

Ministério da Saúde

FIOCRUZ

Fundação Oswaldo Cruz



***“A promoção da saúde na atenção primária do município de Belford
Roxo - RJ”***

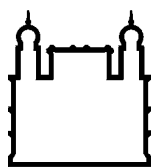
por

Erika Cardoso dos Reis Moreira

*Dissertação apresentada com vistas à obtenção do título de Mestre em
Ciências na área de Saúde Pública.*

Orientadora: Prof.^a Dr.^a Gisele O'Dwyer de Oliveira

Rio de Janeiro, março de 2012.



Ministério da Saúde

FIOCRUZ

Fundação Oswaldo Cruz



ESCOLA NACIONAL DE SAÚDE PÚBLICA

SERGIO AROUCA

ENSP

Esta dissertação, intitulada

“A promoção da saúde na atenção primária do município de Belford Roxo - RJ”

apresentada por

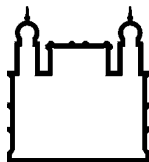
Erika Cardoso dos Reis Moreira

foi avaliada pela Banca Examinadora composta pelos seguintes membros:

Prof. Dr. César Augusto Orazem Favoreto

Prof.^a Dr.^a Maria de Fátima Lobato Tavares

Prof.^a Dr.^a Gisele O'Dwyer de Oliveira – Orientadora



Ministério da Saúde

FIOCRUZ

Fundação Oswaldo Cruz



A U T O R I Z A Ç Ã O

Autorizo, exclusivamente para fins acadêmicos e científicos, a reprodução total ou parcial desta dissertação, por processos fotocopiables.

Rio de Janeiro, 06 de março de 2012.

Erika Cardoso dos Reis Moreira

CG/Fa

AGRADECIMENTOS

À Deus, por permitir que tudo acontecesse no momento certo e por cuidar de mim todos os dias;

Aos meus pais, pelo apoio e carinho, porque mesmo longe sempre estiveram muito perto, e por entender a minha ausência durante todo este período;

À professora Gisele, porque em todo o tempo foi paciente, por sua disponibilidade, ensinamentos e apoio, fundamentais durante todo o processo de criação e elaboração desta dissertação;

À Juliana e Ana Laura que desde o início da minha formação me incentivaram e de certa forma me apresentaram à saúde pública de modo com que eu me apaixonasse;

À Camila, que acompanhou de perto as minhas alegrias e aflições e foi sempre muito presente, ouvindo e me fazendo acreditar que daria certo!;

À Juliana Paulo que foi um grande presente nessa trajetória em que dividimos e compartilhamos os mais diversos sentimentos;

À Carmen que muito me incentivou na elaboração dessa dissertação e pelas conversas sobre a promoção da saúde que me ajudaram muito;

Ao Miguel, que desde a sua chegada tem sido a minha motivação diária! E a Renata que nos deu este grande presente e que a cada dia se torna mais especial para mim;

Às queridas Emanuelle e Sophia por me trazerem muita alegria;

Aos amigos que entenderam a minha ausência e torceram o tempo todo, enviando todas as vibrações positivas: Cris, Letícia, Juliana França e Luciana Muniz,

À Secretaria Municipal de Saúde de Belford Roxo por permitir a realização deste trabalho;

À minha equipe de trabalho por me “dividir” com o mestrado;

À professora Maria de Fátima Lobato Tavares e ao professor César Augusto Orazem Favoreto, pela disponibilidade em acompanhar este trabalho da qualificação á defesa final.

Aos amigos e colegas companheiros desta jornada por compartilharem alegrias e frustrações durante estes dois anos de caminhada.

“Ninguém pode construir em teu lugar as pontes que
precisarás passar para atravessar o rio da vida - ninguém,
exceto tu.”

Nietzsche

RESUMO

O investimento na promoção da saúde e na atenção primária é inquestionável sob os pontos de vista dos documentos oficiais e da produção científica. Por outro lado, as práticas em saúde são muito condicionadas aos contextos locais. Portanto, esse trabalho tem por objetivo analisar as ações de promoção da saúde realizadas pela atenção básica em uma regional de saúde do município de Belford Roxo – RJ. A metodologia utilizada neste trabalho buscou analisar as práticas de promoção da saúde realizadas na atenção básica no município de Belford Roxo através da pesquisa qualitativa. Para analisar como a promoção da saúde é desenvolvida pela atenção básica foi realizado um estudo de caso com análise documental e entrevistas, cuja análise utilizou a Teoria da Estruturação de Giddens. Entre os resultados destacamos que Belford Roxo incorpora as recomendações nacionais sob o ponto de vista normativo. Entretanto muitas das ações propostas nos planos municipais não são cumpridas. Os entrevistados sabem que a promoção da saúde é mais do que a cura ou tratamento e que as intervenções ou orientações devem estar relacionadas ao ambiente em que a pessoa esta inserida. Destacou-se a restrição das ações impostas pela incompletude da equipe da estratégia saúde da família e que existe pouca integração entre os profissionais e a gestão local. O vínculo equipe população sofreu influência de questões político-partidárias e a intersetorialidade não é praticada. É importante destacar o esforço para a incorporação de ações promotoras da saúde, contribuindo para uma atenção primária à saúde emancipadora. Entretanto foi constatada uma fragilidade na prática profissional, apesar do conhecimento demonstrado.

Palavras-chave: promoção da saúde; atenção primária a saúde; estratégia de saúde da família.

ABSTRACT

The investment in health promotion and primary care is unquestioned in the official documents and scientific production. On the other hand, health practices are very conditioned to local contexts. Therefore, this study aims to analyze the actions of health promotion carried out by primary health care in a regional municipality of Belford Roxo - RJ. The methodology used in this study aimed to analyze the practices of health promotion carried out in primary care in the city of Belford Roxo through qualitative research. To analyze how health promotion is developed for primary care was conducted a case study of document analysis and interviews, analysis of which used the Theory of Giddens' Structuration. Among the results highlight that Belford Roxo incorporates the national recommendations in the normative point of view. However many of the actions proposed in municipal plans are not met. The respondents know that health promotion is more than a cure or treatment and the assistance or guidance should be related to the environment in which the person is inserted to. We highlight the restrictions imposed by the incompleteness of the actions of the staff of the family health strategy and that there is little integration between health professionals and local management. The bond between the team and population was influenced by political issues and intersectoral is not practiced. It is important to note the effort to incorporate health-promoting actions, contributing to a emancipatory primary health care. However was found weakness in the professional practice, despite the knowledge demonstrated.

KEYWORDS: health promotion, primary health care, family health strategy.

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

AB – Atenção Básica

ACS – Agentes Comunitários de Saúde

AIDS – *Acquired Immune Deficiency Syndrome* - Síndrome da Imunodeficiência Adquirida

APS – Atenção Primária à Saúde

AS-PTA – Assessoria e Serviços a Projetos de Agricultura Alternativa

BM – Banco Mundial

CAD-SUS - Sistema de Cadastramento de usuários do SUS

CAPS-AD - Centro de Atenção Psicossocial – Álcool e/ou drogas

CNS – Conferência Nacional de Saúde

DST – Doença Sexualmente Transmissível

ENSP - Escola Nacional de Saúde Pública

ESB – Equipe de Saúde Bucal

ESF – Estratégia Saúde da Família

FGTS – Fundo de Garantia de Tempo de Serviço

FIRJAN - Federação das Indústrias do Estado do Rio de Janeiro

FNS – Fundação Nacional de Saúde

GPs – *General Practitioners*

IBGE – Instituto Brasileiro de Geografia e Estatísticas

IDH – Índice de Desenvolvimento Humano

IFDM – Índice FIRJAN de Desenvolvimento Municipal

MS – Ministério da Saúde

NASF – Núcleo de Apoio à Saúde da Família

NOB – Normas Operacionais Básicas

OMS – Organização Mundial da Saúde

ONU – Organização das Nações Unidas

OPAS – Organização Pan-Americana de Saúde

PAB – Piso de Atenção Básica

PACS – Programa de Agentes Comunitários de Saúde

PAIR - Programa de Ações Integradas e Referenciais de Enfrentamento à Violência Sexual Infanto juvenil no Território Brasileiro

PAS – Programação Anual de Saúde
PNAB - Política Nacional de Atenção Básica
PNPS – Política Nacional de Promoção da Saúde
PNPS – Política Nacional de Promoção da Saúde
PPA – Plano Plurianual de Saúde
PROESF – Projeto de Expansão e Consolidação da Saúde da Família
PRS – Policlínica Regional de Saúde
PS – Promoção da Saúde
PSF – Programa de Saúde da Família
RAG – Relatório Anual de Gestão
SF – Saúde da Família
SMS - Secretaria Municipal de Saúde
SUS – Sistema Único de Saúde
TCGM - Termo de Compromisso de Gestão Municipal
UBS - Unidade Básica de Saúde
UFF – Universidade Federal Fluminense
UNICEF – *United Nations Children's Fund*
VD - Visita Domiciliar

LISTA DE TABELAS

Tabela 1: Classificação dos municípios brasileiros segundo o IFDM, 2011.	p. 53
Tabela 2: Equipes de Saúde da Família (1998- 2011) – Belford Roxo.	p. 56
Tabela 3: Composição das equipes de saúde da família da regional de saúde de Heliópolis – Belford Roxo/RJ, 2011.	p. 74
Tabela 4 - Quantidade média de famílias acompanhadas por ACS das equipes de saúde da família da regional de saúde de Heliópolis – Belford Roxo/RJ, 2011.	p. 75

LISTA DE QUADROS

Quadro 1 - Distribuição dos serviços de saúde segundo territórios regionais	p. 57
Quadro 2 - Organização da Programação Anual de Saúde, 2010 – Belford Roxo/RJ, 2011.	p. 67
Quadro 3: Matriz de análise	p. 71

LISTA DE FIGURAS

- Figura 1** - Mapa de localização na Baixada Fluminense – RJ. p. 50
- Figura2** - Mapa de caracterização da área urbana/habitacional – Belford Roxo/ RJ. p. 51
- Figura 3** - Mapa regional do município de Belford Roxo. p. 56

SUMÁRIO

<u>Apresentação</u>	p. 14
<u>1. Introdução</u>	p. 14
<u>2. Objetivos</u>	p. 19
2.1 <i>Geral</i>	p. 19
2.2. <i>Específicos</i>	p. 19
<u>3. Atenção Primária à Saúde</u>	p. 20
3.1 <i>A implementação do Sistema Único de Saúde</i>	p. 24
3.2 <i>A atenção primária à saúde no SUS</i>	p. 27
3.3 <i>A Estratégia de Saúde da Família</i>	p. 28
3.4 <i>O trabalho das equipes de saúde da família e a promoção da saúde</i>	p. 31
<u>4. Promoção da Saúde – Aspectos históricos e conceituais</u>	p. 34
4.1 <i>Caminhos da Promoção da Saúde</i>	p. 38
4.2 <i>A Promoção da Saúde no Brasil</i>	p. 42
4.3 <i>Desafios e Limites da Promoção da Saúde</i>	p. 45
<u>5. O território</u>	p. 47
5.1 <i>Caracterização do município de Belford Roxo</i>	p. 49
5.1.1 <i>População</i>	p. 54
5.1.2 <i>O setor saúde municipal</i>	p. 55
<u>6. Metodologia</u>	p. 58
6.1 <i>Universo do Estudo</i>	p. 60
6.2 <i>Sujeitos da Pesquisa</i>	p. 61
6.3 <i>Instrumento de Coleta</i>	p. 61
6.4 <i>Caminhos Metodológicos</i>	p. 63
6.5 <i>Aspectos Éticos</i>	p. 63
<u>7. Análise e Discussão</u>	p. 65
7.1 <i>Análise Documental</i>	p. 65
7.1.2 <i>A Programação Anual de Saúde – 2010</i>	p. 72
7.1.2 <i>O Relatório Anual de Gestão – 2010</i>	p. 74
7.2 <i>Percepção dos trabalhadores e gestores sobre a promoção da saúde em nível de atenção primária desenvolvida pelas equipes da ESF em Belford Roxo</i>	p. 76

7.2 Perfil dos Entrevistados	p. 76
<u>8. Considerações Finais</u>	p. 95
<u>9. Referências Bibliográficas</u>	p. 99
ANEXO I A - Roteiro de Entrevistas para enfermeiros da atenção primária do município de Belford Roxo	p. 105
ANEXO I B - Roteiro de Entrevistas para a direção da Policlínica Regional de Saúde de Heliópolis do município de Belford Roxo	p. 106
ANEXO II - Termo de Autorização para Pesquisa no Município de Belford Roxo	p. 107
ANEXO III – Termo de Consentimento Livre e Esclarecido para todos os Sujeitos a serem entrevistados	p. 108

1. Introdução

Antes de iniciar a leitura deste trabalho, gostaria de realizar uma apresentação da trajetória desse estudo. Esta não se refere à justificativa deste trabalho e às questões que norteiam o estudo, mas apresenta um pouco da minha trajetória profissional que influenciou e muito no desenvolvimento deste trabalho e o contexto em que o trabalho se desenvolveu.

No período da graduação em nutrição na Universidade Federal Fluminense (UFF) fiz parte da equipe de coordenação do projeto da Cáritas Diocesana de Nova Iguaçu “Mutirão de Combate a Desnutrição Materno Infantil” realizado em alguns bairros do município de Belford Roxo e também fiz parte da equipe do Programa de Agricultura Urbana da AS-PTA (Assessoria e Serviços a Projetos de Agricultura Alternativa), e então tive a oportunidade de perceber o quanto o papel do nutricionista é importante na assistência integral à saúde, e que a nutrição não é uma ciência de fórmulas prontas que visa apenas a alimentação do indivíduo e sim todo o contexto que este se encontra.

Como nutricionista, minha primeira experiência na saúde pública foi no município de Belford Roxo compondo a equipe responsável pelo acompanhamento das famílias beneficiárias do Programa Bolsa Família. Aqui nesta experiência eu já podia perceber os desafios e limites na realização de um trabalho intersetorial no nível local, assim como o seu sucesso também. Há diversas teorias sobre a questão da intersetorialidade que envolve fracassos e vitórias, mas o meu entendimento é que não há como realizar estas ações sem a realização de alguma discussão sobre o tema e sobre as práticas intersectoriais. Logo após este trabalho, coordenei as ações de alimentação no município de Belford Roxo, onde me aproximei ainda mais das equipes de saúde da atenção básica através da implementação das ações de alimentação e nutrição. Eis que nesta experiência onde permaneci durante dois anos, deu-se início a minha inquietação ao perceber as barreiras à implementação dessas ações na Atenção Primária à saúde (APS).

Essa inquietação deu origem a principal questão norteadora deste trabalho: O que os profissionais de saúde da APS – local privilegiado para a realização das ações de promoção da saúde – entendem sobre promoção da saúde, quais são as ações de promoção da saúde realizadas, e em que contexto essas ações são realizadas no território?

É importante ressaltar que até iniciar um trabalho e perceber *in loco* as suas dificuldades, a maior parte de nós tem uma perspectiva inocente de que as ações de saúde acontecem de maneira organizada e adequada atendendo às necessidades dos usuários dos serviços. Entretanto as discussões realizadas no curso de especialização em saúde pública contribuíram para a construção de um olhar mais crítico destas ações. E desse modo, eu percebia que não apenas a implementação das ações de promoção da alimentação saudável, mas ações de promoção da saúde de um modo geral não faziam parte das atividades diárias das equipes de saúde. Isso era o retrato da conformação de uma APS que estava preocupada em resolver os problemas de saúde da população doente. É fato que esta configuração se dava por uma série de problemas que merecem uma discussão mais abrangente (mas que não será tratada aqui neste trabalho), como (1) os profissionais de saúde não tem plena consciência do seu papel de promover a saúde da população; (2) a questão da intersetorialidade é um desafio tanto na gestão como nas práticas à nível local; (3) quando as equipes de saúde que estão mais próximas dos usuários não inserem as ações de promoção da saúde na sua prática, estas ações restringem-se ao plano teórico e consequentemente estas equipes ficam com o papel de tratar as doenças existentes no território.

Por todas as questões citadas acima, este trabalho se propõe a analisar o planejamento e execução das ações de promoção da saúde nos documentos oficiais da secretaria de saúde do município de Belford Roxo e as ações de promoção da saúde realizadas pelas equipes de saúde de uma regional de saúde.

Para analisar tais questões o caminho adotado por este trabalho foi o seguinte:

- Revisão teórica sobre a APS e a promoção da saúde no Brasil;
- Avaliação dos documentos oficiais (Programação Anual de Saúde e Relatório Anual de Gestão) referentes ao ano de 2010;
- Realização de entrevista com os enfermeiros das equipes de saúde da família da regional de saúde de Heliópolis;
- Análise dos resultados à luz da teoria da estruturação de Giddens.

A revisão teórica se propõe a realizar uma contextualização sobre os temas propostos sem esgotar este tema neste trabalho

Neste trabalho discutiremos a partir dos resultados, a possível reorientação dos serviços, na medida em que verificaremos a realização de ações voltadas para a promoção da saúde e o planejamento e implementação de ações intersetoriais e com

foco na qualidade de vida nos documentos da secretaria municipal de saúde de Belford Roxo - RJ.

