço público de saúde, cinco atuaram como profissionais liberais e apenas três já trabalharam na Estratégia Saúde da Família, considerando que alguns profissionais tinham, ao mesmo tempo, mais de uma atividade laboral.

Partindo do princípio que a experiência anterior interfere no modo de agir no outro serviço, importa, neste momento, abrir um parêntese para diferenciar a gestão pública da gestão privada em saúde, delimitando suas características e particularidades.

A correlação entre os modelos de gestão dos setores públicos e privados permite verificar que nos serviços públicos prevalecem modelos de gestão geralmente mais tradicionais, baseados em estruturas rígidas que definem hierarquias verticalizadas e processos decisórios centralizados. É fácil perceber esta realidade no contexto dos CSF onde muitas das decisões das demandas dos serviços não são tomadas nos territórios locais, mas sim nos Distritos de Saúde ou mesmo na Secretaria Municipal de Saúde (SMS).

Ao focarmos o setor público de saúde e, mais especificamente, o papel dos gestores dos CSF é importante ressaltar que no nível local eles seguem regulamentações que restringem sua autonomia, mas também em outros locais estes operam com suas autonomias, sujeito crítico do seu fazer, estabelecem pautas e novos arranjos de organização dos processos de trabalho locais.

Na gestão de organizações privadas em saúde, algumas características podem ser destacadas: a primazia pelos interesses particulares e não do bem coletivo; controle

pelo mercado, através da concorrência com outras organizações; sobrevivência estritamente ligada à eficiência organizacional; tomada de decisões mais rápida, buscando racionalidade dos recursos, receitas advindas de pagamentos feitos por livre e espontânea vontade por parte dos clientes (consumidores dos produtos e serviços). Todas estas características são necessárias para que as empresas privadas em saúde se mantenham no mercado, formando trabalhadores que se enquadrem neste perfil de empregabilidade.

Acredita-se que o perfil profissional se forma à medida que os trabalhadores são submetidos a determinado tipo de forma de governabilidade, de modo que os profissionais “incorporam” a lógica da organização a qual fazem parte.

Para aqueles que trabalharam como profissionais liberais, talvez entender a dinâmica do funcionamento dos CSF seja mais difícil. Os estatutos da Confederação Nacional das Profissões Liberais (CNPL), em seu artigo 1º, parágrafo único, define o profissional liberal como “aquele legalmente habilitado à prestação de serviços de natureza técnico-científica de cunho profissional com a liberdade de execução que lhe é assegurada pelos princípios normativos de sua profissão, independentemente de vínculo da prestação de serviço”. Ressalta-se que todas as profissões já mencionadas (Tabela 1) permitem a atuação dos gestores como profissionais liberais, em consultórios, em clínicas ou no comércio, o que é uma realidade muito diferente da gestão em saúde.

Uma ferramenta importante para se gerir um CSF é já ter trabalhado como equipe de saúde da família, entretanto, apenas uma pequena parcela dos gestores tiveram esta experiência. É fundamental que o gestor esteja com um olhar voltado para as necessidades de saúde do território e da comunidade, especialmente se ele já possui vivência no mesmo, por permitir a resolução dos problemas com mais facilidade e propriedade.

Quando pensamos no tema da gestão, articulada à ESF, tomamo-la na perspectiva de compreendê-la como um instrumento do processo de trabalho em saúde, capaz de contribuir para a transformação da realidade dos serviços na direção de um modelo assistencial usuário centrado, e, enquanto tecnologia do trabalho em saúde, capaz de protagonizar mudanças e melhorar a vida do usuário. Isto porque a atividade de gestão, enquanto parte do processo de trabalho e enquanto instrumento, é considerada como uma ação interdisciplinar, na qual se fazem presentes determinações de ordem técnica, mas principalmente política, sendo necessária, dentro desta perspectiva, uma compreensão da dinâmica das relações político-econômico-sociais presentes na organização dos serviços de saúde dentro de um dado processo de trabalho (MISHIMA, 2003).

Conclui-se que para que haja um delineamento do perfil do gestor com capacidade para responder necessidades reais existentes nos territórios, é necessário inicialmente a implementação de estratégias de formação adequadas, uma vez que a maioria dos gestores atuou em áreas distintas da ESF, sabendo, contudo que estas serão somente um marco inicial para o desenvolvimento de qualidade.

Tabela 3 – Vínculo e ao acúmulo de atividades remuneradas

<b>Variáveis</b>	<b>N.</b>	<b>%</b>
<b>Vínculo empregatício</b>		
Cargo comissionado	13	65
Servidor público	6	30
Terceirizado	1	5
<b>Total</b>	<b>20</b>	<b>100</b>
<b>Acúmulo de atividades remuneradas</b>		
Sim	11	55
Não	9	45
<b>Total</b>	<b>20</b>	<b>100</b>
<b>Atividades</b>		
Plantões em hospitais	5	45,45
Professor	1	9,09
Bolsista	1	9,09
Não respondeu	4	36,36
<b>Total</b>	<b>11</b>	<b>100,00</b>

Fonte: dados primários da pesquisa.

A Tabela 3 informa os dados referentes ao vínculo empregatício dos gestores locais de saúde da pesquisa, que foi dividido em três categorias pelas respostas dos trabalhadores. A grande maioria de gestores (65%) foi contratada como cargo comissionado, 30% são servidores públicos e apenas um gestor é terceirizado.

Idealmente, todos os profissionais dos serviços de saúde deveriam ser selecionados mediante a realização de um concurso público, para que todos os interessados ao cargo possam ter igualitária oportunidade de acesso e principalmente para evitar que as vacâncias existentes nestas funções sejam preenchidas por nomeações de cargos em comissão ou indicação política.

Deste modo, torna-se importante esclarecer o que é um concurso público. De acordo com o jurista Meirelles (2007, p. 370),

Concurso público é um procedimento administrativo, aberto a todo e qualquer interessado que preencha os requisitos estabelecidos em lei, destinado à seleção de pessoal, mediante a aferição do conhecimento, da aptidão e da experiência dos candidatos, por critérios objetivos, previamente estabelecidos no edital de abertura, de maneira a proporcionar uma classificação de todos os aprovados.

No município de Fortaleza, até o período da realização do estudo, não houve concurso público para o preenchimento do quadro de gestores dos Centros de Saúde da Família. Ressalta-se, portanto, que, nesta pesquisa, todos os gestores que são servidores públicos foram deslocados de sua função anterior para assumirem este

novo cargo por um determinado tempo, passando, então, a receber uma gratificação especial.

Ainda de acordo o autor acima, “pelo concurso se afastam, pois, os ineptos e os apaniguados, que costumam abarrotar as repartições, num espetáculo degradante de protecionismo e falta de escrúpulos de políticos que se alçam e se mantêm no poder, leiloando empregos públicos” (MEIRELLES, 2007, p. 370).

Ressalta-se que a Constituição Federal do Brasil (CFB) estabeleceu outras duas regras excepcionais de permissão de acesso que são as nomeações para cargo em comissão, declarado em lei de livre nomeação e exoneração e os casos de contratação por tempo determinado para atender à necessidade temporária de excepcional interesse público.

No caso dos cargos em comissão, o inciso V do artigo 37 da nossa Carta Maior oferece os balizamentos para a efetivação do acesso: “as funções de confiança, exercidas exclusivamente por servidores ocupantes de cargo efetivo, e os cargos em comissão, a serem preenchidos por servidores de carreira nos casos, condições e percentuais mínimos previstos em lei, destinam-se apenas às atribuições de direção, chefia e assessoramento”.

Observa-se, portanto, que a contratação dos gestores locais de saúde por meio dos cargos comissionados não fugiu à regra constitucional, mas que nem por isso pode ser considerado algo que irá beneficiar os trabalhadores ou os serviços de saúde. Como a regra constitucional é clara, estas nomeações podem ser de livre nomeação e exoneração, destituindo os profissionais do direito a estabilidade e seus benefícios.

Além disto, um dos gestores da pesquisa é terceirizado. Definindo a terceirização como “um processo de gestão pelo qual se repassam algumas atividades para terceiros, com os quais se estabelece uma relação de parceria, ficando a empresa concentrada apenas em tarefas essencialmente ligadas ao negócio em que atua” (GIOSA, 1997, p. 14). Trata-se de um neologismo cunhado a partir da palavra “terceiro”, entendido como intermediário, que, caracteriza-se como uma técnica de administração através da qual se interpõe um terceiro, geralmente uma empresa, na relação típica de trabalho (CAVALCANTI JÚNIOR, 1999).

No que concerne à posição dos trabalhadores terceirizados, Pirota (2002, p. 10) afirma que:

A terceirização torna precária a situação do trabalhador de diversas maneiras: cria novas categorias profissionais menos organizadas, com sindicatos mais fracos e menor poder de barganha. Aumenta a rotatividade nos postos de trabalho, já que as empresas terceirizadas são contratadas por determinado período de tempo, nem sempre sendo renovado o contrato ao seu término. Expõe o trabalhador a fornecer sua força de trabalho para empresas com escasso patrimônio, sendo de difícil execução as sentenças trabalhistas contra tais empresas, em caso de inadimplência das obrigações trabalhistas e recurso do trabalhador ao judiciário.

Na administração pública, esta modalidade de contratação de recursos humanos está especificada em lei e deve seguir alguns fatores condicionantes, como por exemplo, a temporariedade do serviço (CHERCHGLIA, 1999). De acordo Cherschglia (1999), não há fundamento legal dessa modalidade de contratação temporária para preencher o quadro de funções permanentes. No nosso estudo, apesar de apenas 5% da amostra corresponder a esta modalidade de contratação, reforça-se que não há justificativas para que um gestor local de saúde, quadro de função sem prazo definido para conclusão, seja deste tipo.

De acordo com os dados apresentados pela pesquisa, observa-se que nos serviços de saúde há uma frequente utilização das formas enfraquecidas de emprego e de trabalho para os gestores locais de saúde, como o cargo comissionado e a terceirizado que negam as conquistas sociais do trabalho, generalizam os contratos temporários e abrandam a legislação trabalhista e a proteção social, implantando o salário relacionado ao desempenho.

A Tabela 3 também informa os dados referentes ao acúmulo de atividades remuneradas pelos gestores locais de saúde. Dos 20 participantes da pesquisa, 11 gestores (55% da amostra) referiram ter mais de uma atividade remunerada. Conforme foi mencionado anteriormente, a remuneração destes trabalhadores ainda é muito baixa, fazendo com que mais da metade deles recorram a outra atividade para sua sobrevivência, especialmente porque a maioria não possui vínculo empregatício. Dentre estas atividades mencionadas pelos trabalhadores, podemos citar os plantões em hospitais, correspondente a 45,45% da amostra, um profissional leciona (9,09%), um profissional é bolsista de mestrado (9,09%) e os demais não especificaram a atividade (36,36%).

A escolha dos profissionais em ter mais de uma atividade remunerada pode decorrer do sofrimento no trabalho advindo do *stress* e da ansiedade decorrentes do medo de perda do emprego, das relações de trabalho inseguras, do enfrentamento cada vez maior de responsabilidades no trabalho sem a contrapartida do aumento do salário ou da estabilidade no emprego. Além disso, pode haver uma insatisfação dos trabalhadores, advinda de uma participação e de uma autonomia restrita, em virtude dos cargos em comissão, definidos pela lógica do capital e da política.

O Quadro 3 apresenta os dados relativos às sugestões dos gestores quanto aos cursos/capacitações que facilitariam o trabalho nos seus territórios. Dentre as diversas possibilidades de cursos, o de gestão de recursos humanos foi o mais representativo nas respostas dos participantes da pesquisa, seguido pelo curso de gestão em saúde pública. Os demais foram mencionados por dois ou por apenas um gestor de saúde.