Nas ultimas décadas os indicadores de saúde apontam melhoria da qualidade das condições de vida das populações em muitos países do mundo, e isso é resultado das mudanças tecnológicas e maior disponibilidade de serviços ¹. A atenção à saúde historicamente tem investido na formulação e implementação de políticas com vistas à melhoria do acesso à saúde, assim como a inclusão da promoção da saúde na agenda das políticas publicas públicas.

A saúde é construída e vivida pelas pessoas dentro daquilo que fazem no seu dia-a-dia: onde elas aprendem, trabalham, divertem-se e amam. De acordo com a Carta de Ottawa (1986), a saúde é construída pelo cuidado de cada um consigo mesmo e com os outros, pela capacidade de tomar decisões e de ter controle sobre as circunstâncias da própria vida, e pela luta para que a sociedade ofereça condições que permitam a obtenção da saúde por todos os seus membros ².

Atualmente no Brasil, a Atenção Básica é normatizada por meio de uma política nacional, que a define como “um conjunto de ações de saúde, no âmbito individual e coletivo, que abrange a promoção e a proteção da saúde, a prevenção de agravos, o diagnóstico, o tratamento, a reabilitação, redução de danos e a manutenção da saúde com o objetivo de desenvolver uma atenção integral que impacte na situação de saúde e autonomia das pessoas e nos determinantes e condicionantes de saúde das coletividades³.” (p. 3). Tal política vem fortalecer a Atenção Básica em Saúde como porta de entrada preferencial do sistema de serviços de saúde e reafirmar a sua importância na organização da atenção no SUS.

Segundo a Política Nacional de Atenção Básica (PNAB), a Estratégia Saúde da Família (ESF) constitui-se prioridade, modelo para a reorganização e centro ordenador das redes de atenção à saúde no SUS. A política se orienta pelos princípios e diretrizes do sistema e visa contribuir para efetivar a universalidade, a integralidade, a equidade, o acesso, a coordenação do cuidado, o vínculo, a humanização ³.

A mudança do modelo assistencial do SUS através da ESF exige uma mudança no processo de trabalho da equipe de saúde que deixa de focar apenas na atenção às doenças e passa a ter seu foco dirigido à promoção e manutenção da saúde.

A expansão da ESF traz a necessidade de qualificação da atenção, de forma a obter as mudanças necessárias no processo de trabalho das equipes que compreendam

as ações de promoção da saúde como parte do seu trabalho, numa abordagem ampliada de saúde, que inclua o sujeito e suas subjetividades.

Nesse cenário, a realização de atividades coletivas e o envolvimento direto da equipe com a comunidade sob o prisma da Promoção da Saúde são atividades essenciais. A ESF precisa adotar uma postura abrangente, que perceba e respeite as peculiaridades culturais do seu espaço de atuação. Esta postura deve apoiar as necessidades individuais e comunitárias para uma vida mais saudável, abrindo canais entre o setor saúde e os setores sociais, políticos, econômicos e ambientais.

Visando fortalecer esta integração e por considerar a APS o local privilegiado para operacionalização das ações de promoção da saúde, o Ministério da Saúde (MS) publicou a Política Nacional de Promoção da Saúde (PNPS) em 2006.

A PNPS foi publicada no mesmo ano da primeira edição da PNAB¹, e por isso fazem parte de um mesmo contexto histórico e político, onde se pretendia fortalecer a atenção básica, assim como institucionalizar a Promoção da Saúde (PS) no Brasil.

A PNPS (2006) prevê o estabelecimento de mecanismos para a qualificação dos profissionais do sistema local de saúde para desenvolver as ações de promoção da saúde e a realização de oficinas de capacitação, envolvendo equipes, multiprofissionais, prioritariamente as que atuam na atenção básica⁴.

Entretanto a promoção da saúde deve ser entendida como uma das estratégias de organização da gestão e das práticas em saúde, e não apenas como um conjunto de procedimentos que informam e capacitam indivíduos e organizações, ou que buscam controlar determinantes das condições de saúde em grupos populacionais específicos. Sua maior importância reside na diversidade de ações possíveis para preservar e aumentar o potencial individual e coletivo social de eleição entre diversas formas de vida mais saudáveis, indicando duas direções: (i) integralidade do cuidado e (ii) construção de políticas públicas favoráveis à vida, mediante articulação intersetorial⁵.

A promoção da saúde é importante para repensar as práticas de saúde nas Unidades da atenção básica, de modo que os gestores, profissionais e agentes de saúde planejem as suas ações como promotoras da saúde em superando o olhar focado apenas na cura das enfermidades. Este trabalho se baseia no fato percebido muitas

¹ A segunda versão da PNAB foi publicada em 21/10/2011 e aponta para a redefinição dos “princípios gerais, responsabilidades de cada esfera de governo, infra-estrutura e recursos necessários, características do processo de trabalho, atribuições dos profissionais, e as regras de financiamento, incluindo as especificidades da estratégia Saúde da Família.

vezes de que a atenção básica, principal responsável pela promoção, em alguns momentos se reduz a recuperação das doenças. De acordo com Czeresnia (2008), a saúde pública se define como responsável pela promoção da saúde, enquanto as suas práticas são organizadas em torno de conceitos de doença ⁶.

O papel do setor saúde deve mover-se, gradativamente, no sentido da promoção da saúde, além das suas responsabilidades de prover serviços clínicos em todos os níveis de atenção. Os serviços de saúde precisam adotar uma postura abrangente, que perceba e respeite as peculiaridades culturais do seu espaço de atuação. Esta postura deve apoiar as necessidades individuais e comunitárias para uma vida mais saudável, abrindo canais entre o setor saúde e os setores sociais, políticos, econômicos e ambientais.

Dessa forma entende-se que é papel do gestor municipal incluir as ações de promoção da saúde dentro do seu planejamento e incentivar e apoiar para que as ações de promoção da saúde seja parte da rotina das unidades de saúde e que a atenção básica possa priorizar estas ações.

No município de Belford Roxo a promoção da saúde está expressa no Plano de Saúde e na Programação Anual de Saúde através do planejamento de diversas ações, porém nem sempre estas ações, assim como a noção de promoção da saúde estão incorporadas nas ações das equipes de saúde. Esta realidade acontece em função de diversas razões como as questões estruturais e organizacionais, que perpassam o cotidiano do trabalho das equipes de saúde interferindo positiva ou negativamente.

Por esta razão, este estudo tem a finalidade de analisar as ações de promoção da saúde desenvolvida pelos profissionais das equipes de saúde da família do município de Belford Roxo.

3. Objetivos

3.1- Geral

- Analisar as ações de promoção da saúde realizadas pela atenção básica em uma regional de saúde do município de Belford Roxo - RJ

3.2- Específicos

- Identificar o significado de promoção da saúde para o gestor local e profissionais de saúde de uma regional de saúde;

- Analisar o planejamento das ações de promoção de saúde nos documentos oficiais do município;

- Identificar quais as ações de promoção da saúde são desenvolvidas e os atores envolvidos nestas ações;

- Analisar o contexto em que as atividades de promoção da saúde são desenvolvidas nas unidades de saúde.

3. Atenção Primária à Saúde

O debate sobre a atenção primária à saúde passa a ser intensificado internacionalmente a partir dos anos 1970 resultante dos questionamentos referente a organização da atenção à saúde, baseada em um modelo médico hegemônico especializado e intervencionista, com excessiva fragmentação da assistência e pouco impacto na melhoria da situação de saúde da população. Outro fator que impulsionou esse debate foi a lacuna existente entre o estado de saúde nos países desenvolvidos e naqueles em desenvolvimento, que chamava atenção para a desigualdade no acesso a serviços de saúde ⁷.

No entanto, a ideia de APS foi utilizada como forma de organização dos sistemas universais de saúde pela primeira vez no chamado Relatório Dawson, apresentado na Inglaterra em 1920 ⁸. Neste documento, os centros de saúde eram apresentados como “uma instituição equipada para serviços médicos preventivos e curativos sob a condução de médicos generalistas em cooperação com os serviços de enfermagem e apoio de especialistas ⁷”. Os centros de saúde seriam a “porta de entrada” do sistema, onde atuariam médicos generalistas, os GPs (*General Practitioners*) ⁷.

Este modelo de atenção à saúde proposto no Relatório Dawson influenciou a organização dos sistemas de saúde em todo o mundo, principalmente nos países que instituíram sistemas nacionais universais. Tais sistemas configuram uma modalidade de intervenção governamental baseada na concepção de saúde como direito de cidadania, logo, direito de todos e dever do Estado garanti-la, e, portanto, deve ser igualmente distribuído, independente da capacidade de pagamento do indivíduo.

Um aspecto importante para a caracterização da APS é a análise da inserção deste serviço na rede assistencial como serviço de primeiro contato, considerado instrumento fundamental para permitir a coordenação do cuidado. A partir de 1920 alguns países como Inglaterra, Estados Unidos e Canadá iniciaram uma ampla discussão sobre o tema da medicina preventiva, em um contexto de crítica à medicina curativa predominante nas escolas médicas. Baseada em uma abordagem integral, centrada no indivíduo e na família, a medicina preventiva teve seus princípios básicos sistematizados na obra clássica dos autores Leavell e Clark, 1965, onde são apresentados os níveis de aplicação de medidas preventivas na história natural da doença ⁹.

Os resultados da discussão em torno da medicina preventiva influenciaram a caracterização da APS e de suas práticas, ao somarem questões essenciais como a atenção que se faz em primeiro lugar e que se faz mais próxima do cotidiano dos indivíduos e das famílias ⁸.

A partir da década de 1960, sob o olhar da medicina preventiva, a medicina comunitária fundamenta a atenção primária por meio de programas docentes assistenciais, conciliando formação médica e ações de saúde na comunidade ¹⁰. Estes programas foram amplamente disseminados em vários países, tendo repercussão nos países mais pobres, e se transformaram em estratégias dos governos no sentido de fortalecer as políticas de desenvolvimento econômico e social ⁸.

Em 1977, na Assembléia Mundial de Saúde, a OMS propôs como principal meta dos governantes e da própria instituição a “Saúde para Todos no Ano 2000” (SPT 2000). Em 1978 ocorreu a I Conferência Internacional sobre Cuidados Primários de Saúde, convocada pela Organização Mundial de Saúde em parceria com o Fundo das Nações Unidas para a Infância (*United Nations Children's Fund* - UNICEF), realizada em Alma-Ata, no Cazaquistão. Nesta conferência, a APS foi adotada como estratégia para alcançar a meta SPT 2000, e apontada como componente fundamental de um sistema de saúde eficaz. Enquanto a concepção de atenção primária defendida pela OMS, difundida a partir de Alma Ata, apontava para a atenção integral, críticas a esta concepção, interpretada como idealizada, geraram a difusão de uma proposta seletiva, que ganhou apoio de outras agências internacionais, entre elas o próprio UNICEF, que apoiara a realização da Conferência de Alma-Ata ¹¹.

Deste modo, a Conferência de Alma-Ata é considerada um marco histórico na discussão da APS abrangente, e a Conferência de Bellagio - realizada pela Fundação Rockefeller na Itália em 1979, com o tema “*Health and Population in Development*” – pode ser considerada um marco, pois a partir de então se tem a tensão entre essas duas formas de interpretação da APS. A noção de atenção primária seletiva introduz uma nova perspectiva, que se referia a um pacote de intervenções técnicas de baixo custo para combater as principais doenças que acometiam as populações dos países em desenvolvimento ¹¹.

A ideia seletividade era difundida pelo Banco Mundial (BM), que defendia a noção de “cestas básicas” de serviços de saúde, sugerindo que, ao setor público, caberia apenas a provisão de um conjunto mínimo de ações essenciais a quem não pudesse arcar

individualmente com os gastos em saúde ¹⁰. Embora a proposta que tenha prevalecido nos processos de reforma dos países em desenvolvimento tenha sido a de atenção primária seletiva, recentemente observou-se um movimento oposto, de resgate da concepção abrangente de atenção primária proposta em Alma Ata.

O documento da Organização Pan-Americana de Saúde (OPAS), intitulado “Renovação da Atenção Primária em Saúde nas Américas” (2005) resgata a discussão da concepção abrangente de atenção primária proposta em Alma Ata e tem o objetivo de reiterar o desenvolvimento e o fortalecimento dos sistemas de saúde baseados na Atenção Primária em toda região das Américas ¹¹. Giovanella (2008), afirma que o fato é que o termo “atenção primária à saúde” apresenta distintas interpretações, envolvendo questões teóricas, ideológicas e práticas, com conseqüências diferenciadas quanto às políticas implementadas e à garantia do direito universal à saúde ⁷.

Da atenção primária proposta em Alma Ata até hoje, diversas terminologias são utilizadas para denominar APS que se considerava avanço ou especificidade em relação à proposta original. Nesse sentido tem-se: atenção primária à saúde, atenção primária seletiva, atenção primária orientada para a comunidade e, mais recentemente, a atenção primária renovada. No Brasil, em função da disseminação internacional nos anos 1980 da concepção seletiva de atenção primária, optou-se pela utilização do termo atenção básica, mas que em alguns momentos é referenciado como atenção primária ¹².

Starfield (2002) utiliza uma abordagem abrangente e define a APS como ¹³:

“nível de um sistema de serviço de saúde que oferece a entrada no sistema para todas as novas necessidades e problemas, fornece atenção sobre a pessoa (não direcionada a enfermidade), (...) coordena ou integra a atenção fornecida em algum outro lugar (...) compartilha características com os outros níveis dos sistemas de saúde (...) a atenção primária não é um conjunto de tarefas ou atividades clínicas exclusivas (...) a atenção primária é uma abordagem que forma a base e determina o trabalho de todos os outros níveis dos sistemas de saúde”. (p. 28)

Para a autora, a atenção primária é compreendida como uma abordagem que forma a base e determina o trabalho de todos os demais níveis do sistema de saúde. É a atenção que organiza e racionaliza o uso de recursos básicos e especializados,

direcionados para a promoção, prevenção, cura e reabilitação, para maximizar a saúde e o bem-estar ¹³.

Starfield (2002) ainda destaca alguns princípios que devem nortear a APS, tais como: primeiro contato, longitudinalidade, integralidade, coordenação, e resolutividade. O primeiro contato representa a “porta de entrada” ao sistema de saúde e implica acessibilidade e uso dos serviços a cada novo problema ou novo episódio de um problema pelo qual as pessoas buscam atenção à saúde; a longitudinalidade se expressa na relação pessoal de longa duração entre os profissionais de saúde e os usuários em suas unidades de saúde, ou seja, “fortes laços interpessoais que refletem a cooperação mútua entre as pessoas e os profissionais de saúde”; a integralidade implica na oferta de uma variedade de serviços e o reconhecimento das necessidades dos usuários, de forma a melhor atender e/ou orientar a sua resolução; a coordenação significa a disponibilidade de informações sobre os problemas e serviços de saúde, o reconhecimento e a utilização de tais informações para suportar as decisões quanto às intervenções a serem tomadas na atenção à saúde, sejam elas individuais ou coletivas, resolutividade é a capacidade de resolução e encaminhamento dos problemas e demandas, individuais e/ou coletivas, alcançada pelo sistema de saúde ¹³.

A integração da APS com outras políticas públicas, a fim de promover a intersetorialidade, e com os demais níveis de atenção, para garantia do acesso a serviços de saúde de acordo com as necessidades de cada cidadão e do direito à atenção à saúde, denominadas, respectivamente, integração horizontal e integração vertical, são aspectos cruciais para a reorganização dos sistemas de saúde com base na APS abrangente preconizada em Alma-Ata ¹⁴.

Em resumo, a compreensão do termo atenção primária à saúde é permeada por diversas dimensões que oferecem diferentes concepções de atenção primária. O predomínio de uma concepção em detrimento de outra nos diferentes sistemas de saúde está relacionado às particularidades dos sistemas, que são implementados em diferentes conjunturas sociais, políticas e econômicas.

3.1 A implementação do Sistema Único de Saúde

A reorganização dos serviços básicos foi apresentada no projeto da Reforma Sanitária brasileira desde a década de 1970, quando, no processo de democratização do país, um movimento sanitário envolvendo estudantes, profissionais de saúde, residentes, professores de departamentos de medicina preventiva e social, além de técnicos engajados defendeu a unificação do sistema de saúde e valorizou o primeiro nível de atenção ⁷.

A criação de um Sistema Único de Saúde, unificando a condução da política nacional de saúde, foi uma das propostas da 8ª Conferência Nacional de Saúde ¹⁵. As bases legais para a organização do SUS discutidas na 8ª Conferência Nacional de Saúde foram consagrados na Constituição Federal de 1988, no capítulo sobre a Seguridade Social, e detalhado nas Leis Orgânicas da Saúde 8.080 e 8.142, ambas de 1990, que tratam da organização dos serviços, da participação comunitária e financiamento do sistema, respectivamente ^{16, 17, 18}.

A Reforma Sanitária, ao introduzir a noção de direito social e instituir um sistema de saúde de acesso universal e igualitário, rompe definitivamente com o modelo corporativista dos anos 1930, do benefício como privilégio.

A criação do SUS em 1990 significou a inclusão de milhares de brasileiros às ações de saúde. Entretanto, alguns autores chamam atenção para o fato de a universalização no sistema de saúde brasileiro não ter assumido a função de incluir efetivamente todos os segmentos sociais, mas garantir o atendimento aos setores de menor poder aquisitivo, excluindo para o subsistema privado os segmentos médios em diante, o que os autores como Faveret e Oliveira ¹⁹ denominaram de “universalização excludente”.

Este processo teve início com a ampliação do acesso aos serviços públicos de saúde, mediante a incorporação de trabalhadores rurais, autônomos e domésticas como beneficiários na década de 1970, e se concretizou com a abertura do acesso ao sistema público de saúde a toda a população, independentemente de qualquer critério ocupacional ou rendimento na década de 1980. Essa universalização não foi acompanhada de uma expansão correspondente da rede de serviços, resultando na redução da qualidade dos serviços, demora no atendimento, que funcionaram como mecanismos de racionamento que acomodaram a demanda ampliada à oferta em lento crescimento ¹⁹.

Os principais princípios e diretrizes do SUS estabelecidos na Lei Orgânica são: a universalidade de acesso em todos os níveis de assistência; a igualdade na assistência à saúde; integralidade da assistência; participação da comunidade e a descentralização político administrativa, com direção única em cada esfera de governo ¹⁷.

A efetivação destes princípios constitui grande desafio para as políticas públicas de saúde, entretanto o desenho organizacional do SUS vem permitindo avanços na implementação de estratégias que possibilita uma maior aproximação com seus princípios.

Favoreto ²⁰ afirma que os avanços teóricos e os arranjos políticos e técnico-operacionais voltados à reestruturação da atenção básica são diversos e predominam a crítica ao modelo médico flexneriano hegemônico e às propostas de medicina simplificada (como a medicina comunitária), bem como estratégias de organização das práticas em Saúde da Família baseadas no discurso da promoção da saúde.

Um aspecto importante a partir da implementação do SUS foi o avanço do processo de descentralização do setor saúde no Brasil. Bodstein ²¹ assinala que a esfera municipal, ainda que de modo lento, gradual e negociado, torna-se a principal responsável pela gestão da rede de serviços de saúde no país, e, portanto, pela prestação direta da maioria das ações e programas de saúde. Um dos desafios colocados por este processo é a questão da heterogeneidade dos municípios brasileiros no que diz respeito às desigualdades sociais, regionais e capacidade de gestão do sistema.

O processo de descentralização no SUS foi orientado pela publicação das Normas Operacionais Básicas – NOB. De acordo com Levcovitz, Lima e Machado ²², a descentralização é a única diretriz do SUS que não confronta com as idéias neoliberais fortalecidas nos anos 1990, o que favoreceu o avanço do processo. Nos anos 1990 foram editadas três NOB: NOB SUS 01/91; NOB SUS 01/93; NOB SUS 01/96 ²³.

As NOB são portarias do ministro da saúde, onde são abordados aspectos de divisão de responsabilidades, relações entre gestores, e critérios de transferências de recursos federais para estados e municípios. A NOB 93 teve um papel fundamental no fortalecimento da municipalização e a NOB 96 teve como principais objetivos: promover e consolidar o pleno exercício, por parte do poder público municipal, da função de gestor da atenção à saúde de seus habitantes com respectiva redefinição das responsabilidades dos estados, do Distrito Federal e da União; caracterizar a responsabilidade sanitária de cada gestor na prestação de ações e serviços ou na garantia

da referência; reorganizar o modelo assistencial; fortalecer a gestão do SUS e estabelecer vínculo entre o cidadão e o SUS ²³.

A publicação da NOB 96 e de um conjunto de portarias subseqüentes que alteraram a lógica de transferência de recursos do governo federal para a atenção básica ao instituírem o Piso de Atenção Básica (PAB), com uma parte fixa e outra variável, expressaram a ênfase do governo federal na reorganização do modelo de atenção à saúde, a partir da atenção básica, e assim, evidenciou-se como estratégia principal, a ampliação de cobertura do Programa de Saúde da Família e do Programa de Agentes Comunitários de Saúde.

A implantação do PAB traz como principal novidade a transferência regular e automática, com repasse federal feito diretamente aos municípios. A condição de habilitação ao PAB é definida pela NOB/96 e obriga a criação do Fundo Municipal de Saúde e do Conselho Municipal de Saúde, dando relativa autonomia e crescente responsabilidade ao gestor municipal. Esta nova forma de transferência de recursos dissocia a produção do faturamento, característica central do sistema anterior ²³. Isto é, através do sistema de pagamento por serviços previamente prestados, os municípios mais pobres e, portanto, sem uma infra-estrutura adequada de unidades e de estabelecimentos de saúde vinham sendo prejudicados, pois recebiam do SUS valores menores, porém coerentes, por um lado, com a precariedade da rede de saúde existente no local e, por outro, com a quantidade de procedimentos e atendimentos realizados ²³. O antigo sistema, através do faturamento com base no número de atendimentos e de procedimentos realizados, perpetuava um modelo de pós-pagamento, incentivando a lógica do aumento crescente de procedimentos e um superfaturamento dos serviços prestados. Procedimentos mais caros usualmente predominavam sobre os mais simples, atuando como um desestímulo à adoção de medidas preventivas e de promoção à saúde. O PAB introduz uma outra lógica no financiamento da assistência à saúde, dissociando produção e faturamento. Assim, as prefeituras passam a receber regular e diretamente recursos para investir naqueles procedimentos definidos como prioritários e fundamentais para um programa de prevenção e promoção à saúde, consultas médicas e odontológicas, exames de pré-natal, vacinas e vigilância sanitária ²¹.

3.2 A atenção primária à saúde no SUS

O princípio da equidade em saúde, um valor fundamental na Reforma Sanitária permitiu a busca pela reestruturação dos serviços para oferecer atenção integral e garantir que as ações básicas fossem acompanhadas pelo acesso universal à rede de serviços mais complexos conforme as necessidades ⁷.

Em 1991, o Ministério da Saúde regulamentou o Programa de Agentes Comunitários de Saúde (PACS), a partir das experiências que já vinham se desenvolvendo principalmente na região Nordeste. Os Agentes Comunitários de Saúde (ACS) são moradores das áreas assistidas que são capacitados para atuar junto a 100 a 250 famílias, não ultrapassando 750 pessoas. Seu trabalho é supervisionado e avaliado por um enfermeiro, que deverá ter sob a sua responsabilidade um número máximo de trinta ACS. Na equipe do PACS não há a presença do médico.

O PACS tinha suas ações centradas na diminuição da mortalidade materno – infantil, por meio da prestação de cuidados básicos de saúde como incentivo ao aleitamento materno, controle da diarreia com foco na terapia de reidratação oral e imunização ²⁴.

Em um cenário de mobilização dos municípios por apoio financeiro para a operacionalização da rede básica e os avanços positivos do PACS, em especial a diminuição da mortalidade infantil e materna, e a necessidade de ampliar sua capacidade resolutiva e de criar as condições para a sua expansão em direção a áreas de maior complexidade urbana, levaram o Ministério da Saúde a criar em 1993 o Programa Saúde da Família ⁷.

As mudanças geradas pelo PSF desde sua criação envolvem não só o modelo de atenção, mas a organização do sistema de saúde e a modalidade de alocação dos recursos ²⁵.

Em termos normativos, a APS ganhou destaque na política nacional de saúde a partir da edição da NOB 96 e o Ministério da Saúde adota o PSF como a estratégia prioritária para o fortalecimento das ações de atenção básica no SUS. Sua rápida expansão, sob forte incentivo do Ministério da Saúde, evidenciou problemas e desafios ainda não equacionados, na medida em que este modelo de atenção, pautado pela integralidade, exige recursos apropriados, profissionais capacitados e um sistema organizado de referências para diversos níveis de complexidade. Nesse sentido, é fundamental investir nas condições necessárias para que a ESF seja uma prática

transformadora como se propõe. Do contrário, corre-se o risco de confundir a adoção deste programa com uma estratégia de medicina simplificada para populações carentes como definido por alguns autores da saúde pública.

Atualmente ainda é possível perceber que embora haja um imenso esforço e incentivo do Ministério da Saúde para reorientação das práticas de saúde, encontramos em curso no Brasil o modelo hospitalocêntrico, extremamente fragmentado. Mesmo com diversas pesquisas como a de Starfield ²⁶ que mostrou que, quanto maior a orientação do sistema para a atenção primária, menor é o custo com a saúde de uma forma geral, ainda é comum nos depararmos com práticas de saúde voltadas para a centralidade do atendimento na enfermidade e não na pessoa, falta de diálogo e dificuldade de apreensão das necessidades de saúde colocadas pela população atendida ²⁷.

Os valores da APS para alcançar a saúde para todos requerem sistemas de saúde que: “coloquem as pessoas no centro dos cuidados de saúde”¹³. Caminhar em direção à saúde para todos exige que os sistemas de saúde respondam aos desafios de um mundo em mudança e às crescentes expectativas de um melhor desempenho. Isto envolve uma reorientação substancial da maneira como os serviços de saúde operam nas sociedades de hoje.

3.3 A Estratégia de Saúde da Família

A origem do PSF está diretamente relacionada à formulação pelo Ministério da Saúde, em 1991, do Programa de Agentes Comunitários de Saúde, vinculado à Fundação Nacional de Saúde (FNS). A criação do PACS representou a institucionalização de experiências locais de práticas com agentes comunitários que já vinham sendo desenvolvidas de forma isolada e focalizada em diversas regiões do Brasil ²⁸.

O principal objetivo da criação desse programa era contribuir para a redução da mortalidade infantil e materna, principalmente nas regiões Norte e Nordeste, através da extensão da cobertura de serviços de saúde para as áreas mais pobres. Além disso, a implementação do PACS teve caráter emergencial (combate e controle da epidemia de cólera) e visou dar suporte à assistência básica onde não houvesse condições de interiorização da assistência médica ⁷.

A expansão do PACS se dá sob tensão, em um contexto desfavorável, pois não havia consenso sobre a efetividade do programa, e dessa forma há o reconhecimento da necessidade emergente de se adotar uma estratégia estruturada, integrada ao Sistema Municipal de Saúde, que incluísse e incorporasse recursos humanos e tecnologias nas práticas de assistência propostas. Nesse contexto, surge o Programa de Saúde da Família.

Segundo Viana e Dal Poz ²⁸, o PSF surgiu tendo como base de formação o mapa da fome produzido pela Comunidade Solidária. A criação desse programa evidenciou um novo tipo de aliança na política de saúde, com participação de novos atores: gestores locais, técnicos externos à área de saúde, tais como os técnicos da Comunidade Solidária e de organismos internacionais como o UNICEF, e associações de comunidade. A nova tríade de apoio político ao programa que se constituiu – comunidade, municípios e Ministério da Saúde – garantiu a continuidade deste e o seu fortalecimento, possibilitando neutralizar os opositores iniciais do programa: corporações profissionais, preocupadas em garantir o mercado de trabalho dos profissionais médicos e de enfermagem; a Pastoral da Saúde, que desenvolvia programas de agentes comunitários e se opôs ao cadastramento das famílias pelas unidades de saúde do programa; e alguns gestores estaduais.

No primeiro momento a cobertura populacional do programa evoluiu muito pouco. A expansão concentrou-se em pequenos municípios das regiões Norte e Nordeste, em áreas onde as redes públicas de atenção básica eram praticamente inexistentes ⁷.

O estímulo dado pela NOB 96 à implantação do PSF foi significativo, contudo, é a partir 1998, quando os municípios passaram a receber o PAB, que é possível observar crescimento expressivo do número de equipes. Em 1998, o Ministério da Saúde assume o PSF como “estratégia estruturada para a organização do sistema de saúde”, e impõe metas ambiciosas de expansão do programa nos anos subseqüentes ²⁹. Em 2006, o MS implementa a Política Nacional de Atenção Básica com diversos propósitos e entre eles, responder a questões como a aproximação dos serviços das necessidades de saúde das populações; integrar as modalidades assistenciais de modo a aumentar a efetividade e melhorar a relação custo benefício das ações de saúde; modificar os processos em saúde investindo numa relação horizontal e dialógica entre eles; assim como a incorporar

novos atores, saberes e práticas que desenvolvam, valorizem e legitimem as ações básicas e, particularmente, o trabalho de médicos generalistas ³⁰.

A integralidade na prática da APS pressupõe um mergulho na complexidade do sujeito, partindo do sofrimento do indivíduo e indo de encontro à teia de relações causais e do contexto de vida das pessoas, proporcionando uma aproximação aos determinantes sociais do processo saúde-doença. Esta aproximação, muitas vezes originada do encontro de um integrante da equipe de saúde com um usuário em um contexto clínico, deve ser o primeiro passo para o enfrentamento desses condicionantes em nível individual e coletivo ¹².

Ao implantar a PNAB, o Ministério da Saúde propõe um novo modo de conformação do sistema de saúde, onde a atenção primária tem a responsabilidade de ser o eixo orientador de todo o sistema. Este novo modo de organização é uma forma de enfrentamento das práticas de saúde individuais, muito frequente no modelo biomédico como citado por Starfield ¹³.

“A atenção médica eficaz não está limitada ao tratamento da enfermidade em si; deve considerar o contexto no qual a doença ocorre e no qual o paciente, vive. Além disso, raramente as enfermidades existem de forma isolada, especialmente quando apresentadas ao longo do tempo ¹³” (p. 20).

Com este incentivo dado pelo Ministério da Saúde, o Programa de Saúde da Família se expande no Brasil, sendo em 1998 implantadas 3.062 equipes de saúde da família, em 1.134 municípios e em 2011 este número chega em 31.981 equipes implantadas em 5.279 municípios.

Alguns autores reconhecem que ainda há desafios para que a ESF possa ser considerada o eixo coordenador do sistema de saúde. Em seu estudo sobre a trajetória de implantação do programa de saúde da família, nos municípios de Teresina, Rio de Janeiro e Volta Redonda, Favoreto e Camargo ²⁰ afirmam que é preciso enfrentar problemas com relação à resolutividade da estratégia de saúde da família, entre eles o despreparo e qualificação insuficiente dos médicos de família, a falta de integração do ESF com outros serviços – consequência da dificuldade de implantar um sistema de referencia e contrareferência, e as precariedades das redes ambulatoriais e hospitalares existentes. Oliveira *et al* ³¹ em seu trabalho denomina a ESF como experiência com

“modelos assistenciais alternativos” e até acredita que a atenção primária tem a perspectiva de absorver e resolver grande parte dos problemas de saúde da população, contribuindo para o esvaziamento dos prontos socorros e hospitais, mas que na prática dos usuários dos serviços de saúde ainda preferem os hospitais pela baixa resolutividade da ESF. Entretanto, diversos estudos apontam os avanços em relação aos indicadores de saúde após a implantação da ESF, tais como melhoria no acesso à assistência à saúde; captação e acompanhamento de gestantes no pré-natal; melhorias quanto às taxas de aleitamento materno, e queda na mortalidade infantil ³¹.

3.4 O trabalho das equipes de saúde da família e a promoção da saúde

Uma equipe de Saúde da Família tem responsabilidade sobre a saúde de uma população composta por no máximo 4000 pessoas moradoras de uma área geográfica definida. As equipes de saúde da família são integradas por no mínimo um médico, um enfermeiro, uma auxiliar de enfermagem ou técnico de enfermagem e agentes comunitários de saúde. Além disso é necessário que haja uma infraestrutura mínima para a atuação das equipes como consultórios, sala de cuidados básicos de enfermagem, sala de vacina e sanitários, equipamentos e materiais adequados à execução das ações programadas, de forma a garantir a resolutividade da atenção primária. Os ACS devem ter no máximo 750 pessoas sob a sua responsabilidade para acompanhamento e cada equipe, no máximo 12 ACS, onde atuarão em territórios previamente delimitados ³.

Esta área corresponde ao território de atuação da equipe. O território aqui não se refere apenas a uma área geográfica, mas sim à definição proposta por Santos ³² (p. 311): “território usado pelos homens, tal qual ele é, isto é, o espaço vivido pelos homens, sendo também, o teatro da ação de todas as empresas, de todas as instituições.” Esta é a definição de território vivo que engloba a teia de relações humanas que se constroem sobre uma base geográfica, influenciada por fatores econômicos, sociais, culturais, políticos e epidemiológicos. Esses fatores e suas inter-relações são os determinantes do processo saúde-doença sobre os quais a equipe de saúde e a própria população têm co-responsabilidade, contando com o apoio de outros setores afins ao sistema de serviços de saúde ¹².

Os territórios-áreas não costumam ser homogêneos: existem micro-áreas de especial interesse da equipe de saúde, porções do território com características

particulares, e que configuram micro-áreas de maior ou menor risco à saúde da população que ali reside. A definição do território-área é o início do processo de territorialização. Neste sentido, a realização do mapeamento do território-área é ferramenta que qualifica as ações individuais e coletivas da equipe de saúde. O cadastramento da população residente no território é necessário, pois a equipe de saúde da família é responsável por ações de vigilância em saúde que vão além da utilização da unidade para o cuidado em saúde. Além disso, a produção de informações sobre a saúde da população exige o conhecimento do total de moradores da área de adscrição.

A ESF contém diretrizes normativas, com objetivos e operações claramente definidos e representa uma transformação do modelo de atenção à saúde, por criar novas oportunidades de acesso aos serviços às populações mais vulneráveis, isto é, mais expostas aos riscos de adoecer; por estabelecer uma metodologia de organização do trabalho dos profissionais de saúde centrada no indivíduo, sua família e seu ambiente, estreitando os vínculos e permitindo um conhecimento mais apropriado da realidade em que vivem as pessoas e de quais são suas necessidades; por traduzir, na prática, o conceito de responsabilidade sanitária, criando espaços de construção de cidadania; por articular-se à rede de saúde, de forma hierarquizada e regionalizada, para garantir o acesso aos serviços de maior complexidade e, finalmente, por promover o estabelecimento de relações intersetoriais que possam atender demandas relacionadas às condições de vida das pessoas e famílias residentes em um dado território, através de políticas públicas mais integradas. Com base neste discurso, é possível perceber a incorporação das noções e propostas da “Promoção da Saúde” no processo de trabalho da ESF ³³.