Ressalta-se, entretanto, que alguns destes cursos mencionados pelo pesquisados, já foram ofertados aos profissionais de saúde do município de Fortaleza, tanto aos gestores quanto aos demais trabalhadores dos CSF. Destes podemos citar acolhimento com avaliação e classificação de risco, humanização em saúde e mapas do SIAB. Em virtude de metade da amostra possuir tempo de serviço no cargo de gestor de menos

de quatro anos, possivelmente alguns não tiveram a oportunidade de estarem participando destas capacitações, e por isso, mencionaram sua necessidade.

Quadro 3 – Sugestões de atividades/cursos que facilitariam o trabalho no território

<b>Atividades/cursos</b>	<b>F</b>
Curso de gestão de pessoas e recursos	8
Curso de gestão em saúde pública	6
Curso de vigilância epidemiológica	2
Curso de acolhimento com avaliação e classificação de risco	2
Curso sobre Estratégia Saúde da Família	2
Curso de monitoramento	1
Qualidade total	1
Capacitações sobre direitos e deveres dos servidores	1
Curso de dinâmicas de grupo	1
Curso de humanização em saúde	1
Curso de imunização	1
Curso sobre coordenação de serviços de saúde	1
Curso sobre os mapas do SIAB	1

Fonte: dados primários da pesquisa.

Ressalta-se, entretanto, que alguns destes cursos mencionados pelo pesquisados, já foram ofertados aos profissionais de saúde do município de Fortaleza, tanto aos gestores quanto aos demais trabalhadores dos CSF. Destes podemos citar acolhimento com avaliação e classificação de risco, humanização em saúde e mapas do SIAB. Em virtude de metade da amostra possuir tempo de serviço no cargo de gestor de menos de quatro anos, possivelmente alguns não tiveram a oportunidade de estarem participando destas capacitações, e por isso, mencionaram sua necessidade.

O que os estudos têm demonstrado, entretanto, é que a realização de cursos ou capacitações pontuais não produzem resultados impactantes nos serviços de saúde, porque, muitas vezes, as necessidades de cada território são muito diferenciadas, e a generalização dos conteúdos não promove a identificação com as propostas apresentadas nestes cursos. A necessidade de adequação profissional exige modificações nas capacitações, pois, muitas vezes, os cursos, treinamentos e outras modalidades de educação ocorrem desarticulados do contexto dos serviços e nem sempre respondem às necessidades dos gestores e trabalhadores.

A educação em saúde, ao longo dos tempos, vem sendo repensada no sentido de mudar as práticas pedagógicas persuasivas, com transmissão verticalizada de informações, negação da subjetividade do educando e autoridade do educador para práticas que possam desenvolver a autonomia dos sujeitos, e este novo modo de educar na saúde está baseado num conceito educação permanente em saúde.



Inicialmente, definiremos o conceito de educação permanente, adotado como um contínuo de ações de trabalho-aprendizagem, que ocorre em um espaço de trabalho/produção/educação em saúde, que parte de uma situação existente (geralmente uma situação-problema), e se dirige a superá-la, a mudá-la, a transformá-la em uma situação diferente e desejada (BRASIL, 2005).

Já a educação permanente em saúde oferece à gestão do sistema, das unidades e das equipes elementos, recursos e estratégias pedagógicas que são fundamentais para a produção de mudanças de pensamentos e práticas, uma vez que não trabalha com problemas abstratos nem trata os problemas de maneira genética ou geral, uma vez que em cada território o sistema de saúde está organizado de maneira diferente, dispõe de recursos e conta com profissionais diferentes, por isso as capacitações em massa podem não ser resolutivas para as problemáticas locais de saúde.

Isto porque a implementação de projetos não depende somente das intenções de quem está gerindo o serviço, mas do interesse em realizar as ações por parte dos trabalhadores de saúde. Deste modo a participação de todos os atores é fundamental para que as estratégias de enfrentamento dos problemas idealizadas sejam colocadas em prática da melhor maneira possível. Para Vygotsky (1998), autor do campo da educação, a construção do conhecimento é uma interação mediada por várias relações, portanto, a construção do conhecimento não é uma ação do sujeito sobre a realidade, mas sim pela mediação feita por outros sujeitos.

Deste modo, seguindo a mesma linha de pensamento, a aprendizagem decorre da interação com os diversos sujeitos entre si, e não somente das ações de um sujeito sobre sua realidade.

Conclui-se, portanto, que a realização de cursos/capacitações por si só não garante que os gestores apreendam os conteúdos necessários para uma melhor atuação nos seus territórios, trata-se de uma questão multicausal e que vai além da participação destes nestas atividades pontuais.

### Considerações finais

Sintetizando o processo de reflexão que conduziu a produção desse trabalho, considera-se importante assinalar um conjunto de apreciações relativas ao perfil e análise das necessidades de formação dos gestores locais de saúde da Regional V de Fortaleza.

Certamente, mais importante que as apreciações positivas e negativas que se podem concluir das questões apresentadas serão os pontos que permitirão o desenvolvimento de um conjunto de medidas que possibilitem capitalizar os aspectos positivos identificados na redução das fragilidades encontradas, de modo que se estruturam e se consolidem políticas para o desenvolvimento e qualificação dos gerentes que compõem serviços de saúde do SUS de Fortaleza.

Sistema de saúde este que, desde sua implantação, gerou e gera mudanças diárias na condução das práticas de saúde. Ressalta-se que a formação dos profissionais de saúde é uma destas áreas que ainda necessita de diversas transformações, que vão desde os currículos das universidades, bem como os cursos de Pós-Graduação, tudo isto com o intuito de favorecer o desenvolvimento de competências técnicas e de promover a satisfação do profissional com o seu trabalho.

Os gestores dos CSF do município de Fortaleza, nesse enfoque, demandam por competência gerencial, o “FAZER” e o “SABER FAZER” para evitar desperdícios e produzir respostas às necessidades apresentadas pela população adscrita ou que acessa a unidade de saúde que se encontra em sua responsabilidade. Sendo uma das dimensões importantes o comprometimento com a tarefa organizacional e o trabalho de envolver todos os trabalhadores nessa tarefa. Fazer com que cada um desempenhe seu papel, mas assuma um compromisso conjunto de produzir um serviço de saúde que satisfaça às necessidades da população.

Além disso, é importante que o gestor seja flexível para lidar com as mudanças no processo produtivo, enfrentar imprevistos (incidentes/eventos). No modelo de competências, importa não só a posse dos saberes disciplinares escolares ou técnico-profissionais, mas a capacidade de mobilizá-los para resolver problemas e enfrentar os imprevistos na situação de trabalho, além de sua articulação a outros saberes presentes no cotidiano das unidades de saúde que não foram disciplinados. Os componentes não organizados da formação, como as qualificações tácitas ou sociais e a subjetividade do trabalhador, assumem extrema relevância.

O perfil dos profissionais da pesquisa confirma a tendência da feminização da força de trabalho na área da saúde, com predomínio de enfermeiras. Também revela que apenas 40% dos gestores realizaram alguma formação na área da gestão, desde capacitações pontuais ou até mesmo curso de especialização. Além disto, a maioria nunca teve experiência como gestor em outros municípios, e metade deles trabalhou como empregado de empresa privada antes de assumirem a função atual. Estes profissionais, em sua maioria, não têm vínculo empregatício, e recebem baixos salários e muitos realizam mais de uma atividade remunerada.

Estes profissionais precisam manter-se atualizados, atentos aos contextos local e global. Deste modo, eles apresentaram os cursos que consideraram importantes para melhorarem a qualidade da dos serviços que realizam. A presença de um profissional habilitado para gerir é fator que favorece o direcionamento correto dos recursos humanos e materiais, já que o mesmo é quem deve coordenar, orientar e supervisionar os demais.

Quanto à gestão na rede de atenção primária de Fortaleza, é urgente repensar a sua prática, buscando superar os fatores que possam ocasionar seu baixo desempenho, como os baixos salários e a falta de vínculos empregatícios, bem como a baixa qualificação do seu pessoal, deixando de considerar que a existência de recursos, por si

só, não garante a qualidade dos serviços. Os modos de gestão devem dialogar com os modos de atender/cuidar. Desenvolver um olhar atento para os sujeitos implicados e que no cotidiano operam a atenção. A Formação deve pautar-se por uma política de gestão participativa que além de indicadores reconheça marcadores de um processo de produção de saúde.

Um sistema eficaz de identificação das necessidades de qualificação dos gestores de território, de modo que seja aplicado de forma sistemática e regular para que o aperfeiçoamento seja ascendente e contínuo.

## Referências

ARAÚJO, C. E. L.; PONTES, R. J. S. Constituição de sujeitos na gestão em saúde: avanços e desafios da experiência de Fortaleza (CE). *Ciênc. saúde coletiva*, Rio de Janeiro, v. 17, n. 9, set. 2012.

BRASIL. Ministério da Saúde. *Curso de Formação de facilitadores de educação permanente em saúde*: unidade de aprendizagem-análise do contexto da gestão e das práticas da saúde. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2005.

CAMPOS, G. W. S. *Um método para análise e co-gestão de coletivos*. 2. ed. SP: Hucitec, 2005.

\_\_\_\_\_. *O anti-Taylor e o método Paidéia*: a produção de valores de uso, a construção de sujeitos e a democracia institucional. 2000. Tese (Livre Docência) – Faculdade de Ciências Médicas, Universidade de Campinas, Campinas, SP, 2000.

CAVALCANTE JÚNIOR, O. Sistema recursal trabalhista: uma visão otimista. In: SCAFF, F. F. (Coord.). *Ordem econômica e social*: estudos em homenagem a Ary Brandão de Oliveira. São Paulo: LTr, 1999. p. 302-316.

CHERCHIGLIA, M. L. Terceirização do trabalho nos serviços de saúde: alguns aspectos conceituais, legais e pragmáticos. In: SANTANA, J. P.; CASTRO, J. L. (Eds.). *Capacitação em desenvolvimento de recursos humanos de saúde*: CADRHU. Natal: UFRN, 1999. p. 361-385.

FORTALEZA. *Plano Municipal de Saúde de Fortaleza (2010-2013)*: uma construção coletiva. Fortaleza, 2011. Disponível em: <[http://www.sms.fortaleza.ce.gov.br/images/stories/publicacoes/relatorios\\_de\\_gestao/plano\\_municipal\\_de\\_saude\\_2010-2013.pdf](http://www.sms.fortaleza.ce.gov.br/images/stories/publicacoes/relatorios_de_gestao/plano_municipal_de_saude_2010-2013.pdf)>. Acesso em: 15 mar. 2013.

\_\_\_\_\_. Secretaria Municipal de Saúde. *Relatório de Gestão 2009*. Fortaleza, 2009.

\_\_\_\_\_. Secretaria Municipal de Saúde. *Relatório de Gestão 2008*. Fortaleza, 2008.

GIOSA, L. A. *Terceirização*: uma abordagem estratégica. São Paulo: Pioneira de Administração e Negócios, 1997.

LEITE, B. V.; GODOY, I. C. S. A.; ANTONELLO, C. S. O aprendizado da função gerencial: os gerentes como atores e autores do seu processo de desenvolvimento. *Aletheia*, 2006. Disponível em: <[http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=1150134600\\_04](http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=1150134600_04)>. Acesso em: 19 fev. 2014.

LOPES, M. J. M.; LEAL, S. M. C. A feminização persistente na qualificação profissional da enfermagem brasileira. *Cad. Pagu*, São Paulo, n. 24, p. 105-125, jan./jun. 2005.

MEIRELLES, H. L. *Direito administrativo brasileiro*. 33. ed. São Paulo: Malheiros, 2007.

MISHIMA, S. M. *A gerência de serviços de atenção primária à saúde como instrumento para reorganização da assistência a saúde – o caso do Programa Saúde da Família*. 2003. Tese (Livre Docência) – Universidade de São Paulo, Ribeirão Preto, SP, 2003.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DE SAÚDE. *La Enfermería más allá del año 2000*: informe de un grupo de estudio de la OMS. Ginebra, 2000.

PIROTTA, W. R. B. O impacto da flexibilização das leis trabalhistas sobre as condições da mulher. In: ENCONTRO DA ASSOCIAÇÃO BRASILEIRA DE ESTUDOS POPULACIONAIS, 13., 4 a 8 de novembro de 2002, Ouro Preto, MG. **Trabalho apresentado...** Ouro Preto, MG: ABEP, 2002.

POLIT, D. F.; BECK, C. T.; HUNGLER, B. P. *Fundamentos de pesquisa em enfermagem: métodos, avaliação e utilização*. 5. ed. Porto Alegre: Artmed, 2004.

ROBBINS, S. P. *Comportamento organizacional*. Tradução técnica de Reynaldo Marcondes. 9. ed. São Paulo: Prentice Hall, 2002.

SANTOS, A. S. S.; MIRANDA, S. M. R. C. (Orgs.). *A enfermagem na gestão em atenção primária à saúde*. Barueri: Manole, 2007.

STARFIELD, D. B. *Atenção primária: equilíbrio entre necessidades de saúde, serviços e tecnologia*. Brasília: Unesco/Ministério da Saúde, 2002.

YVOTSKY, L. L. *Linguagem, desenvolvimento e aprendizagem*. São Paulo: Icone, 1998.

## PELO REENCANTAMENTO DO TERRITÓRIO: UMA VIVÊNCIA DE PROMOÇÃO DA SAÚDE ORIENTADA PELA CULTURA DE PAZ

*Noraney Alves Lima,*

*Ingrid Freire Silva,*

*Raila Souto Pinto Menezes,*

*Maria de Fátima Antero Sousa Machado,*

*Maria Socorro de Araújo Dias.*

### Introdução

O ideário da promoção da saúde orienta-se pela visão de saúde que considera as diversas causas do binômio saúde-doença (AZEVEDO, PELICIONI E WESTPHAL, 2012). Promoção da saúde é considerada um componente importante das políticas e programas do sistema público em todos os países na busca de equidade e saúde de qualidade para todos (LOPES e col., 2010). No Brasil, a promoção da saúde trouxe a reflexão sobre a criação e a luta que foi travada pela melhoria do Sistema Único de Saúde - SUS (CAMPOS, et al. 2004).

Após vários movimentos internos, o estado brasileiro editou, em 30 de setembro de 2006, pela primeira vez uma política nacional de promoção da saúde – PNPS, por meio da portaria nº 687, de 30 de março de 2006. Entre os objetivos centrais de promover a qualidade de vida, o texto da política destacava: favorecer a preservação do meio ambiente e a promoção de ambientes saudáveis e estimular a adoção de modos de viver não-violentos e o desenvolvimento de uma cultura de paz (BRASIL, 2010).

A PNPS passou por um processo amplo de discussão e redefinição, tendo sido publicada a “nova” PNPS em 11 de novembro de 2014, por meio da portaria nº 2.446 (BRASIL, 2014). Nesta encontra-se destacado os princípios adotados, as diretrizes, os

objetivos, os temas transversais, os temas prioritários, os eixos operacionais. Para fins deste estudo elegemos as normativas relacionadas ao território e a cultura de paz, por serem estas categorias centrais para o objeto deste estudo.

No seu estudo acerca da governamentalidade e os dispositivos de segurança, a partir da estruturação do território e a constituição da população, Foucault (2008) abordou as relações entre o território e o meio, em alguns projetos e algumas urbanizações reais de cidades do século XVIII, que já tinham um soberano do território, como:

(...) arquiteto do espaço disciplinado e regulador de um meio, no qual não se trata tanto de estabelecer os limites, as fronteiras, no qual não se trata tanto de determinar localizações, mas, sobretudo, essencialmente de possibilitar, garantir, assegurar circulações de pessoas, de mercadorias, do ar, etc.

Santos (1998), defende a necessidade de uma constante revisão histórica da noção de território, para afastarmos o risco da alienação, com a perda de sentido da existência individual e coletiva. Neste sentido afirma, que *“É o uso do território, e não o território em si mesmo, que faz dele objeto de análise social.”* (SANTOS, 1998, p. 15).

A territorialidade é assumida como um dos princípios da PNPS e registra-se que esta:

(...) diz respeito à atuação que considera as singularidades e especificidades dos diferentes territórios no planejamento e desenvolvimento de ações intra e intersetoriais com impacto na situação, nos condicionantes e nos determinantes da saúde neles inseridos, de forma equânime. (BRASIL, 2014)

No que concerne às diretrizes, destaca-se:

(...) o fomento ao planejamento de ações territorializadas de promoção da saúde, com base no reconhecimento de contextos locais e respeito às diversidades, para favorecer a construção de espaços de produção social, ambientes saudáveis e a busca da equidade, da garantia dos direitos humanos e da justiça social (BRASIL, 2014)

A promoção da cultura de paz em comunidades, territórios e Municípios está presente nos objetivos. E, entre os temas transversais da PNPS encontram-se:

(...) ambientes e territórios saudáveis, que significa relacionar o tema priorizado com os ambientes e os territórios de vida e de trabalho das pessoas e das coletividades, identificando oportunidades de inclusão da promoção da saúde nas ações e atividades desenvolvidas, de maneira participativa e dialógica (BRASIL, 2014)

Já entre os temas prioritários, identifica-se a Promoção da mobilidade segura, e nesta a:

(...) promoção da cultura da paz e de direitos humanos, que compreende promover, articular e mobilizar ações que estimulem a convivência, a solidariedade, o respeito à vida e o fortalecimento de vínculos, para o desenvolvimento de tecnologias sociais que favoreçam a mediação de conflitos, o respeito às diversidades e diferenças de gênero, de orientação sexual e identidade de gênero, entre gerações, étnico-raciais, culturais, territoriais, de classe social e relacionada às pessoas com deficiências e necessidades especiais, garantindo os direitos humanos e as liberdades fundamentais, articulando a RAS com as demais redes de proteção social, produzindo informação qualificada e capaz de gerar intervenções individuais e coletivas, contribuindo para a redução das violências e para a cultura de paz (BRASIL, 2014)

Finalmente, no Art. 9º da PNPS são descritos os eixos operacionais, registrados como estratégias para concretizar ações de promoção da saúde, respeitando-se valores, princípios, diretrizes e objetivos; dentre estas encontra-se a territorialização.

O recorte feito da PNPS tem a intencionalidade de evidenciar a intrínseca e necessária relação entre a promoção de uma cultura de paz no interior de um território vivo vislumbrando a promoção da saúde. Compreende-se que a promoção da saúde representa uma estratégia promissora para enfrentamento de vários problemas que acometem distintas populações (LIRA, et al. 2009). Dentre estes problemas, encontram-se as violências e suas várias formas de manifestação.

A violência é um problema social e de saúde pública que está alcançando uma dimensão, que afeta toda a sociedade, afetando as pessoas em diferentes períodos de vida. É responsável por adoecimentos, perdas e mortes, provocando danos físicos, emocionais e/ou espirituais a si, ao outro e ao meio (BRASIL, 2005).

As violências, ao lado dos acidentes e das doenças crônicas e degenerativas, configuram um novo perfil de problemas de saúde no Brasil e no mundo. Segundo Buss e Pelegrinni Filho (2007), a violência como fenômeno sócio-histórico multidimensional, está relacionada aos diversos níveis de fatores da determinação social da saúde, de forma que exige políticas públicas intersetoriais/transetoriais e a articulação de redes sociais de promoção da cultura de paz. No seu estudo sobre as redes na sociedade contemporânea, Castells (2000) conceitua rede como um conjunto de nós que se encontram interconectados. Baseando-se neste conceito, Njaine *et al* (2007) afirma que:

(...) as redes são estruturas abertas que podem se expandir infinitamente, formando novos nós. Para integrar uma rede como uma estrutura dinâmica, é imprescindível que seus integrantes estabeleçam uma ligação entre si, compartilhem valores e objetivos comuns, decodificáveis em um processo de comunicação. (CASTELS *apud* NJAINE, 2007, p. 1314)

Em 2006, a Prefeitura Municipal de Sobral, em parceria com a Escola de Formação em Saúde da Família e o Núcleo de Prevenção de Violências e Promoção da Saúde, desenvolveu um processo de mobilização e articulação intersetorial, para reorganização da estratégia de promoção da cultura de paz na família. A partir de uma pesquisa realizada junto às Equipes da Estratégia Saúde da Família sobre o funcionamento das comissões de prevenção da violência contra a criança e o adolescente, implantadas em 2005, foram criadas as Comissões de Promoção da Cultura de Paz na Família – COM-PAZ em sete macroáreas da sede do Município. Esta experiência do Grupo de Trabalho intersetorial foi desenvolvida no período de 2006 à 2011.

Considerando que a saúde e a segurança são necessidades que precisam ser satisfeitas para que as pessoas vivam com dignidade, os ministérios da Justiça e da Saúde assinaram, no ano de 2008, um Acordo de Cooperação Técnica. Tal acordo visa o desenvolvimento de ações conjuntas e coordenadas da Estratégia Saúde da Família – ESF, e do Programa Nacional de Segurança Pública com Cidadania – Pronasci, na prevenção da violência e na promoção da segurança pública nas áreas de abrangência das equipes de Saúde da Família. Através da construção do território da paz, como espaço onde é realizada, de forma articulada, uma série de serviços sociais, de saúde e de segurança pública, capazes de promover a saúde, prevenir a violência e valorizar a cidadania (BRASIL, 2009). Para tanto, essa estratégia parte da concepção que:

A paz é um fenômeno complexo que envolve a construção de uma estrutura e de relações sociais em que exista justiça, igualdade, respeito, liberdade, e pela ausência de todo o tipo de violência. Está relacionada ao desenvolvimento, aos direitos humanos, à diversidade e à cooperação de pessoas, grupos ou nações (BRASIL, 2009).

Neste sentido, compreendemos que a Cultura de Paz como um conjunto de valores, atitudes, tradições, comportamentos e estilos de vida, baseados no respeito pleno à vida e na promoção dos direitos humanos e das liberdades fundamentais, que propiciam o fomento da paz na perspectiva da transformação da realidade social (ONU, 1999).

Desde o lançamento do Manifesto 2000 por uma cultura de paz e não-violência, são difundidos os princípios da cultura de paz propostos por ganhadores do Prêmio Nobel da Paz, quais sejam: Respeitar a vida; Rejeitar a violência; Ser generoso; Ouvir para compreender; Preservar o planeta e Redescobrir a solidariedade. Ainda assim, confronta-se diariamente com situações que violentam o homem e que, ao violentá-lo, muitas vezes, violenta também o seu território. Neste contexto, determinados territórios periféricos, com populações vulneráveis, costumam ser estigmatizados como territórios violentos.

Bonfim (2010) toma a afetividade como um indicador de ética e cidadania, considerando o sentir como referência para compreender a cidade, implicar-se com a trans-



formação do seu modo de viver no cotidiano e orientar a potência de ação. Conforme aponta:

Extrapolando para o cotidiano na cidade, a afetividade não é só o vínculo do habitante com seu lugar, mas todos os sentimentos e emoções que, em seu conjunto, demandam disposições afirmativas ou negativas, positivas ou negativas, que configuram uma afetividade em relação ao espaço construído e vivido. (BONFIM, 2010, p. 55).