Entretanto, a mudança do modelo assistencial do SUS através da Estratégia Saúde da Família exige uma mudança no processo de trabalho da equipe de saúde que deixa de focar apenas na atenção às doenças e passa a ter seu foco dirigido à promoção e manutenção da saúde. As equipes de saúde da família são responsáveis pela promoção da saúde, pelo atendimento da demanda espontânea e programada, por atividades de prevenção de doenças, manutenção de saúde e atenção a fases específicas do ciclo de vida ¹².

Essa discussão sobre a responsabilidade das ações de promoção da saúde pelas equipes de saúde da família já acontece desde o início da concepção do PSF. Mendes ³⁴

discutiu o PSF dentro da perspectiva de organização da atenção primária e o relacionou com as ações de promoção da saúde, mas sem deixar de lado as atividades curativas:

“A saúde da família, como estratégia de organização da atenção primária, deseja criar no primeiro nível do sistema, verdadeiros centros de saúde, em que uma equipe de saúde da família em território de abrangência definido, desenvolve ações focalizadas na saúde; dirigidas às famílias e ao seu habitat; de forma contínua e personalizada e ativa; com ênfase relativa no promocional e no preventivo mas sem descuidar do curativo-reabilitador; com alta resolutividade; com baixos custos diretos e indiretos, sejam econômicos, sejam sociais e articulando-se com outros setores que determinam a saúde (p. 275-6)

Entretanto, alguns autores chamam a atenção para que não haja um reducionismo das ações realizadas pelas equipes de saúde da família, limitando assim as suas práticas. Fausto e Matta ⁸ relatam que as ações de promoção e prevenção ainda apresentam um viés essencialmente vertical, programático e campanhista.

A promoção da saúde não pode se restringir ao ordenamento de ações que garantam bem estar ou evitem riscos à população, mas também oferecer condições de escolhas aos indivíduos ³³.

Portanto, empoderar pessoas pressupõe reconhecer suas necessidades e permitir que elas façam suas escolhas, o que pode facilitar ou contrariar a adesão ao discurso normativo da saúde.

4. Promoção da Saúde – Aspectos históricos e conceituais

Os principais pressupostos do movimento de Promoção da Saúde estão relacionados a antigas preocupações do movimento sanitário europeu do século XIX que já reconhecia os governos locais e as associações comunitárias como agentes importantes no equacionamento dos problemas de saúde.

O processo de urbanização europeu que resultou na deterioração das condições de vida das populações carentes por volta de 1840 tornou-as vulneráveis à epidemias por doenças infectocontagiosas. Neste mesmo período, Thomas McKeown, estudando os fatores causais da mortalidade da população inglesa identifica que o desenvolvimento econômico e uma nutrição adequada estavam relacionados com a qualidade de vida da população. Rosen, referindo-se a estes acontecimentos fala da importância do desenvolvimento de uma abordagem intersectorial para combinar estes dois elementos que são fundamentais para a Promoção da Saúde ³⁵.

A primeira menção à ideia da Promoção da Saúde foi feita pelo sanitarista Henry E. Sigerist em 1945, definindo-a como uma das quatro tarefas essenciais da medicina, a saber: promoção da saúde, prevenção de doenças, restabelecimento do doente e reabilitação e por Leavell e Clark (1976) que relacionam a Promoção da Saúde com ações do primeiro estágio da História Natural das Doenças constituído pelo período pré patogênico e patogênico, e consideram que tal modelo “compreende todas as inter-relações do agente, do hospedeiro e do meio ambiente, que afetam o processo global e seu desenvolvimento” ^{6, 35}.

A prevenção primária, desenvolvida no período de pré-patogênese, consta de medidas destinadas a promover uma saúde geral melhor, pela proteção específica do homem contra agentes patológicos ou pelo estabelecimento de barreiras contra os agentes do meio ambiente ³⁶. De acordo com este modelo, a promoção da saúde está relacionada com a alimentação adequada (respeitando cada fase da vida), desenvolvimento da personalidade, além de condições de moradia e trabalho agradáveis, ou seja, trata-se de um enfoque da promoção da saúde centrado no indivíduo, com uma projeção para a família ou grupos, dentro de certos limites ³⁷.

Este debate contemporâneo sobre a promoção da saúde iniciou mais fortemente na década de 1970 no Canadá com a divulgação do Informe Lalonde impulsionado pelo enfrentamento dos custos da assistência médica vigente e o questionamento dos limites da abordagem médica para as doenças crônicas ³⁶.

O Informe Lalonde foi de extrema importância porque contribuiu para o estabelecimento de bases para importantes movimentos de convergência na conformação de um novo paradigma formalizado na I Conferência Internacional sobre Cuidados Primários de Saúde, que se realizou em Alma-Ata, em 1978 com a proposta de Saúde Para Todos no Ano 2000 e a estratégia de Atenção Primária de Saúde, que alcançou destaque especial na I Conferência Internacional sobre Promoção da Saúde (1986), com a promulgação da Carta de Ottawa, e que vem se enriquecendo com a série de declarações internacionais periodicamente formuladas nas conferências realizadas sobre o tema ².

Dentro desta perspectiva, mudanças de estilo de vida ou comportamentos relativos à alimentação, exercícios físicos, fumo, drogas, álcool, conduta sexual são reafirmadas nas estratégias de promoção da saúde propostas. Além disso, resgata-se a compreensão do papel fundamental das condições gerais de vida sobre a saúde.

Para Neto & Kind ³⁵, embora o Informe Lalonde “destacasse uma pluralidade de determinantes, a maior parte de ações geradas por este relatório foram orientadas para intervenção sobre os ‘estilos de vida’ dos indivíduos”.

“Nessa década, a maioria dos países passou por uma crise no setor saúde, em virtude dos custos elevados da medicina curativa que utilizava alta tecnologia e também porque pesquisas evidenciaram que os gastos não estavam tendo reflexos equivalentes na qualidade de vida da população. Essa crise foi gradativamente gerando novas estratégias baseadas em novos conceitos, o que resultou na chamada *nova saúde pública*” ³⁸ (p. 85).

A análise do processo saúde-adoecimento evidenciou que a saúde é resultado dos modos de organização da produção, do trabalho e da sociedade em determinado contexto histórico por isso, há atualmente um grande esforço na construção de um modelo de atenção à saúde que priorize ações de melhoria da qualidade de vida dos sujeitos e coletividades ³⁹. Esta concepção está vinculada à princípios como a integralidade, intersetorialidade, equidade, sustentabilidade, formação de redes sociais, participação social e *empowerment* ².

A Carta de Ottawa (1986), inspirada pelos princípios da Declaração de Alma Ata (1978) e pela meta “Saúde para todos no ano 2000”, foi o documento que resultou da I Conferência Internacional de Promoção da Saúde, e afirma oficialmente a constatação de que os principais determinantes da saúde são exteriores ao sistema de tratamento.

Este documento postula a ideia da saúde como qualidade de vida resultante de complexo processo condicionado por diversos fatores, tais como, entre outros, alimentação, justiça social, ecossistema, renda e educação ⁶.

É importante destacar que Declaração de Alma-Ata teve como um de seus propósitos ampliação do cuidado da saúde em sua dimensão setorial e de envolvimento da própria população, além de superar o campo de ação dos responsáveis pela atenção convencional dos serviços de saúde ².

No Brasil, o conceito amplo de saúde assume destaque nesse mesmo ano, tendo sido incorporada ao Relatório Final da VIII Conferência Nacional de Saúde (CNS, 1986): “Direito à saúde significa a garantia, pelo Estado, de condições dignas de vida e de acesso universal e igualitário às ações e serviços de promoção, proteção e recuperação da saúde, em todos os seus níveis, a todos os habitantes do território nacional, levando ao desenvolvimento pleno do ser humano em sua individualidade” ¹⁵.

Nesses dois momentos e em continentes diferentes, profissionais de saúde discutiam sobre a complexidade das questões sociais que afetavam a saúde humana, e a necessidade de se recuperar e sentido ético da vida ³⁸.

A Carta de Ottawa define a Promoção da Saúde como:

“Processo de capacitação da comunidade para atuar na melhoria de sua qualidade de vida e saúde, incluindo uma maior participação no controle deste processo. Para atingir um estado de completo bem-estar físico, mental e social os indivíduos e grupos devem saber identificar aspirações, satisfazer necessidades e modificar favoravelmente o meio ambiente. A saúde deve ser vista como um recurso para a vida, e não como objetivo de viver. Nesse sentido, a saúde é um conceito positivo, que enfatiza os recursos sociais e pessoais, bem como as capacidades físicas. Assim, a promoção da saúde não é responsabilidade exclusiva do setor saúde, e vai para além de um estilo de vida saudável, na direção de um bem-estar global” ² (p. 19).

Alcançar a equidade em saúde é um dos focos da promoção da saúde e as ações de promoção da saúde objetivam reduzir as diferenças no estado de saúde da população e assegurar oportunidades e recursos igualitários para capacitar todas as pessoas a realizar todo seu potencial de saúde. Isto inclui uma base sólida envolvendo ambientes favoráveis, acesso à informação, às experiências e habilidades na vida, bem como oportunidades que permitam fazer escolhas por uma vida mais sadia. As pessoas não

podem realizar completamente seu potencial de saúde se não forem capazes de controlar os fatores determinantes de sua saúde. As estratégias e programas na área da promoção da saúde devem se adaptar às necessidades locais e às possibilidades de cada país e região, bem como levar em conta as diferenças em seus sistemas sociais, culturais e econômicos ².

Este documento se tornou o termo de referência básico e fundamental no desenvolvimento das ideias de promoção da saúde em todo o mundo e apresenta cinco campos centrais de ação: elaboração e implementação de políticas públicas saudáveis, criação de ambientes favoráveis à saúde, reforço da ação comunitária, desenvolvimento de habilidades pessoais, reorientação dos serviços de saúde.

Partindo do conceito positivo e ampliado de saúde, e superando a sua definição simplificada como ausência de doenças simplesmente, a PS apóia-se então nos seguintes conceitos e valores:

- Entende saúde como qualidade de vida, fruto da satisfação de necessidades vitais de indivíduos e coletividades;
- Considera que necessidades vitais não são normativamente definidas e sim socialmente estabelecidas, através de pactos inter-sujeitos em contextos econômicos, sociais e culturais, historicamente localizados e datados, envolvendo o acesso universal a um conjunto de serviços e bens;
- Lembra que necessidades sociais são registradas e legitimadas em contratos sociais definidores de direitos e deveres – direito à saúde, à educação, entre outros;
- Toma a saúde como direito humano fundamental (direito à vida), e, portanto, como um imperativo ético universal e não apenas um direito socialmente determinado;
- Define saúde como meio e capacidade para a vida, ultrapassando parâmetros normativos e abordagens reducionistas ⁴⁰.

Propõe-se, então, que as intervenções em saúde ampliem seu escopo, tomando como objeto os problemas e as necessidades de saúde e seus determinantes e condicionantes, de modo que a organização da atenção e do cuidado envolva, ao mesmo tempo, as ações e os serviços que operem sobre os efeitos do adoecer e aqueles que visem o espaço para além dos muros das unidades de saúde, incidindo sobre as condições de vida e favorecendo a ampliação de escolhas saudáveis por parte dos sujeitos e das coletividades no território onde vivem e trabalham. Dessa forma, a

promoção da saúde estreita sua relação com a vigilância em saúde, numa articulação que reforça a exigência de um movimento integrador na construção de consensos e sinergias, e na execução das agendas governamentais a fim de que as políticas públicas sejam cada vez mais favoráveis à saúde e à vida, e estimulem e fortaleçam o protagonismo dos cidadãos em sua elaboração e implementação, reafirmando os preceitos constitucionais de participação social ³.

4.1 Caminhos da Promoção da Saúde

A Declaração de Alma Ata (1978) já evidenciava que o modelo biomédico vigente já não conseguia responder as necessidades de saúde da população e que a saúde não é resultado apenas das questões biológicas e individuais, mas também relacionadas à aspectos do ambiente.

Neste contexto, buscando atender as novas demandas de saúde, foram realizadas conferencias internacionais sobre o assunto, que serão descritas brevemente a seguir.

A I Conferencia Internacional de Promoção da Saúde foi realizada em Ottawa, Canada em 1986 e foi baseada nos progressos alcançados em Alma Ata ². Nesta Conferencia houve um grande salto acerca da participação popular, construção de politicas públicas saudáveis e mudança na concepção de saúde, tendo esta um enfoque positivo. A Conferencia em Ottawa pode ser considerada um marco referencial para a introdução da promoção da saúde na agenda da saúde publica e a partir da concepção de saúde definida nesta carta firmaram-se compromissos para a implementação da Promoção da Saúde.

Ottawa já sinalizava para dois conceitos bastante relacionados até os dias atuais com o conceito de promoção da saúde: a integralidade e intersetorialidade.

A Declaração de Adelaide (1988) descrita na II Conferencia Internacional de Promoção da Saúde, destacou a responsabilidade das decisões políticas, em especial as de caráter econômico para a saúde, e reafirmou as cinco linhas de ação da Carta de Ottawa destacando que as políticas públicas saudáveis estabelecem o ambiente para que as outras quatro possam tornar-se possíveis, além de afirmar em seu documento que a saúde é ao mesmo tempo um direito humano fundamental e um sólido investimento social, devendo os governos investir recursos em políticas públicas saudáveis e em promoção da saúde, de maneira a melhorar o nível de saúde dos seus cidadãos ².

De acordo com a Declaração de Adelaide, políticas públicas saudáveis “[...] caracterizam-se pelo interesse e preocupação explícitos de todas as áreas das políticas públicas em relação à saúde e equidade e pelos compromissos com o impacto de tais políticas sobre a saúde da população”, ou seja, ressalta também a importância de se avaliar os impactos dessas políticas que é uma atitude que pode favorecer a alocação de recursos na implementação das políticas públicas saudáveis. Este documento reconhece que os esforços para promover saúde são essenciais, logo requer uma abordagem integrada do desenvolvimento social e econômico, restabelecendo os laços entre a reforma social e a reforma da saúde, o que envolve a intersectorialidade através de parcerias com outros setores da sociedade ⁴¹.

A III Conferencia Internacional de Promoção da Saúde realizada em Sundsvall (1991) na Suécia, considera as determinações de Ottawa (1986) e Adelaide (1988) e se caracteriza como a primeira conferência a reconhecer o “ambiente” nas ações de promoção da saúde, focalizando a interdependência entre saúde e ambiente, trazendo as questões ambientais para as agendas da saúde ².

Esta conferência menciona quatro aspectos para um ambiente favorável e promotor de saúde, a saber:

1. A dimensão social, que inclui as maneiras pela quais normas, costumes e processos sociais afetam a saúde;
2. A dimensão política, que requer dos governos a garantia da participação democrática nos processos de decisão e a descentralização dos recursos e das responsabilidades e requer o compromisso com os direitos humanos, com a paz e com a realocação de recursos oriundos da corrida armamentista;
3. A dimensão econômica, que requer o reescalonamento dos recursos para a saúde e o desenvolvimento sustentável;
4. A dimensão feminina dos processos e ações relacionadas à saúde, destacando as habilidades e conhecimento das mulheres relacionados à situação de saúde e as questões relacionadas ao seu território e aos setores político e econômico, para que se possa desenvolver uma infra-estrutura positiva para ambientes favoráveis à saúde. A conferência também identificou quatro estratégias fundamentais para a ação em saúde pública, visando promover a criação de ambientes favoráveis no nível da comunidade, como reforçar a defesa da proposta através de ações comunitárias, especialmente as que envolvem grupos organizados de mulheres; capacitar comunidade e indivíduos a ganhar

maior controle sobre sua saúde e ambiente; construir alianças para a saúde e os ambientes favoráveis; e mediar os interesses conflitantes na sociedade, de modo que se possa assegurar o acesso igualitário a ambientes favoráveis à saúde ².

Em 1992 houve uma conferência que tratou especificamente da promoção da saúde na América Latina (IV Conferencia Internacional de Promoção da Saúde realizada em Bogotá) e afirma que esta busca a criação de condições que garantam o bem-estar geral como propósito fundamental do desenvolvimento, assumindo a relação mútua entre saúde e desenvolvimento.

A situação de iniquidade da saúde nos países da América Latina reitera a necessidade da opção por novas alternativas na ação da saúde pública, orientadas a combater o sofrimento causado pelas enfermidades do atraso e pobreza, ao que se sobrepõe os efeitos colaterais trazidos pelas enfermidades da urbanização e industrialização. Dentro deste panorama, a promoção da saúde destaca a importância da participação ativa das pessoas nas mudanças das condições sanitárias e na maneira de viver, condizentes com a criação de uma cultura de saúde ².

A Conferência de Jacarta (1997), realizada na Indonésia, foi a primeira a incluir o setor privado no apoio à promoção da saúde. Afirma que a saúde é um direito humano fundamental e essencial para o desenvolvimento social e econômico, sendo a promoção da saúde elemento fundamental para o desenvolvimento da saúde. A promoção da saúde, mediante investimentos e ações, contribui de maneira significativa para a redução das iniquidades em questões de saúde, para assegurar os direitos humanos e para a formação do capital social. A Declaração de Jacarta (1997) reafirmou a participação popular e o empoderamento (*empowerment*) das pessoas através do acesso a educação e informação e reconheceu que os métodos em promoção da saúde, baseados no emprego de combinações das cinco estratégias de Ottawa, são mais eficazes que os enfoques centrados em um único campo, e que diversos cenários (comunidades locais, escolas, lugares de trabalho, estabelecimento de atendimento a saúde entre outros), oferecem oportunidades práticas para a execução de estratégias integrais e que a participação é essencial para o processo de tomada de decisão - o cuidado da saúde de si, do outro e do entorno ². Desta forma, a viabilização das condições para um espaço saudável, entendido em suas múltiplas dimensões, tem sido considerada uma estratégia de desenvolvimento, que possibilita a formulação de políticas públicas na direção da qualidade de vida, como afirma Barros ⁴².

A Declaração do México (2000) V Conferencia Internacional de Promoção da Saúde realizada no México reconhece a saúde como um valioso recurso para usufruir a vida e necessária para o desenvolvimento social e econômico, e reafirma que a promoção da saúde “é um dever e responsabilidade central dos governos, compartilhada por todos os setores da sociedade”⁴¹.

A conferência ainda faz algumas recomendações:

- ✓ Coloca a promoção da saúde como prioridade fundamental das políticas e programas locais, regionais, nacionais e internacionais;
- ✓ Assume um papel de liderança para assegurar a participação ativa de todos os setores e da sociedade civil na implementação das ações de promoção da saúde;
- ✓ Apoia a preparação de planos de ação nacionais para a promoção da saúde, se preciso utilizando a capacidade técnica da OMS e de seus parceiros nessa área².

A Declaração de Bangkok (2005), VI Conferencia Internacional de Promoção da Saúde realizada no Bangkok, reafirma as determinações das conferências anteriores quanto ao conceito positivo de saúde, o qual inclui os determinantes de qualidade de vida, o conceito de promoção da saúde como processo que permite as pessoas melhorarem o controle sobre sua saúde e seus determinantes através da mobilização individual e coletiva, destacando a participação social como fundamental nesse processo⁴¹.

O grande marco da Conferência de Bangkok (2005) foi estabelecer compromissos para a promoção da saúde, tais como: tornar a Promoção da Saúde uma responsabilidade de todos os governos; e adotar como foco chave as comunidades e sociedade civil⁴¹

Ao analisar os documentos que resultaram destes eventos reconhecidos internacionalmente sobre a promoção da saúde, é possível perceber que a promoção surge em um cenário de ampliação do conceito de saúde e reconhecimento das limitações do modelo biomédico, que de acordo com Marcondes⁴³ “é necessário porém insuficiente para dar conta da saúde numa estratégia de promoção”. O mesmo autor ainda afirma que:

“a ampliação do conceito de saúde, fundamental para a constituição de um campo para a promoção, parte do reconhecimento da insuficiência do modelo biológico, da tecnologia médica e do foco exclusivo no risco individual para responder ao processo saúde-doença” (p. 8).

A partir desse conceito, a saúde é entendida como recurso, capacidade para a vida, que tem sua expressão não só na autonomia dos indivíduos, mas igualmente na equidade social – distribuição igualitária dessa capacidade entre indivíduos e grupos –, indispensável à construção do bem estar e à realização individual e coletiva, isso quer dizer um conceito baseado na justiça social, solidariedade e direitos garantidos ².

A promoção da saúde (PS), como uma das estratégias de produção de saúde, ou seja, como um modo de pensar e de operar articulado às demais políticas e tecnologias desenvolvidas no sistema de saúde brasileiro, contribui na construção de ações que possibilitam responder às necessidades sociais em saúde.

Desse modo, entende-se que as práticas dos serviços de saúde devem estar orientadas de forma a melhorar a qualidade de vida das pessoas e produzir saúde ao invés de planejar suas práticas e ações restritas ao controle das doenças, diferente do que acontece com o modelo centrado na doença.

4.2 A Promoção da Saúde no Brasil

“... Falar da promoção da saúde no Brasil é indissociável do enfrentamento de uma realidade de iniquidades históricas de grandes proporções, que colocam desafios cotidianos não só ao setor saúde, mas a todos aqueles que constroem políticas públicas. Falar de promoção da saúde no Brasil é lembrarmos e exercitarmos nossa postura antropofágica. É perguntar, tendo em vista nosso compromisso ético com o cuidar da saúde de sujeitos e coletividades, como pensamos promoção da saúde aqui e no que ela pode nos auxiliar na geração de outros modos de atenção e de gestão da saúde, de criação do viver e de outras realidades.”
⁴⁴ (p. 746).

Bydlowski *et al.*⁴⁵ afirmam que as estratégias propostas para a PS apóiam-se na democratização das informações e em um trabalho conjunto com a sociedade, na descentralização do poder em ações intersetoriais, o que, visivelmente, não é contemplado no modelo piramidal, fundamentando a participação no exercício da cidadania para a promoção do desenvolvimento, conscientização e formação de pensamento crítico dos envolvidos. Para conseguir tal alcance é preciso ações

generalizadas que provoquem transformações nos indivíduos resultando em capacitação para atuação e controle das situações enfrentadas. Nesse sentido, a PS coloca a educação (institucional ou não) como uma forma de desenvolver o exercício da cidadania para, desse modo, conseguir atitudes que levem à melhoria das condições de saúde e vida.

No Brasil, o MS publicou a Política Nacional de Promoção da Saúde ⁴ com a intenção de colocar na prática todo o discurso que já estava sendo realizado há algum tempo e podemos ousar dizer que a PNPS é materialização de toda a vontade política de reorganização das práticas de saúde.

É importante destacar que a PNAB ³ e a PNPS ⁴ foram publicadas no mesmo período (março/2006) e que isso quer dizer que fazem parte de um mesmo contexto histórico e político.

Segundo a PNPS “a PS tem como objetivo geral promover a qualidade de vida e reduzir vulnerabilidade e riscos à saúde relacionados aos seus determinantes e condicionantes – modos de viver, condições de trabalho, habitação, ambiente, educação, lazer, cultura, acesso a bens e serviços essenciais ⁴ (p.19).

Nessa perspectiva, a promoção da saúde pode ser entendida de uma maneira ainda mais abrangente:

- nível de atenção com ações destinadas a fomentar (no sentido de melhorar, incrementar) a saúde dos não enfermos;
- enfoque com visão holística do processo de saúde-doença e da forma de intervir no mesmo (mudança na forma de entender e atuar em saúde);
- ações na comunidade com ativa participação cidadã, fortalecimento da intersetorialidade e empoderamento.

Tavares discute esta última questão e afirma que “a promoção da saúde está voltada aos grupos sociais, pois tem por base a questão da saúde/doença na sociedade” e tem o objetivo de influenciar outros atores sociais chave, como os que têm poder de decisão política, institucional e/ou comunitária. Neste sentido, os profissionais que atuam em promoção da saúde lhe conferem um significado mais amplo, menos centrado nas transformações de condutas individuais e mais orientado para a mudança dos determinantes da saúde em nível macrossocial ⁴⁶.

A PS apresenta-se, então, como a oportunidade não só de formular uma agenda de aperfeiçoamento do SUS, mas também de apontar para uma nova agenda,

requalificando a política de saúde para o novo milênio, retomando a bandeira da reforma sanitária em sua dimensão de mudança e de combate as desigualdades sociais, necessária à construção da saúde e da vida com dignidade ⁴⁰.

Esta discussão realizada por diversos autores está fundamentada nos objetivos PNPS, a saber:

I – Incorporar e implementar ações de promoção da saúde, com ênfase na atenção básica.

II – Ampliar a autonomia e a co-responsabilidade de sujeitos e coletividades, inclusive o poder público, no cuidado integral à saúde e minimizar e/ou extinguir as desigualdades de toda e qualquer ordem (étnica, racial, social, regional, de gênero, de orientação/opção sexual, entre outras).

III – Promover o entendimento da concepção ampliada de saúde, entre os trabalhadores de saúde, tanto das atividades-meio, como os da atividades-fim.

IV – Contribuir para o aumento da resolubilidade do Sistema, garantindo qualidade, eficácia, eficiência e segurança das ações de promoção da saúde.

V – Estimular alternativas inovadoras e socialmente inclusivas/contributivas no âmbito das ações de promoção da saúde.

VI – Valorizar e otimizar o uso dos espaços públicos de convivência e de produção de saúde para o desenvolvimento das ações de promoção da saúde.

VII – Favorecer a preservação do meio ambiente e a promoção de ambientes mais seguros e saudáveis.

VIII – Contribuir para elaboração e implementação de políticas públicas integradas que visem à melhoria da qualidade de vida no planejamento de espaços urbanos e rurais.

IX – Ampliar os processos de integração baseados na cooperação, solidariedade e gestão democrática;

X – Prevenir fatores determinantes e/ou condicionantes de doenças e agravos à saúde.

XI – Estimular a adoção de modos de viver não-violentos e o desenvolvimento de uma cultura de paz no País.

XII – Valorizar e ampliar a cooperação do setor Saúde com outras áreas de governos, setores e atores sociais para a gestão de políticas públicas e a criação e/ou o fortalecimento de iniciativas que signifiquem redução das situações de desigualdade ⁴.

Além dos objetivos descritos acima, a PNPS prioriza algumas ações específicas a serem realizadas para sua efetiva implementação. Estas ações devem abordar alguns temas como a promoção da alimentação saudável, o incentivo à prática corporal/atividade física, a prevenção e o controle do tabagismo, dentre outros.

A PNPS apresenta também em seu documento algumas estratégias de implementação e dentre estas está o “estímulo à inserção de ações de promoção da saúde em todos os níveis de atenção, com ênfase na atenção básica, voltadas às ações de cuidado com o corpo e a saúde; alimentação saudável e prevenção, e controle ao tabagismo”.

Estas estratégias de implementação da promoção da saúde propõem mudanças em pelo menos três âmbitos:

- No âmbito da atenção à saúde, onde se impõe a desmedicalização e a reorientação dos serviços de modo que possam acolher e apoiar indivíduos e grupos na construção da autonomia;
- No âmbito da gestão e desenvolvimento local, onde se implementam ações intersectoriais pela saúde e qualidade de vida, como resultado e como motivação para o empowerment das populações e sujeitos;
- No âmbito do modelo e das políticas de desenvolvimento nacional, onde os determinantes da equidade são de fato definidos ⁴⁰.

Diante de todas estas propostas mencionadas, percebe-se que a promoção da saúde parte de uma concepção ampla do processo saúde-doença e de seus determinantes, refletindo uma reação à crescente desmedicalização da vida social ³⁶ e é uma estratégia de articulação transversal na qual se confere visibilidade aos fatores que colocam a saúde da população em risco, visando à criação de mecanismos que reduzam as situações de vulnerabilidade, defendam a equidade e incorporem a participação e o controle sociais na gestão das políticas públicas ⁴.

4.3 Desafios e Limites da Promoção da Saúde

Podemos pensar que a proposta de reorientação das práticas de atenção à saúde como citada nos documentos da APS faz parte de um grande desafio que é a superação do modelo assistencial centrado na doença e na assistência curativa.

Os limites da efetivação das práticas de promoção da saúde estão baseados na dificuldade de mudança das práticas dos serviços. Para Sícoli e Nascimento ⁴⁷, apesar de a promoção estar mencionada também na Lei Orgânica da Saúde e encontrar nos caminhos das Conferências Nacionais de Saúde, “políticas e ações não têm sido implementadas no cotidiano dos serviços, observando-se com frequência o uso inadequado do termo, geralmente confundido com práticas de prevenção, educação e comunicação em saúde” (p.107).

Entendendo que a promoção da saúde tem suas ações e políticas dirigidas aos determinantes da saúde, para Sícoli e Nascimento ⁴⁷, operacionalizar as ações de promoção da saúde, é necessário que haja cooperação entre os diferentes setores envolvidos e a articulação de suas ações: “legislação, educação, habitação, serviço social, cuidados primários em saúde, trabalho, alimentação, lazer, agricultura, transporte, planejamento urbano etc” (p. 108).

Realizar intervenções no sentido de reorientar as práticas dos serviços de saúde, significa mudança de atitudes dos gestores e técnicos, de modo que as ações de saúde não tenham como foco a doença ou “o que se deve evitar para poder viver de forma saudável”, mas estabelecer metas a serem alcançadas que caracterizem uma boa qualidade de vida considerando todo o contexto físico, social e mental ⁴⁸. Entretanto sabemos o quanto é difícil mudar alguns pensamentos pre-estabelecidos, assim como as questões que envolvem a formação acadêmica dos profissionais que atuam na rede de atenção à saúde. É bastante perceptível que as unidades acadêmicas formam os profissionais para tratar a doença, com um olhar curativo e não com uma visão na saúde. Cuidar dos não doentes e mantê-los saudáveis nem sempre faz parte do planejamento dos gestores e técnicos responsáveis pelas equipes de saúde.

Esta forma de olhar apenas para as necessidades de saúde já instaladas pode estar ligada ao problema de escassez de recursos humanos e materiais que a maioria das cidades brasileiras convivem pois é evidente que com recurso reduzido gestores e técnicos pensarão primeiro em curar e/ou tratar os doentes em detrimento do planejamento de ações de promoção da saúde, envolvendo a população sadia.

5. O território

O princípio da territorialização em políticas sociais é muito recente e significa reconhecer a presença de diversos fatores sociais e econômicos que levam a população de uma determinada área a uma situação de vulnerabilidade, risco pessoal e social. Entretanto, o conceito de território é muito amplo e tem diferentes perspectivas.

O conceito de território já foi muito analisado por diversos autores dentro de perspectivas distintas. No seu sentido mais restrito, território é um nome político para a extensão de um país. Há mais de um século, alguns autores insistiam que ele resultava da apropriação de uma porção de superfície da Terra por um grupo humano ⁴⁹. Gottmann propõe entender o território como uma porção do espaço geográfico ou como uma extensão espacial de uma jurisdição de governo, ou seja, o território era definido como a área de atuação do Estado e, por isso, suas divisões compreendiam apenas as instâncias do poder público federal, estadual e municipal ⁴⁹. Para Milton Santos, o território em si não é um conceito ⁵⁰. Ele só se torna um conceito útil para a análise social quando ele é considerado a partir do seu uso, a partir do momento em que o pensamos juntamente com aqueles atores que o utilizam. “É o uso do território, e não o território em si mesmo, que faz dele o objeto da análise social.” ⁵⁰ (p. 137). É a partir desta perspectiva de Milton Santos que este conceito vem sendo introduzido como uma categoria de análise e de intervenção no campo das políticas sociais brasileiras.

A partir da década de 1970, ocorreram algumas alterações na organização do trabalho no Brasil, e o território, enquanto suporte da produção de todas as suas instâncias, equivale ao mercado. A divisão territorial do trabalho envolve a repartição do trabalho nos lugares e a competitividade levam à busca de maior produtividade, dependendo das condições oferecidas nos lugares de produção, nos lugares de circulação, nos lugares de consumo. Os lugares, ainda segundo o autor, tornam-se, deste modo, um dado essencial do processo produtivo, em todas as suas instâncias e passam a ter um papel que não tinham antes.

“A globalização revaloriza os lugares e os lugares – de acordo com o que podem oferecer às empresas – potencializam a globalização na forma em que está aí, privilegiando a competitividade. Entre o território tal como ele é e a globalização tal como ela é cria-se uma relação de causalidade em benefício dos atores mais poderosos, dando ao espaço geográfico um papel inédito na dinâmica social” ⁵¹ (p. 23).

Ao entender o espaço nessa perspectiva, Santos permite pensá-lo para além dos seus limites e geometrias, pois, na medida em que coloca o papel central das relações sociais na sua produção torna-se ele mesmo uma categoria relacional, que se realiza como processo, movimento ou fluxo ⁵².

A partir desta reflexão fica evidente a concepção do lugar como globalmente ativo. O território usado não é uma coisa inerte ou um palco onde a vida acontece, mas ao contrário, é um quadro de vida híbrido de materialidade e de vida social ⁴⁹.

“Em outras palavras, o território usado abriga as ações passadas, já cristalizadas nos objetos e normas, e as ações presentes, as que se realizam diante dos nossos olhos. No primeiro caso, os lugares são vistos como coisas, mas a combinação entre ações presentes e ações passadas, às quais as primeiras trazem vida, confere um sentido ao que preexiste. Tal encontro modifica a ação e o objeto sobre o qual se exerce e, por isso, uma não pode ser entendida sem o outro. As bases materiais e imateriais historicamente estabelecidas são apenas condições; no entanto, sua atualidade, isso é, sua significação real, advém das ações realizadas sobre elas. A tal complexo podemos denominar território vivo.” ⁴⁹ (p. 130).