A referida autora lembra que a intervenção na comunidade não pode ser entendida somente pelo ponto de vista das determinações sociais e materiais, mas também por aquelas que alcancem as dimensões sensíveis da emoção e dos sentimentos como orientadores das ações cotidianas.

Neste sentido, a relação entre os sujeitos e destes com o seu entorno podem apresentar manifestações e expressão nos resultados da saúde territorial. Adicionalmente, a territorialização é considerada como uma atividade essencial e que deve ser realizada de forma permanente, para o desenvolvimento do planejamento das ações das equipes da Estratégia Saúde da Família.

No processo de territorialização da XI Turma da Residência Multiprofissional em Saúde da Família da Escola de Formação em Saúde da Família Visconde Sabóia/Universidade Estadual Vale do Acaraú; a equipe do Centro de Saúde da Família do Alto da Brasília identificou entre os problemas prioritários do seu território: as doenças e os agravos consequentes do destino inadequado do lixo.

A análise dos determinantes e condicionantes, a partir da observação e escuta qualificada de diferentes segmentos no planejamento das ações para a quadra invernal, sinalizou para o crescimento do fenômeno das violências presente no território. O estigma sofrido pelo bairro, por uma visão discriminatória e reducionista como espaço violento e perigoso, é introjetado e reproduzido pela população, incidindo na fragilidade da identidade de lugar e na baixa autoestima, assim como na baixa estima coletiva. Tais sentimentos incidem sobre a relação da população com seu território, comprometendo não só seu autocuidado, mas também o cuidado do outro e do meio, que por sua vez naturaliza a reprodução da cultura de violência.

Assim, compreendemos que tais fatores estão entre as determinações sociais da questão socioambiental, particularmente no que diz respeito ao destino inadequado do lixo, que por sua vez tem gerado riscos para a infestação de dengue e o aumento das doenças diarreicas no referido território. Segundo Milton Santos(1998),

“a natureza é histórica... inclusive o chamado “meio ambiente” e seu valor “local” é relativo, ou em todo caso, relativizado.”(SANTOS, 1998, p. 15).

Em seu estudo acerca da atuação interdisciplinar na questão ambiental, Sauer(2012) destaca que:

A questão ambiental é reconhecida atualmente como uma problemática de caráter predominantemente social e político. É social, visto que o homem se constrói e se constitui como tal neste espaço; e faz parte do meio ambiente, convivendo com todos os demais seres vivos concomitantemente, construindo-o e modificando-o ao longo dos anos, uma vez que nenhuma forma de vida existe à parte do sistema a que pertence; é político, pois depende em muito das decisões e ações das quais nos valemos diariamente, da forma como nos relacionamos com a natureza. Assim, “meio ambiente” não é um espaço exterior ao homem, com o qual não se tem nenhuma relação ou responsabilidade; ao contrário, nós – seres humanos – somos o meio ambiente, assim como todas as outras vidas deste planeta.

Diante desta inferência, elegeu-se para este estudo, realizar um projeto de intervenção, como estratégia de mobilização da comunidade do Território Alto da Brasília para o reencantamento da população pelo seu território e a ressignificação das suas relações consigo, com o outro e com o meio.

## Objetivo

Contribuir para a promoção da saúde e da cultura de paz no território do Alto da Brasília, no Município de Sobral-CE visando a articulação de uma rede intersetorial e desencadeando um processo de revitalização dos espaços públicos do território do Alto da Brasília.

## Métodos

O projeto Cultura de Paz pelo Reencantamento do Território fundamenta-se no marco legal da Declaração Universal dos Direitos Humanos, da Declaração e Programa de Ação sobre uma Cultura de Paz, nos Tratados Internacionais e nas Legislações Sociais do Brasil, especialmente nos princípios e diretrizes do Sistema Único de Saúde, da Política Nacional de Promoção da Saúde e nos princípios da Cultura de Paz. Tendo como referenciais teórico-metodológicos, técnico-operativos e ético-político o planejamento participativo; a educação popular em saúde proposta por Freire (1987); a educação para a cultura de paz proposta pelo Manifesto 2000 (DISKIN & ROIZMAN, 2008), inspiradas pela concepção das três ecologias propostas por Guattari (2001).

Este estudo se insere na modalidade de estudos de intervenção, no qual desenvolveu-se atividades de mobilização comunitária, estimulando a articulação de rede social e a construção do protagonismo popular na promoção da saúde.

As intervenções nascem do desejo de mudança, ou seja, são as pontes entre o desejo e a realidade. Partem, por conseguinte, de um diagnóstico situacional sobre de-

terminada problemática e buscam contribuir para resolver, minimizar e propor mudanças nessa realidade. As ações podem ser individuais, do ponto de vista profissional, ou multiprofissional, quando o problema selecionado assim o exigir (PAZ et al, 2013).

Assim, a concepção de intervenção adotada neste estudo se aproxima do entendimento de que há um problema identificado no território e que necessita de uma ação interventiva para a sua resolução e de uma reflexão acerca do processo realizado. Ao abordar o processo de territorialização, Santos e Rigotto (2011) advertem que:

(...) por vezes, a estratégia da territorialização em saúde, sobretudo no contexto das ações da Atenção Básica à Saúde, reduz bastante a potência analítica e a eloquência descritiva acerca das inúmeras características da vida das pessoas que emergem num dado território. Em verdade, a operacionalização da categoria 'território' por parte dos profissionais do SUS, vem sendo tratada de forma parcial, de modo que o conceito de espaço, consagrado a fins administrativos, que se voltam para a dimensão gerencial dos serviços de saúde, tem limitado seu potencial e suas possibilidades na identificação de questões de saúde e das correspondentes iniciativas de intervenção concreta na realidade cotidiana das coletividades humanas (SANTOS & RIGOTTO, 2011).

O referido projeto teve como cenário de atuação o território do Alto da Brasília, que apresenta um contexto marcado pela vulnerabilidade e exclusão social, particularmente no Conjunto Paraíso das Flores. Foi desenvolvida como principal estratégia a articulação de rede social intersetorial. O contexto vivenciado é de pouca utilização dos espaços sociais, como praças e campos de futebol, devido ao encaminhamento de lixo para estas áreas, inviabilizando ou tornando desagradável a permanência nestes locais.

Apesar de ainda haver subnotificação dos casos de violências físicas e psicológicas exercidas entre pequenas formações grupais e entre alguns membros da comunidade, este fenômeno é vivenciado e relatado no cotidiano pelos que trabalham ou habitam o território. Diante disso, foram resgatadas algumas ações da Comissão de Promoção da Cultura de Paz na Família – COMPAZ, para difundir e vivenciar os princípios da cultura de paz.

A partir da problematização desta realidade no processo de territorialização, se percebeu a necessidade de desenvolver ações de promoção da saúde e da cultura de paz, para melhoria da qualidade de vida e da autoestima coletiva, com vistas a redução dos riscos e vulnerabilidades relacionados à dengue e às doenças infectocontagiosas.

Estas ações foram coproduzidas pelos seguintes sujeitos: Equipe do CSF Alto da Brasília, tutora de território, residentes de da IX turma de Residência Multiprofissional em Saúde da Família (RMSF), acadêmicas de Serviço Social e de Fisioterapia, as profissionais do Núcleo de Apoio à Saúde da Família (NASF), o supervisor do controle de endemias e os integrantes do comitê de lideranças do bairro. Além de contar com

a participação de representantes do Centro de Referência da Assistência Social, da Secretaria de Desenvolvimento Urbano, do Banco de Mudas, da Guarda Municipal, do Centro de Zoonoses e da Universidade Estadual Vale do Acaraú (UVA).

Vale ressaltar, que este projeto foi sistematizado e facilitado pela equipe de mes-trandas em Saúde da Família da Rede Nordeste de Formação em Saúde da Família (RENASF), nucleadora UVA, enquanto atividade de prática na comunidade do módulo de Promoção da Saúde.

Foram utilizadas como estratégias metodológicas as oficinas de planejamento participativo de ações intersetoriais, as rodas de conversa e o método de co-gestão da roda. Entre as ações desenvolvidas pelo projeto estão: Reunião da equipe para construção da proposta e identificação dos potenciais parceiros; Encontro de planejamento intersetorial da ação na Reunião do Comitê de Lideranças do Território; Rodas de Quarteirão com moradores do bairro sobre cultura de paz, educação ambiental e combate à dengue; Oficinas na escola sobre os princípios da cultura de paz e educação ambiental; Construção de cartazes sobre os princípios da cultura de paz e promoção da saúde e adereços para a caminhada; Mapeamento e limpeza de espaços públicos e de terrenos baldios; Plantação de mudas nos terrenos baldios, praças e jardim do CSF; Revitalização de praças e campos de futebol; Caminhada Cantada e Ciranda pela Paz; Mutirão da Paz.

O processo de avaliação aconteceu de forma permanente através da observação participante, com registro em diário de campo e imagens, além do *feedback* dos participantes das atividades. Neste sentido, serão monitorados os seguintes indicadores de processo: Quantitativos: número de atividades realizadas, número de parceiros envolvidos e número de participantes por atividade; Qualitativos: objetivos das atividades alcançados, nível de participação dos usuários, nível de satisfação dos envolvidos.

Quanto aos indicadores de resultado, consideramos os seguintes: Quantitativos: número de pessoas participantes nas oficinas, número de terrenos baldios limpos, número de mudas plantadas e praças contempladas, percentual de notificações de violências; Qualitativos: objetivos do projeto alcançados, ampliação e fortalecimento das relações da rede local, nível de participação dos parceiros e nível de satisfação dos parceiros.

Os registros dos momentos vivenciados subsidiaram o monitoramento, avaliação e retroalimentação do projeto, assim como a produção de um vídeo e as discussões deste trabalho, as quais estão sustentadas na literatura e nas políticas relativas às temáticas trabalhadas.

## Resultados e discussão

Entre os resultados alcançados com o desenvolvimento das ações, destacamos: a ampliação da visão da produção social dos processos saúde-doença no território

através da relação dialógica entre saberes e da construção coletiva de novas práticas interdisciplinares e de protagonismo popular; a superação da lógica preventivista e campanhista nas ações da quadra invernososa, especialmente no combate à dengue; o resgate e o fortalecimento da rede local da promoção da cultura de paz; a promoção das condições objetivas e subjetivas para a melhoria da qualidade de vida, através da ação sobre os determinantes sociais para a prevenção e controle das doenças relacionadas ao destino inadequado do lixo; a educação permanente em saúde das equipes do CSF, NASF, RMSF, MPSF e dos acadêmicos(as) que realizavam vivências no referido território.

Compreendemos que, nesta experiência a *interdisciplinaridade* se reafirmou como um método e uma prática para a produção de conhecimento, utilizada de modo integrante na explicação e solução dos complexos problemas de saúde ambiental e de desenvolvimento. Assim, foi possível vivenciar, no campo da promoção da saúde, uma problematização, que induz processos de internalização de determinados princípios, valores e saberes advindos de várias disciplinas que lhes dão sustentação, tais como a epidemiologia, a clínica, a sociologia, a antropologia, a política, a economia, entre outras (CATÃO, 2008).

Além disso, destacamos a importância da educação popular em saúde, através da qual nos orientamos a partir do conhecimento prévio dos Agentes Comunitários de Saúde e dos usuários, dos saberes das lideranças e das experiências da comunidade, para problematizar coletivamente a realidade do território. Canguilhem (1990) citado por Arantes *et al* (2008), adverte que aceitar um determinado conceito ou idéia de saúde implica escolher certas intervenções sobre o corpo e a vida dos sujeitos e implica, ao mesmo tempo, na redefinição do espaço onde se exerce o controle administrativo dos indivíduos, entendidos como grupo humano, como população. Nesta perspectiva, o conceito positivo e ampliado de saúde possibilita que se reflita sobre o processo social de sua produção, a partir da mobilização de conhecimentos interdisciplinares e práticas intersectoriais, no sentido de ações que estimulem e promovam a saúde. Assim, a referida autora argumenta que:

É neste sentido que o movimento de promoção da saúde busca formas de operacionalização da perspectiva positiva da saúde, por meio da articulação de saberes técnicos e populares, institucionais e comunitários, públicos e privados, agindo sobre os determinantes gerais da saúde e da qualidade de vida. Incluindo aí os cenários econômicos, políticos e sociais onde vivem os indivíduos e as populações concretas.

Amparados em Lefevre (1999), compreendemos que o movimento social, os usuários e o Estado só podem ter uma práxis enquanto sujeitos da promoção da saúde se romperem com o modelo bio-médico e consumista de conceber e praticar saúde, que ainda é hegemônico na realidade brasileira.

Confluiu nesta perspectiva, a participação ativa das esferas da população: usuário, família e comunidade além dos gestores. Desta forma, a produção social para promover o protagonismo popular, desencadeando e operacionalizando ações e serviços, que objetivam a melhoria de vida. Tais experiências singularizam a promoção da saúde como estratégia de redução da vulnerabilidade, na qual estão expostos os sujeitos e conclamam a participação e o controle social (BRASIL, 2010).

Aprendemos que a materialização da política de promoção da saúde requer um esforço intersetorial e interdisciplinar organizado. Compartilhamos e disseminamos a ideia da participação da comunidade, como condição fundamental para sua efetivação. Sobre isto, corrobora-se com Augusto *et al* (2011) ao abordarem que um dos princípios das intervenções em promoção da saúde é a participação comunitária em todas as fases de planejamento, desenvolvimento e realização das atividades. Em que se valorizem o respeito às crenças, valores, significados e os objetivos da população.

Por outro lado, destacamos o estímulo ao fortalecimento da identidade de lugar e da autoestima coletiva, tomadas como importante estratégia para desencadear a mudança de atitude da comunidade na corresponsabilização pelo cuidado com os espaços públicos do território. Além disso, o reconhecimento e a disseminação das iniciativas do protagonismo popular, que podem reforçar a participação e a resiliência comunitária.

Para Bonfim (2010), a afetividade no encontro do cidadão com a cidade pode ser traduzida pela apropriação, enquanto sentimento de pertencimento que transforma o espaço em lugar, com o qual se identifica e se implica para promover seu cuidado e sua transformação. Assim, a racionalidade ético-afetiva é experienciada quando ocorre um movimento criativo-dialético de recriação permanente de sentido, para o cotidiano da existência coletiva. Desta forma, a afetividade está relacionada à participação cidadã e a potência de ação para reabilitar o urbano a partir do resgate de valores e do bom conceito de cidade para restituí-la à estima pública.

Observamos a construção de vínculos entre; a ampliação da percepção das possibilidades de articulação da rede local, pela difusão dos princípios e diretrizes da promoção da cultura de paz e a coprodução do cuidado de si, do outro e do meio. Para Guattari(1992), a refundação do político e de uma nova subjetividade deverá passar pelas dimensões estéticas e analíticas que estão implicadas nas três ecologias: do meio, do *socius* e da *psique*. Nestes termos, a ecologia generalizada – ou a ecosofia – agirá como ciência dos ecossistema, que também afirma-se como engajamento ético, estético, analítico, na iminência de criar novos sistemas de valorização, um novo gosto pela vida, uma nova suavidade entre os sexos (GUATTARI, 1993).

Além disso, este projeto foi fundamental para a construção e o fortalecimento de vínculos entre gestores, setores, instituições, grupos, equipes, profissionais de saúde, trabalhadores dos vários setores, lideranças, estudantes, usuários na rede local. Vale destacar que a interlocução com os outros setores responsáveis pelo desenvolvimento

urbano e o meio ambiente possibilitou a conquista de melhorias na infraestrutura e na ambiência do território.

Segundo Njaine (2007), a eficácia da ação em rede exige alguns requisitos que se constroem no processo. Entre estes estão:

(...) horizontalidade dos setores; representação de diversas instituições por intermédio dos seus líderes; corresponsabilidade de trabalho; divisão de recursos e informações; autonomia das instituições parceiras para decidir, planejar, executar ações que visem à coletividade; capacidade de incorporar novas parcerias e permitir a saída de instituições ou pessoas; e sustentabilidade(NJAINE, 2007, p. 1320)

A partir dos debates desenvolvidos nas rodas de planejamento e de educação popular em saúde e do feedback apresentado pelos participantes, observamos a ressignificação das práticas e vivências com a produção de novos sentidos e saberes para o modo de viver e atuar no território. Vale ressaltar que, a efetivação da política de promoção da saúde exige o exercício da descentralização do planejamento participativo, da articulação da rede intersetorial e da educação permanente em saúde, que é viabilizado por projetos de iniciativa local.

Por outro lado, ao abordar a questão ambiental, Guattari(1992), adverte que não se pode conceber respostas às suas manifestações sem uma mutação de mentalidades, sem a promoção de uma nova arte de viver em sociedade. Neste sentido, o referido autor argumenta que devemos conceber a democracia política e econômica, respeitando as diferenças e a re-singularização da subjetividade, através de múltiplas revoluções moleculares. Este recentramento não é apenas tarefa de especialistas, pois requer uma mobilização de todos os componentes da “cidade subjetiva”.

No entanto, consideramos que à médio e longo prazo, os impactos sociais, epidemiológicos e políticos destas iniciativas exigem a continuidade das ações desencadeadas pelo projeto. Esta incorporação de experiências exitosas na política local está condicionada a vontade política da gestão municipal e a desprecarização de vínculos dos trabalhadores, para uma menor rotatividade de profissionais em todos os setores que atuam no território.

## Considerações finais

Este projeto contempla alguns dos desafios da efetivação dos objetivos da Política Nacional de Saúde para estimular alternativas inovadoras e socialmente inclusivas no âmbito das ações de promoção da saúde, valorizando e otimizando o uso dos espaços públicos de convivência e de produção de saúde para o desenvolvimento das ações de Promoção da Saúde, na perspectiva de favorecer a preservação do meio ambiente e a promoção de ambientes mais seguros e saudáveis.

Portanto, acreditamos que esta experiência deve ser disseminada e replicada em outros territórios, subsidiando os processos de coprodução de novos sentidos para as ações de promoção da saúde nos territórios da estratégia saúde da família.

A partir da experiência vivenciada podemos reafirmar que a promoção da saúde é desencadeada por um processo social e político, que se constitui pela articulação das ações direcionadas ao fortalecimento da autonomia e das potencialidades dos indivíduos, grupos e comunidades na coprodução do cuidado de si, do outro e do meio. Ao mesmo tempo que exige a corresponsabilidade do Estado e das redes sociais na cogestão das políticas públicas direcionadas à transformação das condições sociais, culturais, ambientais, políticas e econômicas para a melhoria da qualidade de vida da população.

Vale ressaltar que enquanto paradigma de natureza essencialmente transversal, integral e intersetorial, a promoção da saúde efetiva-se na construção coletiva de saberes e práticas de saúde, considerando o contexto sanitário e conjuntural e a diversidade cultural de cada território da Estratégia Saúde da Família.

Este projeto veio reafirmar que o trabalho em rede, com outros setores, a sociedade civil organizada e as lideranças locais, favorece o planejamento das ações em saúde. Possibilitando que este esteja mais vinculado às necessidades percebidas e, vivenciadas pela população nos diferentes territórios e, contando com a vontade política da gestão municipal, pode viabilizar a continuidade e a sustentabilidade dos processos de intervenção nos determinantes e condicionantes de saúde.

## Referências

ARANTES, R. C. *et al.* Processo saúde-doença e promoção da saúde: Aspectos históricos e conceituais. **Revista Atenção Primária à Saúde**, v. 11, n. 2, p. 189-198, 2008

AUGUSTO, V.G. et al. Promoção de saúde em unidades básicas: análise das representações sociais dos usuários sobre a atuação da fisioterapia. **Ciênc. saúde coletiva**, v. 16, supl. 1, p. 957-963, 2011 .

AZEVEDO, E.; PELICIONI, M.C.F; WETSPHAL, M.F. Práticas intersetoriais nas políticas públicas de promoção de saúde. **Physis Revista de Saúde Coletiva**, v. 22, n. 4, p. 1333-1356, 2012.

BRASIL, Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Por uma cultura de paz, a promoção da saúde e a prevenção da violência**. Brasília-DF, 2009.

---

Secretaria de Vigilância em Saúde, Secretaria de Atenção Básica. **Política Nacional de Promoção da Saúde**. Série B. Textos Básicos de Saúde, Série Pactos pela saúde 2006, v. 7, 3ª Edição. Brasília, 2010.

BONFIM, Z. Á. Cruz. **Cidade e Afetividade: Estima e construção dos mapas afetivos de Barcelona e de São Paulo**. Edições UFC, Fortaleza, 2010.



BUSS, PM. Promoção da saúde e qualidade de vida. **Ciência & Saúde Coletiva**, 5 (1): 163 - 178, 2000.

\_\_\_\_\_ e PELLEGRINI FILHO, A. A saúde e seus determinantes. *PHYSIS: Rev. Saúde Coletiva*, 17(1):77-93, Rio de Janeiro, 2007.

CAMPOS, G. W.; BARROS, R. B. de; CASTRO, A. M. de. Avaliação da política nacional de promoção da saúde. **Ciência e Saúde Coletiva**, v. 9, n. 3, p. 745-9, 2004.

CANGUILHEM, G. **O normal e o patológico**. tradução de Mana Thereza Redig de Carvalho Barrocas; revisão técnica Manoel Barros da Motta; tradução do posfácio de Piare Macherey e da apresentação de Louis Althusser, Luiz Otávio Ferreira Barreto Leite. - 6.ed. rev. Forense Universitária - Rio de Janeiro, 2009.

CARVALHO, S.R. As contradições da promoção à saúde em relação à produção de sujeitos e a mudança social. **Ciência e Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, 9(3): 669-678, 2004.

CASTELS, M. A. **A Sociedade em Rede**. Ed. Paz e Terra, São Paulo, 2000.

CATÃO, MO. **Genealogia do direito à saúde: uma reconstrução de saberes e práticas na modernidade** [online]. Campina Grande: EDUEPB, 2011. 290 p. ISBN 978-85-7879-191-9. Available from SciELO Books, Disponível em: <<http://books.scielo.org>>. Acesso em 28/06/2013, às 14:47.

DISKIN, L. ; ROIZMAN, L. G.P. **A Paz como se faz?: Semeando cultura de paz nas escolas**. 4ª ed. UNESCO, Associação Palas Athena, Fundação Vale, Brasília, 2008.

FOUCAULT, M. **Segurança, território, população: curso dado no College de France (1977-1978)**, Coleção tópicos, edição estabelecida por Michel Senellart sob a direção de Francois Ewald e Alessandro Fontana; tradução Eduardo Brandao; revisão da tradução Claudia Berliner. Ed. Martins Fontes, São Paulo, 2008.

GUATTARI, F. **As Três Ecologias**. 11ª Edição, Editora Papyrus, 2001.

\_\_\_\_\_ **Caosmose: um novo paradigma estético**. Trad. Ana Lúcia de Oliveira e Lúcia Cláudia Leão. Coleção Trans, Editora 34 Ltda. São Paulo, 1992.

LEFEVRE, F. **O Sujeito da Promoção da Saúde**. EDUSP, 1999.

LEROY, J. P. **Territórios do Futuro: Educação, meio ambiente e ação coletiva**. Lamparina, Rio de Janeiro, 2010.