Silveira ⁴⁹, ainda afirma que segundo os historiadores “a história nos vem como forma e como normas, como monumentos e documentos” (p. 130). Dessa forma o território usado é considerado uma norma, pois é um princípio ou um molde para a ação presente, a qual, dotada de poder desigual para transformar o que existe ou realizar o que é possível, exercita novos usos, isto é, cria mais objetos e normas. Segundo a autora, poderíamos dizer com Giddens que o exercício da ação encontra regras – dadas por elementos normativos e por códigos de significação – e também recursos – de autoridade e de alocação ⁴⁹. É um processo solidário e contraditório entre existências técnicas e normativas que nos vem de tempos passados, porém não é um dualismo, não são conceitos puros porque de um momento histórico a outro, algumas existências permanecem, outras mudam parcialmente, outras desaparecem. Carregando seletivamente o passado naquilo que permanece, o presente é movido pelo futuro e a intencionalidade completa essa mediação entre o presente e o futuro. Um processo permanente, ininterrupto e conflitante de produção de configurações territoriais e de vida social que a cada período nos faz reconhecer uma totalidade: o território usado, sinônimo de espaço banal, manifestação concreta da nação.

A partir destas reflexões, entendo que o território é o lugar utilizado pela sociedade para expressar as mais diversas formas de relação e modos de viver singular e característico de cada indivíduo ou população. A noção de território é imprescindível na elaboração de políticas públicas e no planejamento das ações no nível local, pois está relacionada às peculiaridades de cada território usado. Desse modo, as potencialidades do território podem ser utilizadas favorecendo a melhoria do acesso aos bens e serviços e assim, a constituição de processos emancipatórios de cidadania.

O município de Belford Roxo pertence à região metropolitana do Estado do Rio de Janeiro, composta por 17 municípios² (apresenta uma distância de aproximadamente 30 km da capital), tendo uma extensão territorial de 79 Km² o que corresponde a 1,7% desta região, como podemos observar na figura 1 - *Mapa de localização na Baixada Fluminense*. Observa-se que o município encontra-se em fronteira com os municípios de Nova Iguaçu, Duque de Caxias, São João de Meriti e Mesquita. Na figura 2 – *Mapa de Caracterização da área urbana/habitacional* verifica-se como o município está organizado territorialmente, como discutiremos mais adiante.

[illegible]

TERIZAÇÃO DE
SSEMELHADOS



LEENDA

- Estrada de Ferro
- Principais Ligações Viárias
- Principais rios e canais
- Limite do Município

Assentamentos Subnormais

Áreas Verdes Livres

Áreas Industriais

Loteamentos Clandestinos/ Ocupação

Loteamentos reconhecidos Oficialmente pela Prefeitura

TERIZAÇÃO DA
TACIONAL

Figura 2 – Mapa de Caracterização da área urbana/habitacional.

A cidade era um distrito do município de Nova Iguaçu elevado à categoria de município com denominação de Belford Roxo, pela lei estadual nº 1640, de 03/04/1990. É uma cidade essencialmente urbana que acumula problemas comuns a outros

municípios desta região, tais como o desemprego e a precariedade de serviços públicos de saúde, de saneamento básico, coleta de lixo e educação. Portanto, a promoção da saúde passa pelo acesso a serviços públicos e, sobretudo, pelo direito ao trabalho e a uma renda suficiente para garantia de necessidades básicas.

A cidade ocupava a 60ª posição com relação ao Índice de Desenvolvimento Humano (IDH) (0,742) dentre os 92 municípios do Estado do Rio de Janeiro no ano 2000. O IDH é calculado pela Organização das Nações Unidas (ONU) desde 1975 e foi criado, originalmente, para medir o nível de desenvolvimento humano dos países a partir de indicadores de educação, longevidade e renda. Na área de educação são avaliadas a alfabetização e a quantidade de matrículas. No índice de renda, a renda per capita, e no índice de longevidade, a esperança de vida ao nascer. O IDH é considerado um ranking do progresso social e é feito com variação do zero (0), considerado nenhum desenvolvimento humano, até um (1), desenvolvimento humano total. O IDH é considerado baixo até 0,499, entre 0,500 e 0,799 – médio e acima de 0,800 – alto ⁵³.

Para uma melhor caracterização do município apresento alguns dados oficiais que ilustram a situação em que vive a população, segundo o IBGE (Instituto Brasileiro de Geografia e Estatísticas) e o Índice FIRJAN (Federação das Indústrias do Estado do Rio de Janeiro) de Desenvolvimento Municipal (IFDM). O IFDM é um estudo anual do Sistema FIRJAN que acompanha o desenvolvimento de todos os 5.564 municípios brasileiros em três áreas: Emprego & Renda, Educação e Saúde. Ele é feito, exclusivamente, com base em estatísticas públicas oficiais, disponibilizadas pelos ministérios do Trabalho, Educação e Saúde ⁵⁴.

De acordo com IFDM (2011) o município de Belford Roxo está entre os doze piores municípios do estado como veremos a seguir ⁵⁴:

Tabela 1: Classificação dos municípios brasileiros segundo o IFDM, 2011.

Ranking IFDM		UF	Ranking IFDM	IFDM	Emprego & Renda	Educação	Saúde
Nacional	Estadual		MUNICÍPIOS BRASILEIROS - Ano 2009				

75°	1°	RJ	Niterói	0,8451	0,8439	0,8011	0,8904
77°	2°	RJ	Rio de Janeiro	0,8445	0,8805	0,8095	0,8434
453°	12°	RJ	Duque de Caxias	0,7685	0,9294	0,6041	0,7721
2711°	81°	RJ	Belford Roxo	0,6421	0,6357	0,5795	0,7111
2814°	82°	RJ	Barra do Pirai	0,6371	0,3444	0,7537	0,8132
2837°	83°	RJ	Mesquita	0,6359	0,4553	0,6589	0,7934
2879°	84°	RJ	Paraíba do Sul	0,6340	0,2925	0,8061	0,8034
2943°	85°	RJ	Carmo	0,6308	0,3003	0,8797	0,7123
3087°	86°	RJ	Pinheiral	0,6227	0,2140	0,7522	0,9019
3189°	87°	RJ	Trajano de Moraes	0,6172	0,2945	0,7712	0,7859
3215°	88°	RJ	Laje do Muriaé	0,6159	0,2874	0,7334	0,8268
3305°	89°	RJ	Silva Jardim	0,6108	0,3942	0,6701	0,7680
3568°	90°	RJ	Guapimirim	0,5964	0,3576	0,6657	0,7660
3718°	91°	RJ	Queimados	0,5886	0,5149	0,6100	0,6409
4015°	92°	RJ	Japeri	0,5729	0,4441	0,5952	0,6795

Fonte: IFDM – Índice Firjan de Desenvolvimento Municipal, Ranking IFDM/2011- Rio de Janeiro, Edição 2011 – Ano base 2009.

De acordo com os dados acima podemos verificar que o município de Belford Roxo ao ser comparado aos demais municípios do estado do Rio de Janeiro, por intermédio da metodologia utilizada pelo IFDM, possui um dos piores índices. Ao comparar com os municípios de Niterói, Rio de Janeiro e Duque de Caxias que estão respectivamente em 1°, 2° e 12° lugares no ranking estadual, percebemos a grande diferença dos indicadores nos três itens analisados. O município de Belford Roxo apresenta ainda o pior índice relativo à educação quando comparado ao município de Japeri que é o último no ranking estadual. Desta maneira, observa-se que o município encontra-se entre os municípios com maiores dificuldades nas questões básicas para o desenvolvimento humano, econômico e social da população e por isso com uma necessidade cada vez maior de investimentos nestes setores.

Os indicadores sociais da cidade mostram que 53,5% dos domicílios têm rede geral de esgotamento sanitário e 72,2% dos domicílios têm a rede geral como forma de abastecimento de água. Apenas 11,8% de toda a população têm acesso à saúde através de plano de saúde e 20,3% da população são residentes na área de cobertura da Estratégia de Saúde da Família ⁵⁴.

Com relação à educação infantil destaca-se que 43% da população entre 05 e 09 anos não é alfabetizada. As maiores causas de internação infantil são as doenças infecciosas e parasitárias (20,5% em menores de 1 ano; 41,9% entre 01 e 04 anos; 45,2% entre 05 e 09 anos; 37,1% entre 10 e 14 anos) e doenças do aparelho respiratório

(47,6% em menores de 1 ano; 39,4% entre 01 e 04 anos; 29,1% entre 05 e 09 anos; 18,1% entre 10 e 14 anos). Entre a faixa etária de 15 a 19 anos e 20 a 49 anos, as maiores causas de internação são decorrentes de eventos adversos na gravidez e puerpério (82,1% e 51,9%, respectivamente) e nos idosos a causa mais comum são as doenças do aparelho circulatório, tanto na faixa etária entre 50 e 64 anos, assim como nos maiores de 65 anos⁵⁴.

Alguns dados nos levam a considerar que os níveis de saúde da população são extremamente baixos, o que pode estar relacionado à fatores estruturais e de recursos como à baixa oferta de serviços na rede, a falta de qualidade dos serviços de saúde oferecidos, assim como a escassez de recursos humanos na assistência à saúde. Junior *et. al.*,⁵⁵ confirmam esta hipótese em seu trabalho realizado no estado do Rio de Janeiro, onde Belford Roxo é um município que apresenta uma oferta de serviços na atenção primária “muito abaixo” da média dos municípios do Rio de Janeiro. Este trabalho inclui a cidade de Belford Roxo entre as vinte e três (23) mais prioritárias com relação aos investimentos em saúde, e a 4ª no *ranking* estadual. O autor ainda sugere que investimentos em atenção básica, saneamento e ensino fundamental reduziriam os índices de necessidades de forma expressiva e imediata.

Portanto, pode-se afirmar por esses indicadores que o investimento em promoção, prevenção e atenção à saúde em Belford Roxo deve ser objeto de reflexão e planejamento.

5.1.1 População

O município de Belford Roxo possui uma população de 469.332 habitantes, sendo 226.757 homens e 242.575 mulheres (Gráfico 2). Segundo o Atlas de Desenvolvimento Humano a população representa 3,02 % da população do Estado e 0,26% do país. Tem uma densidade demográfica de 5,9 hab/km²⁵⁶, apresentando uma população 100% urbana.

Os dados mostram que população infantil vem diminuindo contra o aumento da proporção de idosos. Comparando os anos 1970, 200 e 2010 a população menor de 1 ano reduziu de 3,1% para 2,1% e 1,4%, respectivamente. Os menores de 5 anos representavam 15,7% da população em 1970, 10,5% em 2000 e 7,1% em 2010, enquanto os menores de 13 anos representavam 39% da população em 1970, 26,1% em

2000 e em 2010 representavam 22,9% da população Concomitante a esta redução da população infantil pode se perceber um aumento do índice de envelhecimento e da proporção de idosos. A população maior de 60 anos representava 3,9% do total em 1970, 7,2% em 2000 e 9,6% em 2010 e o índice de envelhecimento populacional teve um aumento de 8,8 em 1970 para 38,2 em 2010 ⁵⁶⁻³.

Tal processo é bastante semelhante ao que chamamos de transição demográfica que vem ocorrendo no Brasil. A transição demográfica é caracterizada pela redução da natalidade e mortalidade e aumento da expectativa de vida e dessa forma, induz um novo jeito de pensar o planejamento e o foco das ações de saúde, ou seja, incentiva a incorporação de uma visão ampliada do processo saúde doença incluindo ações de promoção da saúde e melhoria da qualidade de vida.

5.1.2 O setor saúde municipal

O município é dividido em 5 regiões administrativas (Figura 3) denominadas subprefeituras que existem desde a criação do município e também foi utilizada como base (com algumas pequenas diferenças) para a secretaria municipal de saúde organizar os territórios de saúde, que ficam sob a responsabilidade de cada Policlínica Regional de Saúde (PRS).

A ESF tem seus primeiros registros de equipes no ano 1999, aumentando a população coberta a cada ano, conforme tabela a seguir:

Tabela 2: Equipes de Saúde da Família (1998- 2011) – Belford Roxo.

Ano	Mês	População	Implantados	Equipes de Saúde da Família	
				Estimativa da População coberta	Proporção de cobertura pop. estimada
1998	12	408.949	0	0	0
1999	12	408.949	2	6.900	1,69

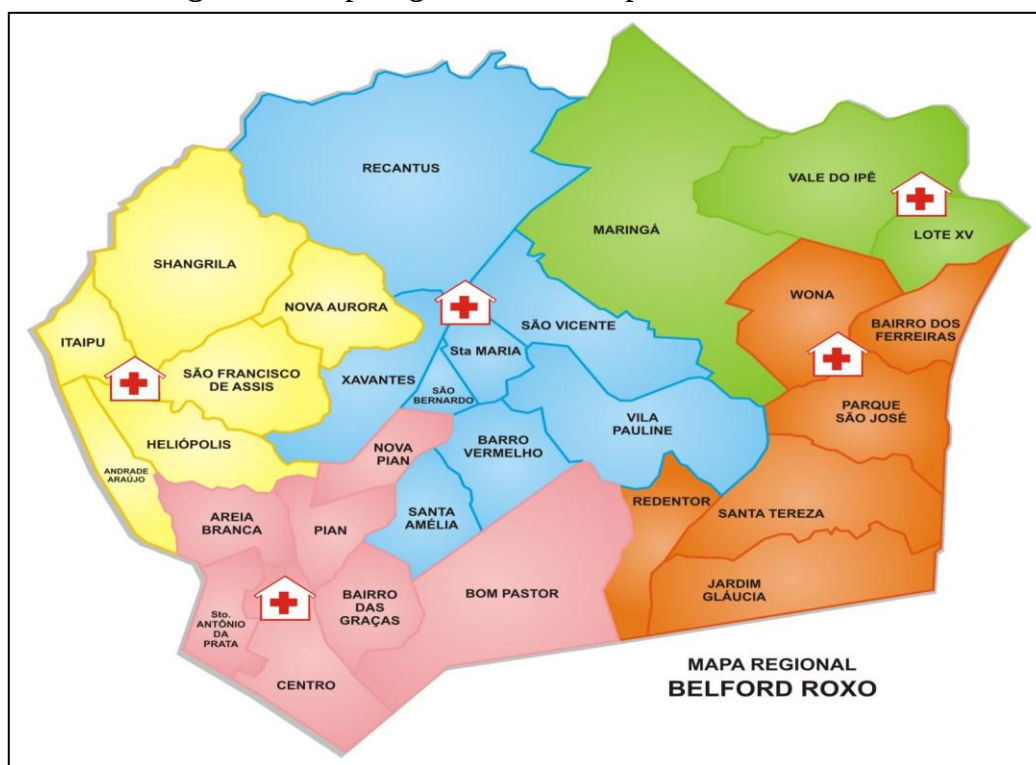
³ Fonte: IBGE. Censos Demográficos 1970/1980/1991/2000/2010 .

2000	12	425.194	14	48.300	11,36
2001	12	442.012	4	13.800	3,12
2002	12	442.012	6	20.700	4,68
2003	12	449.997	11	37.950	8,43
2004	12	457.201	17	58.650	12,83
2005	12	457.201	18	62.100	13,58
2006	12	480.695	23	79.350	16,51
2007	12	489.002	27	93.150	19,05
2008	12	489.002	22	75.900	15,52
2009	12	495.694	28	96.600	19,49
2010	12	501.544	29	100.050	19,95
2011	12	469.332	32	110.400	23,52

Fonte: Ministério da Saúde, Departamento de Atenção Básica, 2012 ⁵⁷.

Em cada território de saúde a atenção primária é organizada através das Unidades Básicas de Saúde (UBS) tradicional, equipes de saúde da família e uma PRS, além dos outros serviços oferecidos conforme descrito no quadro 1.

Figura 3 - Mapa regional do município de Belford Roxo.



Fonte: Prefeitura Municipal de Belford Roxo - Secretaria Municipal de Saúde, 2010.

Quadro 1 - Distribuição dos serviços de saúde segundo territórios regionais

Territórios de Saúde	População	Unidades de Saúde	Área Administrativa de Referência
PRS Neuza	104.935 Habitantes	03 UBS (Unidade Básica de Saúde) 03 Equipes SF (Saúde da Família)	Subprefeitura I

Brizola		01 CAPS-AD (Centro de Atenção Psicossocial – Álcool e/ou drogas) 01 CAPS Infantil 01 CAPS Adulto 01 Centro de Especialidades Odontológicas 01 Clínica da Mulher 01 Centro de Atenção à Saúde do Adolescente 01 Centro de Atenção Integral à Saúde do Idoso 01 Centro de Especialidades Médicas	
PRS Heliópolis	121.711 Habitantes	06 Equipes SF (com ESB) 02 Equipes SF 05 UBS 01 Centro de Referência 01 Hospital Municipal 01 NASF	Subprefeitura II
PRS Santa Maria	108.534 Habitantes	01 Equipe SF (com ESB) 01 Equipe SF 03 UBS 01 Serviço de Assistência Especializada 01 Centro de Especialidades Odontológicas	Subprefeitura III
PRS Parque São José	96.553 Habitantes	05 Equipes SF 01 UBS 01 NASF	Subprefeitura IV
PRS Parque Amorim	53.841 Habitantes	06 Equipes SF 01 UBS Unidade Mista do Lote XV	Subprefeitura V

Fonte: Secretaria Municipal de Saúde - Caderno de Informações da Atenção Básica Ampliada, 2010.

6. Metodologia

A metodologia utilizada neste trabalho buscou analisar as práticas de promoção da saúde realizadas na atenção básica no município de Belford Roxo através da pesquisa qualitativa.

Para tanto foi realizado um estudo de caso ⁵⁸, cuja análise utilizará a Teoria da Estruturação de Giddens ⁵⁹.