LIRA S.V.G.et al. **Produção Científica Sobre Promoção da Saúde nos Cursos de Pós-Graduação Brasileiros**. Saúde Soc. São Paulo, 2009, v.18, n.3, p.437-445.

LOPES M.S.V., SARAIVA K.R.O., FERNANDES A.F.C., XIMENES L.B. Análise do Conceito de Promoção da Saúde. **Texto Contexto Enferm**, Florianópolis, 2010 Jul-Set; 19(3): 461-8.

MINAYO, M. C. de S. e SOUZA, E. R. de. Violência e saúde como campo interdisciplinar e de ação coletiva. **Revista História, Ciências e Saúde**, Vol. IV, 1998.

NJAINE, K. *et al.* Redes de prevenção à violência: da utopia à ação. **Ciênc. saúde coletiva**, Rio de Janeiro, v. 11, supl. 1, p. 1313-1321, 2007.

PAZ, A. A. M. *et al.* **Orientação para elaboração do projeto de intervenção local (PIL)**. Universidade de Brasília. Faculdade de Educação. UAB/UnB. Curso de Especialização em Educação na Diversidade e Cidadania, com ênfase em EJA. Brasília, [online], 2013. Disponível em: <[http://forumeja.org.br/sites/forumeja.org.br/files/Doc\\_Orientador\\_PIL.pdf](http://forumeja.org.br/sites/forumeja.org.br/files/Doc_Orientador_PIL.pdf)>.

SANTOS, A. L. & RIGOTTO, R. M. Território e territorialização: incorporando as relações produção, trabalho, ambiente e saúde na atenção básica à saúde. **Revista Trabalho Educação e Saúde**, v. 8 n. 3, p. 387-406, Rio de Janeiro, 2011.

SANTOS, M.; SOUZA, M.A.A. & SILVEIRA, M. L. (orgs.) **Território: globalização e fragmentação**. 4ª ed., Editora Hucitec, São Paulo, 1998.

SAUER, M. e RIBEIRO, E. M. Meio Ambiente e Serviço Social: desafios ao exercício profissional. **Revista Textos e contextos**, v. 11, n. 2, p. 390-398, Porto Alegre, 2012.

YÉPEZ, M.T. A interface psicologia social e saúde: perspectivas e desafios. **Psicologia em estudo**, Maringá, v.6, n.2, p.49-56, jul-dez 2001.

## **“EU E O MEU UMBIGO”, IDENTIFICANDO O PROTAGONISMO DOS AGENTES COMUNITÁRIOS NA PROMOÇÃO DA SAÚDE.**

*Janete Nakatani,*

*Raimundo Antonio da Silva,*

*Maria de Fátima Antero Sousa Machado,*

*Liberata Campos Coimbra*

### **Introdução**

A Promoção da Saúde foca aspectos determinantes para 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; configura-se como uma das estratégias de produção de saúde e potencializa formas mais amplas de intervir.

Desafiadora para todos nós, a promoção da saúde convoca a sociedade, a transformar sua cultura de viver, a partir do indivíduo e seu protagonismo.

Contudo, na perspectiva da promoção da saúde, que cuida dos coletivos das famílias, o desafio é para as equipes que trabalham com a Estratégia Saúde da Família- ESF e Estratégia de Agentes Comunitários de Saúde-EACS, neste sentido, é importante evidenciar os Sujeitos ACS em sua trajetória histórica de trabalho no Sistema Único de Saúde - SUS.

Os ACS's, segundo BEDIN(2006), últimos atores a serem inseridos na categoria de “profissional” da saúde, de acordo com a Lei 10.507/2002, surgiram em primeira instância por elevação dos cidadãos voluntários participantes de projetos sociais que foram inseridos no trabalho em saúde na categoria de bolsistas no PACS/PSF, sendo a seguir contratados como trabalhadores ACS após seletivos e/ou concursos públicos

(com diferentes vínculos e níveis de escolaridade no cenário nacional), e atualmente como profissionais ACS.

Há uma peculiaridade na criação da categoria profissional relevante para o modo de inserção dos ACS no processo de trabalho da ESF, ACS's não descendem de nenhuma outra categoria profissional da saúde de nível superior, porém articulam-se com todas elas e todas lhes demandam responsabilidades e trabalho, isto implica diretamente com seu protagonismo. São profissionais da saúde que aspiram ser técnicos de nível médio, **com a dependência** de se qualificarem em conteúdos e desenvolverem competências, para titularem-se pela formação profissional TACS - Técnico Agente Comunitário de Saúde .

Sobre seu processo de trabalho na ESF, há uma efervescência de opiniões. Por um lado propagados como “preciosos, pilares da Atenção primária, valorosos e de grande importância para o trabalho em saúde” (SANTOS et al., 2008). São também frequentemente identificados como “despreparados para o processo de trabalho, inaptos” e, “sobrecarregados, multi-tarefairos, habilitados a toda e qualquer tarefa por serem generalisticamente inespecíficos”,

São tantas as demandas, expectando um perfil profissional de herói mítico, conceitualmente constituído por “**saber, saber fazer e saber ser**”, mobilizando conhecimentos, habilidades e atitudes que o conduzirão ou não ao nível de ser competente.

O ACS, segundo Bedin (2006), “[...] é um elemento novo no sistema de atenção à saúde, com grande potencial de empoderamento, merecendo, porém, uma maior atenção para o desenvolvimento completo de suas potencialidades”. Lembramos que nova é a categoria profissional, não os ACS's, São os que originariamente inspiraram a criação do atual modelo assistencial ESF, e têm-se mantido constantes no centro de todas essas transformações de modelos e estratégias assistenciais.

ACS's são os **Sujeitos** que “resistem em ser”, aqueles que se sujeitam a todas as especificidades de ser protagonistas para o cuidado na saúde. São, ainda, os que mais se mantêm fixos dentro das equipes, **únicos** obrigados a obedecer critérios de estar domiciliado na área adstrita (critério que suscita questionamentos sobre cidadania/ autonomia e direitos trabalhistas), sustentando a presença e estabelecendo-se como referência da ESF.

A ocupação de cuidar da vida com o objetivo de alcançar longevidade, implica em reduzir a vulnerabilidade para adoecer, produzir incapacidades, sofrimento crônico ou morte prematura de indivíduos e população. Exige dos profissionais de saúde uma maior competência em promoção da saúde.

Acresça-se a frustração da falta de estrutura e organização dos serviços, as informações frequentemente divulgadas pela mídia, do crescente número de pessoas acometidas por obesidade, diabetes mellitus, hipertensão arterial, vítimas da violência urbana- intradomiciliar e nas instituições de ensino, do número elevado e crescente de dependentes químicos.

A impressão que temos é que tudo vai indo muito mal no cenário mundial, nacional, nas áreas adscritas e familiares, tudo fazendo parecer ser infrutífero o esforço de cuidar das pessoas.

Embora o adoecimento no e pelo trabalho não seja privativo dos ACS's, na perspectiva do protagonismo na promoção da saúde na ESF, eles merecem destaque entre os demais profissionais.

Os ACS's vivenciam dentro da equipe de saúde um duplo papel, são sujeitos no centro da ação por serem moradores da área adscrita e, portanto, usuários da UBS sob responsabilidade da equipe de saúde a qual pertencem, e são, diferentemente, sujeitos enquanto profissionais, integrantes da equipe de saúde, e responsáveis por uma micro área na área adscrita onde moram/vivem.

Essa duplicidade poderá conferir aos ACS's, tanto facilidades, quanto dificuldades no cumprimento de suas atribuições.

Martines e Chaves (2007) observaram em seu estudo sobre a vulnerabilidade e sofrimento no trabalho dos ACS's, que estes, têm dificuldade em estabelecer limites sobre dedicação de tempo e empenho. A criação de vínculo, característica da atenção básica relacionada a longitudinalidade do cuidado, transforma-se num fator de fragilização e vulnerabilidade para os ACS's.

Para os ACS's, estes sentimentos se potencializam; suas vidas, permeadas pelo trabalho que não dissocia a casa da rua, cobrando intensamente uma competência de ser e se manter saudável de corpo e mente. Que suscita em si primeiro a competência de promover saúde.

De outro modo ainda, no encontro dos olhares, onde a percepção apreende o mundo construindo significados, o olhar dos ACS's é um olhar de si para si, limitado em seu campo visual restritivo por serem nativos.

O estranhamento, a perplexidade, a inquietação, muitas vezes facilitada pela percepção da alteridade cultural, geradora de reflexões e necessidades de intervenção, nos ACS's necessitam de uma maior atenção, desenvolvida pela competência adquirida de afastar-se e perceber o antinatural nas situações cotidianas.

Segundo Pinto e Fracoli (2010), a equipe de saúde da família necessita da criação de momentos de diálogo com toda a equipe, para que haja reflexão, planejamento e avaliação quanto às ações de promoção a serem desenvolvidas, especificamente sobre o fazer dos ACS, enfatiza a necessidade de mudança do foco de atuação. Por sua vez, a necessidade de instituir instâncias de escuta e cuidado de si, presente nas falas dos ACS, é reveladora de seu olhar para si, o que, conforme Lunardi et al. (2004), é essencial, a necessidade de parar, abrir espaços, constituir grupos de discussão e de cuidado, com o objetivo de problematizar o cotidiano vivido, as dificuldades, os questionamentos é atitude protagonista. O cuidado de si inicia-se neste parar e olhar para nossa vida, e perceber como estamos para prosseguir sobrevivendo.

Nós, profissionais de saúde, temos uma relação direta entre o ser e o fazer para outrem. Nosso trabalho possui forte ênfase em educação e orientação de pessoas, um olhar que parte de nós em direção ao outro, em processos e maneiras de ser o cuidador da saúde de alguém.

A saúde, conceito amplificado na atualidade pelo significado de bem viver, entendida como uma condição adquirida de qualidade incremental, produto/resultado transitório dentro de um processo contínuo, de aprender, transformar, desenvolver competências de saber, saber fazer e saber ser saudável.

Para Silva et al. (2009), a competência de cuidar de si é um saber necessário para que possamos melhor desempenhar nossa atribuição de cuidar do outro, todo e qualquer profissional da área da saúde tem que se preocupar consigo, para então ter condição de cuidar do outro. Lunardi et al. (2004) contribui para este entendimento, ao afirmar que quem cuida de modo adequado de si mesmo encontra-se em condições de relacionar-se, de conduzir-se adequadamente na relação com os demais.

Ferraz (2005), em pesquisa realizada sobre o trabalho dos ACS's, na perspectiva da promoção da saúde, constatou que os ACS's trabalham na ótica da prevenção de doenças e não da promoção da saúde; que exercem atividades pontuais, que reforçam o conceito de saúde como ausência de doenças.

Gomes (2011), em pesquisa realizada sobre a prática dos ACS's descreve que, dentre as suas atribuições específicas, elencadas na PNAB, as menos contempladas são as relacionadas à promoção da saúde.

A Saúde e os problemas sanitários têm acompanhado a transformação da sociedade. A consciência de nossa vulnerabilidade, o desvelamento dos determinantes sociais das doenças e condições de vida, a inclusão da problemática da saúde do trabalhador demandando ações de vigilância, prevenção e redução de danos, tornando nossa meta de qualidade de vida mais complexa.

Pinto e Fracoli (2010) em seus estudos sobre a prática do ACS encontraram que, de fato, este profissional não realiza as ações de promoção da saúde preconizadas pelo Ministério da Saúde, conforme seu perfil de competências.

Assim, questionamos:

a) Há como tornar os ACS's mais competentes para o cuidado de si?

Justificamos a concepção deste projeto nas inquietações vividas no cotidiano de meu trabalho de docente em cursos de pós-graduação em Saúde da Família e enfermagem da ESF no município de São Luís-MA, desempenhando a função de supervisora de equipes ESF no Distrito Sanitário do Coroadinho.