O estudo de caso é uma investigação empírica que investiga um fenômeno contemporâneo em profundidade e em seu contexto de vida real. É usado para contribuir com o conhecimento dos fenômenos individuais, grupais, organizacionais, sociais e políticos de eventos da vida real. A necessidade diferenciada dos estudos de caso surge para entender os fenômenos sociais complexos. Essa metodologia de pesquisa é usada em diferentes disciplinas das ciências sociais, estando a saúde pública entre elas ⁵⁸.

Os estudos de caso podem ser exploratórios, descritivos e explanatórios e lidam com uma ampla variedade de evidências – documentos, entrevistas e observações. Das aplicações pertinentes ao estudo de caso identificamos: descrever uma intervenção e o contexto da vida real no qual ela ocorreu; e explorar as situações em que a intervenção sendo avaliada não possui um único e claro conjunto de resultados ⁵⁸.

Nesta pesquisa estudaremos a experiência da região da PRS de Heliópolis do município de Belford Roxo. A escolha desta região se deve ao fato de ter sido a primeira policlínica do município a ser implantada no processo de regionalização da saúde (sendo hoje a que apresenta o melhor nível de organização), além de possuir uma oferta de serviços na atenção primária que se destaca em relação às demais e um Núcleo de Apoio à Saúde da Família (NASF) integrado às equipes de Saúde da Família.

Segundo Yin ⁵⁸, os estudos de caso visam à generalização analítica, ou seja, são generalizáveis às proposições teóricas e não às populações ou aos universos. Por isso conhecer o contexto de uma região pobre, com deficiências estruturais no que se refere aos equipamentos sociais, mas que se destaca na organização e tenta utilizar os poucos recursos disponíveis a seu favor, pode não ser suficiente para explicar outras realidades, mas auxilia na reflexão do contexto das outras regiões de saúde do município.

A prática dos serviços de saúde deve ser compreendida com um processo social resultado de uma complexa interação entre os atores envolvidos e a estrutura disponível que pode ser facilitadora ou não desta interação ⁶⁰.

A avaliação dos serviços de saúde é uma ferramenta de gestão e de produção de conhecimentos, que tem como objetivo melhorar a assistência através do planejamento e as metodologias qualitativas são fundamentais enquanto contribuição para a avaliação em saúde. A partir disso, escolhemos a pesquisa social ou qualitativa através do estudo

de caso para a realização deste estudo, que se propõe como método mais apropriado para obtenção de uma resposta fidedigna na realidade que estamos investigando ⁶⁰.

É importante entender as práticas dos serviços de saúde e dos profissionais como um processo social complexo que será influenciado todo o tempo pelo meio ambiente, pela interação profissional-usuário e pelos recursos que serão facilitadores ou não das ações diárias.

Então, segundo a Teoria da Estruturação as práticas sociais podem ser entendidas como procedimentos, métodos ou técnicas hábeis executadas apropriadamente pelos agentes sociais utilizando-se regras e recursos. O aspecto normativo das regras refere-se às práticas do ponto de vista dos direitos e obrigações e dos modos pelos quais as práticas podem ser executadas. O aspecto semântico das regras refere-se ao significado qualitativo e processual das práticas, associadas com o seu desempenho. Os recursos são as facilidades ou base de poder a que o agente tem acesso e que ele manipula para influenciar a interação com o outro. Os recursos autoritativos são capacidades que geram o comando sobre as pessoas (oportunidades na vida, posicionamento, organização e relação entre as pessoas). Os recursos alocativos são as capacidades sobre os objetos materiais ⁵⁹.

Segundo Giddens (1984) todos os membros da sociedade são competentes e hábeis nas realizações práticas de atividades sociais e o conhecimento que eles possuem não é secundário para a padronização persistente da vida social, mas faz parte dela. Uma abordagem essencial para acessar a cognoscitividade do agente é através da consciência discursiva, ou seja, o que os atores são capazes de dizer, ou expressar verbalmente, acerca das condições sociais, incluindo especialmente as condições de sua própria ação. Outra forma fundamental para acessar a cognoscitividade dos atores é através da consciência prática. Esta consiste no que os atores sabem ou crêem acerca das condições sociais, incluindo especialmente as de sua própria ação, mas não podem expressar discursivamente. Ou seja, o conhecimento de convenções sociais, de si mesmo e dos outros produz a capacidade de ‘prosseguir’ na diversidade de contextos da vida social. Apesar da importância da análise da consciência prática, ela não será desenvolvida nesse trabalho porque a exigência de observação do trabalho para acessar esse conhecimento não pode ser cumprida no cronograma disponível para a realização da pesquisa ⁵⁹.

A teoria da estruturação de Giddens supõe que não há uma estrutura que define tudo, muito menos agentes com autonomia plena, daí a importância de entender o papel do agente e como ele interpreta o ambiente social, a partir dos recursos disponíveis.

Segundo a metodologia proposta por Giddens são três as modalidades da estruturação que servem para esclarecer as principais dimensões da dualidade da estrutura em interação, relacionando as capacidades cognitivas dos agentes e características estruturais: significação, que a partir de um esquema interpretativo é possibilitada pela comunicação; dominação, que depende da mobilização de recursos alocativos e autoritários; e legitimação, exercida a partir da sanção de normas ⁵⁹.

Considerando os documentos como um recurso da estrutura, será realizada uma análise do potencial facilitador ou não do conteúdo da Programação Anual de Saúde (2010) e a identificação das ações executadas no Relatório Anual de Gestão (2010).

No segundo momento serão analisadas as práticas de promoção da saúde realizadas pelas equipes de saúde da família da regional de saúde de Heliópolis do município de Belford Roxo.

6.1 Universo do Estudo

O estudo teve como campo de atuação a regional de saúde de Heliópolis do município de Belford Roxo. A escolha desta regional de saúde se deu pelos seguintes fatores:

- Foi a primeira PRS a ser implantada pela Secretaria Municipal de Saúde (SMS) no processo de regionalização;
- Possui um Núcleo de Apoio à Saúde da Família que fazem o apoio matricial às equipes da regional;
- É uma das regiões que se destacam na realização de atividades educativas envolvendo a população.

O território de saúde de Heliópolis é composto por 06 bairros e possui uma população de 105.469 habitantes.

6.2 Sujeitos da Pesquisa

Foram entrevistados nove profissionais de saúde desta regional de saúde, a saber: a direção (gestor) da PRS (responsável pelas ações de saúde no território da

regional de saúde de Heliópolis); e enfermeiros que atuam nas oito equipes de saúde da família. Os participantes das entrevistas não serão identificados pelo nome, no entanto, há riscos de identificação indireta dos sujeitos participantes.

Os enfermeiros foram escolhidos como sujeitos da pesquisa por representarem uma categoria central dentro da equipe de saúde da família com o “papel” de supervisão da equipe.

Para Araújo ⁶¹, o enfermeiro tem agido como facilitador tanto do atendimento de enfermagem centrado na família, como daquele centrado no indivíduo, e essa afirmação é reconhecida ao constatar durante a pesquisa que nenhuma das equipes de saúde que fazem parte da pesquisa estavam sem o profissional enfermeiro. Algumas possuíam déficit de ACS, médico ou técnico de enfermagem, porém todas possuíam em seu corpo a coordenação do enfermeiro.

Um dos entrevistados (a diretora da policlínica) não permitiu gravar a entrevista, desta forma é possível que aja menor riqueza de detalhes nos dados obtidos a partir desta entrevista.

6.3 Instrumento de Coleta

Para a obtenção dos dados foi utilizada a entrevista, instrumento que é amplamente utilizado no processo de trabalho de campo da pesquisa qualitativa.

Para Minayo ⁶², a entrevista é um instrumento privilegiado de coleta de informações, onde:

“a fala pode ser reveladora de condições estruturais, de sistemas de valores, normas e símbolos (sendo ela mesma um deles) e ao mesmo tempo pode ter a magia de transmitir, através de um porta-voz, as representações de grupos determinados, em condições históricas, sócio- econômicas e culturais específicas” ⁶².

De acordo com Minayo, existem diferentes tipos de entrevistas e estas podem ser classificadas, como: estruturada e semi-estruturada ⁶².

A primeira é realizada a partir da aplicação de um questionário totalmente estruturado, no qual as respostas são pré-estabelecidas, ou seja, a escolha do sujeito é condicionada pela multiplicidade de respostas apresentadas pelo entrevistador. A

segunda envolve questões fechadas e abertas, dando liberdade para o entrevistado discorrer sobre o tema proposto, sem respostas ou condições pré-estabelecidas pelo pesquisador. As duas podem ser realizadas verbalmente ou por escrito, necessitam da interação direta entre o pesquisador e o entrevistado, e podem ser complementadas pela observação participante e / ou diário de campo ⁶².

Neste trabalho optou-se pela utilização da entrevista semi estruturada, entendendo que a partir da percepção dos sujeitos, seria possível compreender a inserção e a realização de atividades de promoção da saúde no seu cotidiano. Foi elaborado um roteiro de entrevista, com a finalidade de organizar e enumerar as questões que o pesquisador desejava abordar no campo, a partir das hipóteses e dos objetivos estabelecidos, orientando, dessa maneira, as falas dos entrevistados ⁶².

As entrevistas foram agendadas por telefone, pela própria pesquisadora e a ordem se deu de maneira aleatória, de acordo com a disponibilidade de cada um. O horário das entrevistas foi estipulado de acordo com a disponibilidade de ambos (pesquisadora e entrevistados) e todas aconteceram na unidade de lotação de cada entrevistado.

As entrevistas foram gravadas e transcritas e o material colhido (áudio e transcrições) ficará sob a guarda sigilosa e responsabilidade da pesquisadora. A média de duração de cada uma foi de 50 minutos sendo realizadas em um único encontro.

Com a entrevista procurou-se conhecer a concepção de promoção da saúde, as ações de promoção da saúde realizada pelas equipes de saúde, a integração entre as equipes de saúde, a articulação com outros setores da comunidade onde a equipes esta inserida, e relação/comunicação com a PRS e com as outras equipes de saúde da família do mesmo território.

Foi construído um roteiro que orientou a pesquisadora durante a entrevista (ANEXOS I A e B).

6.4 Caminhos Metodológicos

O presente trabalho iniciou com uma pesquisa bibliográfica realizada através de livros, artigos e legislações relacionadas com o tema e concomitantemente a esta busca

teórica foi elaborado o roteiro de entrevista a ser realizada com os enfermeiros das equipes de saúde da família e com a direção da policlínica regional de saúde de Heliópolis.

Foram privilegiadas questões que fizessem menção às atividades desenvolvidas pelas equipes de saúde individual ou coletivamente e também questões que descrevessem a integração entre as equipes e com a policlínica na regional de saúde de Heliópolis.

Antes da coleta dos dados foi realizada análise da Programação Anual de Saúde (PAS) 2010 e do Relatório Anual de Gestão (RAG) 2010.

A coordenação da Estratégia de Saúde da Família forneceu os contatos dos profissionais e as entrevistas foram agendadas via telefone. A coleta dos dados foi realizada individualmente com cada profissional no espaço físico da unidade e a ordem se deu de maneira aleatória, de acordo com a disponibilidade de cada um.

6.5 Aspectos Éticos

Este estudo seguiu as diretrizes e normas para realização de pesquisas envolvendo seres humanos em consonância com a Resolução 196/96 do Conselho Nacional de Saúde ⁶³ que regulamenta as pesquisas envolvendo seres humanos observando os princípios de autonomia, beneficência, não-maleficência, justiça e equidade.

O presente projeto foi submetido à apreciação do Comitê de Ética em Pesquisa da Escola Nacional de Saúde Pública - ENSP, através do protocolo de pesquisa número 223/10 e aprovado sob o número CAAE: 0236.0.031.000-10. Também foi solicitada a autorização da Secretaria Municipal de Saúde de Belford Roxo para realização da pesquisa (ANEXO II).

Os sujeitos desta pesquisa foram esclarecidos quanto aos objetivos, benefícios e riscos do estudo, sendo oferecido o direito de escolha quanto à participação. O termo de consentimento livre e esclarecido (ANEXO III) foi entregue a todos os entrevistados, sendo garantido o sigilo e a confidencialidade das informações fornecidas e a não identificação dos participantes.

Os entrevistados também podem a qualquer momento desistir de participar da pesquisa, tendo a liberdade para se recusar a participar ou retirar seu consentimento em qualquer fase da pesquisa, sem sofrer qualquer tipo de penalização.

7. Análise e Discussão

Os resultados obtidos neste estudo serão apresentados, avaliados e interpretados com base no suporte teórico discutido neste trabalho.

A apresentação dos resultados iniciará pela análise documental da PAS 2010 e do RAG 2010 e então serão apresentados e discutidos os dados obtidos na pesquisa de campo. Esta escolha se justifica pelo entendimento de que os documentos são recursos estruturais que podem ser mobilizados ou não para as ações sociais. As regras e os recursos participam da estruturação da ação social na medida em que são potencialmente facilitadores ou coercivos. São diretrizes sugeridas pela gestão, possibilitando ou não adesão dos atores da prática. Como entendemos que a formulação de políticas é um processo dinâmico que ocorre simultaneamente com a implementação, a análise documental visa verificar o planejamento e a realização das ações de promoção de saúde nos documentos oficiais do município do ano de 2010.

O Plano Plurianual de Saúde (PPA) 2010-2013 não foi analisado como planejado anteriormente no início deste estudo, pois ao iniciar a verificação deste documento pôde se constatar que todas as ações referentes ao ano de 2010 são exatamente iguais às descritas no PAS 2010 e com isso, optou-se por analisar somente este último documento de planejamento.

7.1 Análise Documental

O Plano de Saúde (PS) é definido no Art. 2ª da Portaria nº 3.332/2006 do Ministério da Saúde como instrumento a ser elaborado a partir de análise situacional que apresenta o planejamento expresso em objetivos, diretrizes e metas para o período de quatro anos.

O plano de saúde deve expressar as políticas e compromissos de saúde de uma determinada esfera de gestão, além de ser a base para a execução, o monitoramento, a avaliação e a gestão do sistema de saúde ⁶³ (p. 18). O último ano de vigência de um plano corresponde ao primeiro ano de gestão de um novo governo, sendo assim, o ministério da saúde orienta que o processo de elaboração do novo plano de saúde se inicie tão logo os atores-chaves assumam seus cargos dentro de cada esfera de gestão para que haja tempo hábil para a elaboração com os ajustes necessários ⁶³ (p.33).

A PAS é “o instrumento que operacionaliza as intenções expressas no PS” e o RAG “o instrumento que apresenta os resultados alcançados e orienta eventuais

redirecionamentos que se fizerem necessários”. Esses resultados constituem o cerne do RAG que, portanto, deve ser elaborado em conformidade com a PAS e indicar os ajustes necessários no PS ⁶³ (p.33).

As ações e metas anuais estabelecidas serão utilizadas para o monitoramento e a avaliação da PAS, cujo elenco contemplará aquelas constantes do respectivo TCGM, inclusive as prioridades do Pacto pela Saúde ⁶⁴. Cabe assinalar que as ações são as medidas ou iniciativas concretas a serem desenvolvidas e que deverão contribuir para o alcance dos objetivos e das metas propostas no PS ⁶³.

No município de Belford Roxo, a programação de saúde que vamos analisar foi elaborada entre o final ano de 2009 e início de 2010 com ações e metas a serem alcançadas durante o ano de 2010 e o relatório de gestão foi elaborado no início de 2011, contendo as ações e metas cumpridas no ano de 2010.

A Programação Anual de Saúde é estruturada em Eixos compostas pelas diretrizes e estas ultimas pelos objetivos, como descrita no quadro 2.

Os objetivos expressam o que se pretende fazer acontecer a fim de superar, reduzir, eliminar ou controlar os problemas identificados; diretrizes indicam as linhas de ação a serem seguidas e as metas são as expressões quantitativas de um objetivo ⁶³.

Quadro 2 - Organização da Programação Anual de Saúde, 2010 – Belford Roxo/RJ, 2011.