Frequentemente me deparo com situações que remetem a reflexões sobre a competência profissional e sua articulação com a competência de **ser** humano.

A motivação para esta intervenção surgiu durante a execução de uma Roda de conversa para discussão do processo de trabalho na ESF., enfatizava a perspectiva de

vigilância, prevenção, promoção e monitoramento da saúde, principalmente com os grupos vulneráveis.

Nesta ocasião, alguns ACS's expressaram sua fragilidade e necessidade de cuidados, declarando-se adoecidos e com dificuldades em cumprir plenamente com suas atribuições.

A roda em vários momentos transformou-se em catarse, e as falas tomaram a dimensão de depoimentos de vida, evidenciando medos relacionados a violência urbana, enfrentada nas ameaças infligidas pelos traficantes e usuários de drogas, que invadiram suas micro áreas gerando desconforto, insegurança e criando obstáculos para a realização de visitas domiciliares em vários locais.

Especificamente sobre o trabalho com grupos vulneráveis, os ACS's expuseram sua falta de habilidade e conhecimento para lidar com a dependência química, primeiro em si próprios e em sua família, e conseqüentemente nos outros. Aludiram à condição de saúde de vários ACS, que se encontram em situações de extremo adoecimento por condições preveníveis, e expressaram o desejo de ter um momento de escuta para si, para falar de seus problemas e fragilidades.

Empoderar Agentes Comunitários de Saúde para o Protagonismo na Promoção da Saúde, configurou-se o objetivo e para tanto necessitamos instituir instâncias para construção de conhecimentos e socialização de saberes; Propiciar o reconhecimento de potencialidades individuais para o autocuidado; Experienciar práticas de protagonismo em promoção da saúde; Contribuindo para o desenvolvimento da competência de cuidar de si.

## Caminho metodológico

Este caminho foi compartilhado com outro pesquisador, cujo tipo de estudo, contexto e participantes eram os mesmos desta intervenção e sendo os objetivos dos estudos complementares.

Tipo de estudo

Tratou-se de uma intervenção.

O Projeto de intervenção fundamenta-se nos pressupostos da pesquisa-ação. Tem como base a ideia de uma relação dialética entre pesquisa e ação, supondo ainda que a pesquisa deve ter como função a transformação da realidade (BRASIL, 2012).

“O projeto de intervenção é fruto da percepção e identificação de um problema, iniciando-se, desse modo, o próprio processo de intervenção por meio dessa sensibilidade para observar e detectar um problema sentido e/ou vivenciado”. (UNB, 2006).

A intervenção em si implica em ação sobre algo que nos desafia, é atuar com a intenção de mudança e ou transformação.

Concebo a intervenção na perspectiva Freireana, acreditando que meu papel no mundo não deve ser o de quem simplesmente observa e preocupa-se, mas, sim, o de alguém que, inconformado ou inquietado, ocupa-se e age tentando mudar.

### **Contexto da intervenção**

O distrito sanitário do Coroadinho é um dentre os sete distritos sanitários do município de São Luís. Formado geograficamente por quatro bairros com alta densidade populacional. Segundo levantamento realizado pela vigilância epidemiológica do município de São Luís no ano de 2014, o Distrito sanitário do Coroadinho é constituído por uma população de aproximadamente 134.000 habitantes e o bairro, conforme IBGE (2010), possui uma população de aproximadamente 53.945 pessoas, ocupando a 4ª posição no “ranking” nacional dos chamados aglomerados subnormais.

Nascido sob o estigma da marginalidade pela ocupação e apropriação de terras de forma indevida, por pessoas que por diferentes motivos não encontraram um lugar na urbanidade já estabelecida, Coroadinho é conhecido como “lugar perigoso”, associado à rota do tráfico de drogas e alta criminalidade.

### **Participantes da intervenção**

Foram convidadas a participar desta intervenção as 17 ACS's que constam no CNES como integrantes das equipes de nº 06 e nº 17, as duas únicas equipes do CSAG - bairro do Coroadinho, Distrito Sanitário Coroadinho, Município de São Luís- MA, que pertencem ao modelo assistencial ESF. Aceitaram o convite para participar desta intervenção 13 ACS's, todas do sexo feminino e que oficializaram sua participação assinando o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido – TCLE.

**Etapas da intervenção** - A intervenção foi pensada para acontecer em seis encontros

Primeiro encontro - Apresentação do projeto e dos facilitadores.

Segundo ao sexto encontros- Oficinas de Protagonismo com a periodicidade de duas oficinas semanais, carga horária presencial de 4h/oficina, carga horária em dispersão de 20h, perfazendo uma carga horária total de 40h;

### **Estratégias de Intervenção**

#### **Oficinas**

Entendemos que este método atenderia ao objetivo de instituir instâncias de construção socializada de conhecimentos, socialização de saberes, estimulando reflexão, exercitando escuta, participando de debates sobre conceitos científicos e as experiências de vida e trabalho.



Oficinas também possibilitariam vivências práticas de forma lúdica, facilitando a interação, aproximação entre sujeitos e conhecimentos, valorizando as diversidades dos diferentes sujeitos.

Oficinas ainda se prestariam a um encadeamento com intercalação de momentos presenciais e em dispersão, orientados por uma programação sem, contudo, romper a linha de produção do conhecimento.

Para atender aos objetivos propostos foram construídas cinco oficinas em forma de Plano de Trabalho e Avaliação - PTA, uma metodologia validada pelo Centro Popular de Cultura e Desenvolvimento – CPCD, de Belo Horizonte - Minas Gerais.

### **Nomeação das oficinas**

Cada oficina foi nomeada de forma criativa, numa estratégia mobilizadora, com a intencionalidade de ser, desde a leitura do nome, estimuladora da curiosidade, instigadora e provocadora do público alvo para a participação.

1ª oficina: **“Eu e o Meu Umbigo”** – objetivou identificar o protagonismo, Redescobrir o EU desde a origem, investigando significados e significâncias da identidade social e pessoal.

2ª oficina: **“Eu Caçador de Mim”** – objetivou identificar espaços e possibilidades de protagonismo.

3ª oficina: **“Olhai e Vigiai Todos Vós”** - objetivou identificar situações de risco com necessidades de intervenção para a promoção da saúde.

4ª oficina: **“Espelho, espelho meu”, existe melhor cuidador de mim do que Eu?** - objetivou reconhecer potencialidades individuais para o cuidado de si.

5ª oficina: **“Dia D’EU”** - objetivou Experienciar protagonismo de cuidados auto dedicados.

### **Instrumentos da intervenção**

Experienciar práticas de protagonismo em promoção da saúde fundamentou-se nas metodologias ativas, propostas com intencionalidade e orientação claras, estabelecimento de tempo e indicadores de resultados para cada atividade proposta. Foram criados e/ou adaptados vários instrumentos

Diário de Bordo

Certidão de Renascimento

Registro fotográfico

Relato de experiência

Questionário de Avaliação de qualidade de vida no Trabalho- QWLQ-Bref

## **Ferramentas e Técnicas Utilizadas na Intervenção**

Crachá linha da vida.

Carta da Terrinha.

Quadro para Mapeamento de Tempo Auto Dedicado.

Evocação

Painel ilustrado: a Saúde dos meus sonhos

Técnica de bricolagem

Projeção de vídeo

Varal do comportamento saudável

Plano Individual de Cuidados.

Trabalho em equipe

Familiograma

Fichas do Sistema de Informação da Atenção Básica- SIAB

Roteiro para levantamento de condições de risco e comorbidades

Roteiro para mapeamento de dor ou desconforto

Os dez passos da alimentação saudável

Atividade de dispersão

### **Questões Éticas**

O projeto de intervenção obteve aprovação do Comitê de Ética e Pesquisa- CEP da Secretaria Municipal de Saúde de São Luís, seguindo orientação da Portaria 466/12, de forma a convidar os ACS para a participação na intervenção proposta.

### **Avaliação**

A avaliação foi processual e contínua, considerando todos os encontros.

No início de cada oficina, havia uma atualização e ao final de cada encontro, realizamos na roda um relato da experiência – onde foi considerada a participação durante os encontros e as sugestões para a reorientação do processo.

Ao término de cada dia, os facilitadores se reuniam para avaliar o cumprimento da programação, o alcance dos objetivos das atividades propostas nas programações das oficinas, o conteúdo dos relatos expressados, bem como compartilhamento de suas observações e impressões.

Foi realizada, ainda, a constatação do alcance dos indicadores listados nos PTA's das oficinas, a forma de participação dos sujeitos no decorrer dos encontros, os re-

gistros de avaliação em uma palavra e a construção da árvore de Promoção à Saúde, atividades propostas na última oficina.

## Relato da intervenção

Foram realizados os seis encontros, respeitando a programação. As datas, horários e o local foram escolhidos em consenso com as participantes como resultado do primeiro encontro de apresentação.

Para este artigo porém nos ateremos ao relato do segundo encontro, oficina “Eu e o meu umbigo”

Há uma peculiaridade com relação ao segundo encontro devido ser a 1ª oficina; houve um tempo dedicado em acolher as participantes, construir critérios de protagonismo e esclarecimento sobre a dinâmica das oficinas.

Houve uma roda de apresentação utilizando uma almofada em formato de coração como símbolo do detentor da vez da voz, garantindo a fala sem interrupções. Procedemos à leitura do Texto: Sobre umbigos e protagonismo, criado especialmente para provocar nas participantes a reflexão sobre o Eu, de onde viemos, quem somos e para onde nos dirigimos.

Foram estabelecidos coletivamente os critérios de participação: pontualidade, uso restrito do celular, organização e limpeza do local, respeito aos colegas e suas ideias, garantia do direito a fala e participação livre nas atividades.

Fixamos horários de intervalos, almoço, início e encerramento.

Local: Igreja Batista em Parque Timbira      Data: 12/ 06/ 2014      Horário: 8:00h às 12:00h

1ª Oficina: “EU E O MEU UMBIGO”					Nº de participantes: 13
Objetivo: Identificar protagonismo					
Objeto: Protagonismo identificado					
Dimensões	Perguntas Importantes	Atividades Técnicas/ instrumentos	Indicadores e Evidências	Tempo / responsável	Avaliação
1. Identidade	1.0 Quem sou Eu?  1.1 Quando comecei a ser eu?  1.2 Como tenho sido?	1.0, 1.1 e 1.2  Construção do Crachá “Linha da vida”. Evocação de memória do passado, registro de uma realização presente, e expectativa de uma realização futura (meta / expectativa),  1.2  Identificar fortalezas e fragilidades nesta evocação. Socialização na roda.	1.0, 1.1e 1.2  100% capazes de relatar na roda a linha de vida de seu crachá, se identificando frente ao grupo.  1.2  100% capazes de identificar nos momentos evocados pelo menos uma fortaleza e uma fragilidade presente.	40'  ACS e Facilitadores	Tempo concedido além do previsto, dada a importância da mobilização e reflexões que emergiram.  Indicadores alcançados

2. Projeção	2.0 Como buscarei ser?	2.0 .Evocação do conceito de saúde individual. .Construção de um painel "A saúde dos meus sonhos", com recortes e colagem. (Trabalho em equipe)	2.0 100% dos participantes capazes de expressar o seu conceito de vida saudável, relacionando saúde, cuidado e promoção da saúde na vida.	40 ACS e Facilitadores	Os conceitos criados remetem a uma utopia de desejar ser e ter um mundo melhor com igualdade de direitos, porém produzido por outros.
3. Transformação	3.0 Como desejarei ser?	3.0 Ateliê Renascer  3.1 Preenchimento da Certidão de Renascimento	3.0 100% dos participantes com projeto de imagem elaborado executado e com registro fotográfico realizado. 3.1 100% dos participantes com identidade assumida, certidões de renascimento preenchidas e nomes pesquisados.	1h20' ACS e Facilitadores  20' ACS e Facilitadores	Participação ativa de todas, expressando contentamento por este momento de produção de uma nova imagem para a fotografia. Todas preencheram suas certidões.

### Destaques do 2º encontro:

a) O ateliê renascer, o registro fotográfico - Criamos esta técnica que se apoia na produção da imagem fotográfica e suas possibilidades de protagonismo.

Montamos um camarim, com um grande espelho, forte iluminação, vários acessórios, adereços e maquiagem - Acreditamos que a imagem espelhada de nós mesmos provoca reflexões profundas sobre nossa identidade, a fotografia digital- registro imagético sem custo, é um excelente recurso, visto que teremos um produto concreto como resultado, passível de avaliação de várias tentativas de construção até alcançar a satisfação.

A proposta foi, criar um projeto de imagem que revelasse ao mundo a sua identidade renascida, utilizando-se do ateliê, processando a metamorfose e registrando a imagem.

**Figura 1 - Renascida 1**



Fonte: Elaborado pela Autora (2014)

**Figura 2 - Renascida 2**



Fonte: Elaborado pela Autora (2014)

“... Como eu gostaria que as pessoas me vissem: Pessoa alegre, elegante e feliz. Mulher de coragem para vencer os obstáculos, ser querida por todos.”

“... Como foi bom esta foto que tirei neste dia,..., eu de chapéu, blazer e mais uma faixa no pescoço. Pra mim foi muito legal!”

#### b) A construção do crachá linha da vida.

Esta técnica objetivava desenhar uma linha de vida (origem, passado, presente e futuro), partindo do nome como origem da identidade - quem foi o responsável pela escolha, qual o seu significado simbólico, qual a significância deste para cada uma.

Três participantes expressaram não gostar de seus nomes adotando apelidos ou nomes completamente diversos dos seus, duas participantes referiram que se adaptaram aceitando ou encontrando em seus nomes um valor que as identificava e as tornavam únicas.

“ Não gosto do meu nome, cheguei a rasurar minha carteira de estudante, se fosse fácil eu mudaria”

“Era para ser um e meu pai decidiu por este quando foi me registrar, não gosto”

“Não gostava muito do meu nome, foi tirado de um almanaque, mas hoje eu já gosto porque ele é único e é forte.”

“Minha mãe viu este nome num romance,..., gosto dele porque é diferente, todo mundo quando ouve sabe que sou eu !”

Sentimentos afloraram pela evocação de fatos memoráveis (passado), a maioria ligada à perda ou afastamento de entes queridos. Três participantes se referiram à morte de familiares, emocionaram-se e choraram ao relatar seu sentimento de luto, dois deles ocorridos recentemente e um há mais de dois anos, duas se referiram ao afastamento de filhos por casamento ou trabalho em outro estado, outras lembranças remeteram à infância, brincadeiras e risos.

Na identificação de uma meta, sonho ou desejo (futuro) suscitou-se a capacidade de projeção de um tempo futuro; várias relataram relembrar a construção de um projeto e desejos antigos de casa própria, viagens, cursar faculdade, encontrar um companheiro e se viram resgatando e renovando tais projetos.

A associação das atividades, Crachá Linha da Vida e ateliê Renascer, provou-se competente no resgate de identidade. Ao final das apresentações, refletindo sobre as linhas de vida apresentadas, percebidas como um continuum de fases, onde sofrimento e prazer são dinâmicos e a sobrevivência significa superação, aceitação, aprendizado, perdas e ganhos, foi possível reconhecer fragilidades e fortalezas que significam o protagonismo na vida de cada um.

Na construção do Painel da saúde dos sonhos, pudemos observar diferentes protagonismos; expor suas ideias dando forma aos pensamentos exigiu coragem de ser

autor, um movimento revelador. Embora todas se envolvessem na atividade, poucas assumiram essa postura autoral.

Houve uma interação solidária onde as tarefas se dividiram em elaborar o conceito, buscar a imagem que melhor o representasse visualmente, arranjar de forma artística e coerente o conceito elaborado.

Ao final, ao olhar a obra, perceber a parte a que pertence o indivíduo dentro do grupo, que é ainda uma fração do todo social, acrescentou a todas, a percepção de que cada um tem uma responsabilidade de contribuição na construção do mundo.

“... senti como se fosse uma criança fazendo colagem, sem estresse, um alívio.”

**Figura 3 - Construindo o Painel**



Fonte: Elaborado pela Autora (2014)

**Figura 4 - Apreciando a obra**



Fonte: Elaborado pela Autora (2014)

O Registro em diário de bordo, um exercício de compenetração e dedicação na autoria do livro de vida.

**Figura 5- Registro de experiência no diário de Bordo**



Fonte: Elaborado pela Autora (2014)

## Conclusões

Observando os diversos produtos:

1 - Colhidos nos diários de bordo onde foram registrados e colecionados ferramentas, instrumentos, técnicas, conhecimentos, além de sentimentos e interpretações, criando livros de vida; por eles percebemos o empenho de cada participante em conferir ao seu diário uma identidade própria, utilizando cores, brilhos, colagens de recortes, desenhando, escrevendo ou simplesmente recortando a borda dos textos disponibilizados, denotando a sensibilidade aflorada; a necessidade de criar algo belo que expressasse sua autoria, imprimindo uma marca, nos crachás, no diário e ao mesmo tempo buscando uma autonomia que as identificassem como pertencentes a este grupo de cuidadoras de si

**Figura 20** - Crachás



Fonte: Elaborado pela Autora (2014)

**Figura 21** - Diário de Bordo



Fonte: Elaborado pela Autora (2014)

“Para mim, essas oficinas estão sendo como uma viagem de descoberta de mim”

2 - Crachá linha da vida onde pudemos resgatar valores de identidade, identificar fortalezas e fragilidades individuais, bem como projetar futuros.

3 - Projeto de imagem renascida, fruto da metamorfose do ateliê, uma afirmação da identidade assumida, atividade apreciada por todas e reveladora de seus desejos de transformação de protagonismo.

4 - Painel da saúde dos meus sonhos e carta da terrinha onde pudemos observar o comportamento atitudinal e o protagonismo cidadão.

A certeza que nos fica é que há que se propiciar mais tais encontros, incluindo-se cada vez mais profissionais de todos os níveis e categorias. É seguro afirmar que o

que fez a diferença foi estabelecermos a oportunidade desse tempo e espaço de parar, olhar para si e refletir sobre o protagonismo, O que resultar disto em prol da melhoria da assistência na saúde será consequência da valorização da vida e do cuidar de si.

Concluimos que a oficina: “Eu e o meu umbigo”, teve seu objetivo contemplado, sendo avaliado como efetiva na intervenção “Primeiro EU” cujo o objetivo geral é o de empoderar ACS para o protagonismo na promoção da saúde.

## Referências

BEDIN, Nelson. **Agente comunitário de Saúde e empoderamento: o caso da coordenadora de saúde da Lapa**. USP. FSP. Tese de doutoramento. SP, 2006, p.9.

\_\_\_\_\_. Ministério da Educação e Cultura. Projeto - **Intervenção. Escola de Gestores da Educação Básica**. Disponível em: <<http://moodle3.mec.gov.br/ufms/file.php/1/gestores/vivencial/pdf/projetointervencao.pdf>>. Acesso em: 05 mar. 2012.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. **Política Nacional de Promoção da Saúde**. Brasília, 2006. Disponível em: <<http://www.saude.gov.br/svs>>. Acesso em: 13 Mar. 2013.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. **12ª Conferência Nacional de Saúde – Sérgio Arouca**. Brasília, dez. 2005.

FERRAZ, Laerts. O cotidiano de trabalho do agente comunitário de saúde no PSF em Porto Alegre. **Cienc. Saúde Coletiva** 2005; 10(2):47-355.

GOMES, Maria Fernanda Pereira. **As potencialidades do agente comunitário de saúde para ações de promoção da saúde: em foco o colegiado gestor regional de Alto Capivari**. 2011. Dissertação (Mestrado em Cuidado em Saúde) - Escola de Enfermagem, Universidade de São Paulo, São Paulo, 2011. Disponível em: <<http://www.teses.usp.br/teses/disponiveis/7/7141/tde-10022012-153455/>>. Acesso em: 03 set. 2012.

IBGE – Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. 2010. Disponível em: <<http://www.ibge.gov.br/>>. Acesso em: 15 mar. 2013.

LUNARDI. V.L. et al. O cuidado de si como condição para o cuidado dos outros na pratica de saúde. **REV. Latino- Amer. Enfermagem**. V.12, n. 6, p 933-9. Nov/dez. 2004.

MARTINES, Wânia Regina Veiga e CHAVES, Eliane Corrêa. Vulnerabilidade e sofrimento no trabalho do Agente Comunitário de saúde no programa de Saúde da Família. **Revista da Escola de Enfermagem da USP**. 2007; 41(3):426-33. Disponível em: <[www.ee.usp.br/reeusp/](http://www.ee.usp.br/reeusp/)>. Acesso em: 25 mar. 2012.

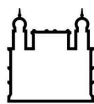
PINTO, Adriana Avanzi Marques. FRACOLLI, Lislaine Aparecida. O trabalho do agente comunitário de saúde na perspectiva da promoção da saúde: considerações práticas. **Rev. Eletr. Enf.** 2010 out/dez;12 (4): 766-9. Disponível em: <<http://dx.doi.org/10.5216/ree.v12i4.7270>>. Acesso em: 10 abri. 2014.



SANTOS, K. V.; et al. **Perfil do Agente Comunitário de Saúde no PSF Vila Mury**. Volta Redonda, ano III, edição especial, outubro. 2008. Disponível em: <[web.uni-foa.edu.br/cadernos/especiais/pmvr/39.pdf](http://web.uni-foa.edu.br/cadernos/especiais/pmvr/39.pdf)>. Acesso em: 20 nov. 2012.

SILVA, Irene de J. Olveira et. al. Cuidado, autocuidado e cuidado de si: uma compreensão paradigmática para o cuidado de Enfermagem. **Revista de Enf.** USP, 2009. Disponível em: <<http://www.ce.usp.br/> <http://dx.doi.org/10.1590/S0034-89102008000500019>>. Acesso em: 18 fev.2013.

UNB/FE. **Orientação para elaboração do Projeto de Intervenção Local**. Curso de Especialização em Educação na Diversidade e Cidadania, com Ênfase em EJA. Brasília, 2006.



FIOCRUZ



UNIVERSIDADE  
ESTADUAL DO CEARÁ



UNIVERSIDADE ESTADUAL  
VALE DO ACARAÚ



UNIVERSIDADE  
FEDERAL DO CEARÁ



renasf

RENASCIMENTO DE FORMAÇÃO EM SAÚDE DA FAMILIA



UFMA  
Universidade Federal do Maranhão



UFRN  
Universidade Federal do Rio Grande do Norte



UFPB  
Universidade Federal da Paraíba



Universidade Regional  
do Cariri - URCA



UFPI  
Universidade Federal do Piauí



Edições UVA

Filiada a



Associação Brasileira  
das Editoras Universitárias

Este livro foi composto em fonte Swis721 Cn Bt, impresso no formato 16 x 23 cm, com miolo em papel off set 75 g e capa em supremo 250g, tiragem de 500 exemplares em abril de 2016.





FIOCRUZ



UNIVERSIDADE  
ESTADUAL DO CEARÁ



UNIVERSIDADE ESTADUAL  
VALE DO ACARAÚ



UNIVERSIDADE  
FEDERAL DO CEARÁ



UFPB



Universidade Regional  
do Cariri - URCA



UFPI