<u>Eixo I: Determinantes e condicionantes de saúde</u>	Diretriz 1: Ampliação do acesso da população aos serviços de saúde e qualificação das ações de saúde	Objetivo 1: Operacionalizar as prioridades estabelecidas no Projeto de Expansão e Consolidação da Saúde da Família - PROESF 2
	Diretriz 2 – Organização e qualificação da Superintendência de Atenção Básica	Objetivo 1: Estruturar e qualificar as ações da Superintendência de Atenção Básica
		Objetivo 2: Implementação das ações referentes aos programas estratégicos
	Diretriz 3: Garantia da integralidade da atenção através da efetivação das ações do ciclo de vida priorizadas pelas metas do Pacto pela Vida	Objetivo 1: Implementar e qualificar a Atenção Integral à Saúde da Mulher, Criança e Adolescente com vistas ao atendimento das metas do Pacto pela Vida
		Objetivo 2: Implementar e qualificar a Atenção Integral à Saúde do Idoso com vistas ao atendimento das metas do Pacto pela Vida
		Objetivo 3: Implantar o Programa de Atenção à Saúde do Homem com prioridade para prevenção e a detecção precoce do câncer de próstata
	Diretriz 4: Garantia do atendimento às necessidades de saúde da população mediante ações técnicas, interdisciplinares, estratégicas e programáticas	Objetivo 1: Implementação e qualificação das ações pertinentes ao Serviço Social na perspectiva da garantia de direitos Sociais e Humanização da atenção à Saúde da população

		Objetivo 2: Ampliar e qualificar as ações de reabilitação na Rede de Atenção à Saúde
		Objetivo 3: Efetivar o acesso a Saúde Bucal através de ações de promoção, prevenção e reabilitação
		Objetivo 4: Garantir a continuidade de ações em Saúde Mental, consolidando o modelo de base territorial
		Objetivo 5: Implementar as ações da Coordenação de Alimentação e Nutrição atendendo as necessidades de infra estrutura, gestão de pessoas, ações educativas, técnicas e gerenciais e participação em eventos
	Diretriz 5: Melhorar a efetividade dos serviços especializados ambulatoriais e hospitalares de referência levando em conta Rede de Atenção à Saúde territorializada, hierarquizada e regionalizada	Objetivo 1: Ampliar e qualificar a os serviços especializados de média complexidade
		Objetivo 2: Implantar serviço de Atenção aos pacientes ostomizados
		Objetivo 3 : Qualificar a Rede Própria de Urgência, Emergência e Atenção de Atenção Hospitalar
	Diretriz 6: Fortalecer a Política de Assistência Farmacêutica	Objetivo 1: Garantir Assistência Farmacêutica de qualidade aos usuários do SUS
	Diretriz 7: Garantir a implementação das ações de vigilância em saúde prevenindo e controlando agravos à saúde da população	Objetivo 1: Ampliar e qualificar as ações de prevenção, cura e reabilitação da Hanseníase
		Objetivo 2: Implementar as ações de combate à

		tuberculose
		Objetivo 3: implementar as ações de Imunização
		Objetivo 4: Qualificação das informações relativas aos Dados Vitais
		Objetivo 5 : Informação, educação comunicação
		Objetivo 6: Implementar e qualificar as ações de prevenção e cura das doenças e agravos não Transmissíveis
		Objetivo 7: Implementação das ações de DST/AIDS - Referência PAM DST/AIDS 2010
		Objetivo 8: Estruturar e equipar adequadamente o departamento de Vigilância Epidemiológica
		Objetivo 9: Implementar e qualificar as ações de Saúde do trabalhador
<u>Eixo II: Condições de saúde da população</u>	Diretriz 1: Desenvolver ações intersetoriais que contribuam para melhoria das condições de vida e saúde da população	Objetivo 1: Criar e fortalecer ações que tenham impacto na saúde e na qualidade de vida da população Objetivo 2: Garantia da Atenção integral às pessoas em situação risco ou violência em consonância com as diretrizes do PAIR (Programa de Ações Integradas e Referenciais de Enfrentamento à Violência Sexual Infante juvenil no Território Brasileiro)

		Objetivo 3: Fortalecer o desenvolvimento de ações intersetoriais que tenham impacto na qualidade de vida da população
		Objetivo 4: Implantar e implementar ações pertinentes ao Programa Saúde na Escola em consonância com as diretrizes do Ministério da Saúde
<u>Eixo III: Aperfeiçoamento da gestão municipal</u>	Diretriz 1: Estruturação e Qualificação da gestão pela incorporação de processos de planejamento inovadores e sustentáveis	Objetivo 1: Institucionalizar e implementar o Sistema de planejamento integrado e participativo
	Diretriz 2: Qualificação do processo de descentralização /regionalização e territorialização da rede de atenção à Saúde	Objetivo 1: Qualificar o processo de territorialização e efetivar a gestão solidária e descentralizada
		Objetivo 2: Qualificar as ações no âmbito das Policlínicas Regionais
	Diretriz 3: Organização e regulação do acesso aos serviços ambulatoriais e hospitalares e exames complementares	Objetivo 1: Ampliar e qualificar o acesso aos serviços de média e alta complexidade
		Objetivo 2: Implementar e qualificar as ações de Avaliação, Auditoria e Controle
		Objetivo 3: Implementar e qualificar as Ações do Serviço de Auditoria
		Objetivo 4: Garantir a implementação do CAD-SUS (Sistema de Cadastramento de usuários do SUS)

	Diretriz 4: Fortalecimento da participação popular e o controle social na Gestão do SUS	Objetivo 1: Dotar o Conselho de Saúde de condições materiais e técnicas para melhor exercer seu papel de participação e controle social
	Diretriz 5: Gestão e Qualificação do trabalho para melhor atender às necessidades da população usuária do SUS	Objetivo 1: Ampliar e manter a força de trabalho
		Objetivo 2: Implementar a política de saúde e segurança do trabalho para os trabalhadores da secretaria municipal de saúde visando a promoção da saúde e o ambiente de trabalho saudável
	Diretriz 6: Organização e Fortalecimento das ações de educação na Saúde	Objetivo 1: Estruturar o setor e implementar ações de Educação Permanente e Educação Continuada
	Diretriz 7: Qualificação dos processo de comunicação e da informação em Saúde	Objetivo1: Informatizar e informar a rede de saúde-unidades próprias e espaços gerenciais
	Diretriz 8: Manutenção do Sistema Municipal de Saúde – custeio e investimento	Objetivo 1: Reformar e ampliar as Unidades Básicas Convencionais, Policlínicas Regionais de Saúde, Unidades Especializadas e Unidade Hospitalar
		Objetivo 2: garantir a manutenção predial da rede de Atenção à Saúde e dos equipamentos
		Objetivo 3: Manter e garantir a qualidade dos serviços executados na saúde
		Objetivo 4: Estruturar e qualificar a frota da Saúde

7.1.2 A Programação Anual de Saúde – 2010

Na análise da Programação Anual de Saúde (PAS) do ano de 2010 a promoção da saúde fazia parte do planejamento de algumas áreas/setores, como a coordenação técnica de saúde do idoso, o setor de informação, educação e comunicação em saúde, saúde do trabalhador e a coordenação técnica de alimentação e nutrição. Estes setores planejavam ações voltadas para a promoção da saúde, mas ainda podemos perceber atitudes isoladas que não se comunicam nem dentro do âmbito da saúde nem intersetorialmente.

Apresento a seguir as ações descritas na PAS que mencionam a promoção da saúde:

A diretriz 3 da PAS (Garantia da integralidade da atenção através da efetivação das ações do ciclo de vida priorizadas pelas metas do Pacto pela Vida) está contida no Eixo I: condições de saúde da população e tem três objetivos. No Objetivo 2 (Implementar e qualificar a Atenção Integral à Saúde do Idoso com vistas ao atendimento das metas do Pacto pela Vida) a coordenação técnica de saúde do idoso planeja “promover encontros de Promoção da Saúde para estimular o autocuidado e autonomia dos idosos” tendo como meta anual a realização de 3 encontros: 1 encontro sobre como deve ser a alimentação adequada do idoso; 1 encontro sobre como o idoso deve cuidar de sua saúde bucal, 1 encontro sobre como Prevenir Quedas no Centro de Referência do Idoso.

A diretriz 7 se propõe a garantir a implementação das ações de vigilância em saúde prevenindo e controlando agravos à saúde da população e apresenta diversos objetivos dentre eles, a informação, educação e comunicação em saúde. Neste item uma das ações é disseminar informação a cerca dos problemas de saúde de maior incidência e prevalência no município com vistas à promoção da saúde e hábitos saudáveis de vida, com a realização de 4 reuniões anuais. Um outro objetivo que inclui o tema da promoção da saúde é a implementação e qualificação das ações de saúde do trabalhador que tem como uma das ações a capacitação dos profissionais da rede para a prevenção de acidentes e promoção da saúde do trabalhador.

A diretriz 4 “Garantia do atendimento as necessidades de saúde da população mediante ações técnicas, interdisciplinares, estratégicas e programáticas” inclui o objetivo 5 “Implementar as ações da Coordenação de Alimentação e Nutrição atendendo as necessidades de infra estrutura, gestão de pessoas, ações educativas, técnicas e gerenciais e participação em eventos” a coordenação técnica de alimentação e nutrição apresenta ações com vistas à promoção da alimentação saudável e como meta a realização de 2 atividades anuais com os usuários dos serviços de saúde; ações em parceria com a secretaria de educação com o objetivo de implementar a horta escolar e incentivar a alimentação saudável entre os alunos.

Fica muito evidente que há muito pouca interlocução com outros setores e que uma das principais bases da promoção da saúde, que é a intersetorialidade é deixada de lado na maioria das ações planejadas.

No Eixo II denominado “Condições de saúde da população” encontramos outras ações descritas que mencionam a promoção da saúde. Este eixo trata dos determinantes e condicionantes de saúde e sua 1ª diretriz se propõe a desenvolver ações intersetoriais que contribuam para melhoria das condições de vida e saúde da população e o Objetivo 1 tem como meta criar e fortalecer ações que tenham impacto na saúde e na qualidade de vida da população. Entre as ações mencionadas no objetivo 1 estão a estruturação do Núcleo Municipal de Prevenção de Violências e Promoção da Saúde e implantação de ações/atividades de prevenção à violência e promoção da Saúde nas 5 Policlínicas Regionais de Saúde. Ainda na diretriz 1, o objetivo 3 tem como ideia fortalecer o desenvolvimento de ações intersetoriais que tenham impacto na qualidade de vida da população e propõe duas ações que são a Implementação de ações intersetoriais voltadas para prática e estilos de vida saudáveis e aderir ao Calendário de Promoção da Saúde do MS realizando 32 campanhas ou eventos de mobilização voltados para os temas prioritários da saúde. A primeira ação tem como meta participar de 100% das ações intersetoriais e a segunda 8 campanhas anuais.

No eixo III aperfeiçoamento da gestão municipal, a diretriz 5 gestão e qualificação do trabalho para melhor atender às necessidades da população usuária do SUS, inclui a promoção da saúde nas ações a serem realizadas com os trabalhadores da secretaria municipal de saúde e descreve algumas ações como a realização de ações de prevenção dos agravos e promoção de estilo de vida e hábitos saudáveis com a ideia de realizar ações sobre temas básicos de saúde.

Embora não analisado, é importante destacar o Termo de Compromisso de Gestão Municipal (TCGM) que fica no anexo do PS e tem como objetivo “pactuar e formalizar as responsabilidades e atribuições inerentes à esfera municipal na condução do processo permanente de aprimoramento e consolidação do Sistema Único de Saúde” (PPA 2010-2013, B. Roxo).

No TCGM são definidas as responsabilidades gerais da gestão do SUS e a promoção da saúde está incluída em diversos itens como no dever do município de garantir a integralidade das ações de saúde prestadas de forma interdisciplinar, por meio da abordagem integral e continua do indivíduo no seu contexto familiar, social e do trabalho. Além disso, o documento também define que todo município deve elaborar, pactuar e implantar a política de promoção da saúde, considerando as diretrizes estabelecidas no âmbito nacional e que todo

município deve formular, no plano municipal de saúde, a política municipal de atenção em saúde, incluindo ações intersetoriais voltadas para a promoção da saúde.

Nas orientações de elaboração do TCGM, o Ministério da Saúde afirma que em todos os itens em que se inicia com “Todo município deve”, há a necessidade de inscrição da realização pelo município para que o termo seja firmado. Após a análise do plano de saúde municipal e do TCGM, percebemos que tal orientação pode induzir a uma pactuação de ações que não serão possíveis de se realizar, presumindo-se que estão descritas para aprovação do plano nas instancias necessárias.

O documento enquanto recurso estrutural garante ou reafirma a promoção, mas ainda funciona como uma regra a ser cumprida para garantir a continuidade da gestão sem, entretanto, haver real comprometimento com o indicado no documento. O ministério da saúde foi competente ao colocar na agenda a promoção da saúde, cabe aos municípios e outras instancias locais utilizar esse recursos como facilitadores para a gestão.

Cabe questionar se há real comprometimento com o indicado no documento. O ministério da saúde foi competente ao colocar na agenda a promoção da saúde, cabe aos municípios e outras instancias locais utilizar esse recursos como facilitadores para a gestão.

7.1.2 O Relatório Anual de Gestão – 2010

O sistema de planejamento e gestão do SUS orienta que ao final da vigência de um plano é necessária uma avaliação para aperfeiçoamento da gestão e efetividade das ações desenvolvidas, contribuindo assim para a melhoria da qualidade das ações em saúde.

Ao analisar o RAG e verificar o alcance das metas que incluem a promoção da saúde, verifica-se que há uma variabilidade na realização das atividades e que algumas foram cumpridas e outras não, o que significa que não é porque uma ação esta contida no PS e no PAS que os gestores de fato se comprometem a realizar ou conseguem realiza-la, e os documentos, em alguns casos podem funcionar apenas como uma burocracia do sistema.

Os encontros de promoção da saúde para estimular o autocuidado e autonomia dos idosos planejado pela Coordenação Técnica de Saúde do Idoso foram uma das ações descritas no plano que foi realizada.

A proposta de “garantir a implementação das ações de vigilância em saúde prevenindo e controlando agravos à saúde da população através da disseminação da informação a cerca dos problemas de saúde de maior incidência e prevalência no município com vistas a

promoção da saúde e hábitos saudáveis de vida” se materializava com a realização de 04 reuniões durante o ano de 2010 que não foram realizadas.

A capacitação dos profissionais da rede para a prevenção de acidentes e promoção da saúde do trabalhador, que estava contido dentro da proposta de implementar as ações de saúde do trabalhador, foi um outra ação não realizada que não teve justificativa.

O planejamento proposto pela Coordenação Técnica de Alimentação e Nutrição que envolvia duas ações com vistas à promoção da alimentação saudável e as ações em parceria com a secretaria de educação com o objetivo de implementar a horta escolar e incentivar a alimentação saudável entre os alunos também não foram realizadas, sendo esta ultima apresentada apenas no plano de saúde, sem qualquer citação no relatório de gestão.

No eixo II, referente aos determinantes e condicionantes de saúde é que estão citadas o desenvolvimento de ações intersetoriais que contribuem para melhoria das condições de vida e saúde da população. É também aqui que esperava-se uma maior realização das ações, porém a meta de criar e fortalecer ações que tenham impacto na saúde e na qualidade de vida da população que incluía as ações de estruturação do Núcleo Municipal de Prevenção de Violências e Promoção da Saúde e implantação de ações/atividades de prevenção à violência e promoção da Saúde nas 5 Policlínicas Regionais de Saúde não foi cumprida. Já as 08 campanhas previstas de ações intersetoriais foram cumpridas.

A implementação de ações intersetoriais voltadas para prática e estilos de vida saudáveis e a adesão ao calendário de promoção da saúde do MS que apresentava as metas de realizar 8 campanhas no ano de 2010 foram cumpridas

No “aperfeiçoamento da gestão municipal” citada no eixo III, a promoção da saúde é inclusa nas ações a serem realizadas com os trabalhadores da secretaria municipal de saúde e se observa o planejamento de ações de prevenção dos agravos e promoção de estilo de vida e hábitos saudáveis, porém foi uma das metas não cumpridas sem qualquer justificativa no RAG.

O município de Belford Roxo incorpora as recomendações sob o ponto de vista normativo, porém nem sempre os atores da prática utilizam essas regras para modificar suas ações. Porque mesmo com um planejamento incorporando a realização de ações de promoção da saúde, algumas ações descritas nos planos não são executadas em sua totalidade.

7.2 Percepção dos trabalhadores e gestores sobre a promoção da saúde em nível de atenção primária desenvolvida pelas equipes da ESF em Belford Roxo

Antes da apresentação e discussão dos resultados, foi feita uma breve caracterização dos entrevistados.

7.2.1 Perfil dos entrevistados

Os sujeitos entrevistados apresentavam idade entre 27 e 58 anos, e a maioria tinha até 35 anos (06 profissionais). Com relação o vínculo atual, o tempo de atuação variou entre 03 meses e 05 anos, onde a maioria estava há mais de 02 anos atuando nas equipes de saúde da família (06 profissionais).

Todos os profissionais são contratados sem concurso pela Secretaria Municipal de Saúde por um prazo de 12 meses, podendo o contrato ser renovado por igual período a cada ciclo. O vínculo empregatício é precário, e não inclui férias, 13º salário e depósito do Fundo de Garantia de Tempo de Serviço (FGTS). Apenas um dos entrevistados possui cargo em comissão.

Para análise dos resultados obtidos nas entrevistas realizadas com os profissionais de saúde foi criada uma matriz de análise que será apresentada logo a seguir. Esta matriz permitiu agrupar as questões observadas na pesquisa de campo de acordo com suas dimensões e categorias e as possíveis variáveis encontradas nos relatos de cada entrevistado. Estas variáveis também representam a expectativa da pesquisadora contribuindo para responder as questões analisadas.

Os resultados serão apresentados e discutidos agrupados por dimensões e suas respectivas categorias de análise.

Quadro 3: Matriz de análise

DIMENSÃO	SUB-DIMENSÃO	QUESTÕES	VARIÁVEIS
Estrutural	Equipe	Composição da Equipe	- Equipe completa - Equipe incompleta
	População Adscrita	Quantidade de famílias cadastradas/ acompanhadas pela equipe	- Adequada aos critérios do MS - Incompleta (Maior ou menor que os critérios do MS)
	Capacitação da Equipe	Conceito de promoção da saúde	- O profissional entende o conceito de promoção da saúde (usaremos o conceito definido na carta de Ottawa) - O profissional não entende o conceito de PS; - O profissional entende o conceito de PS de forma equivocada e confunde com o conceito de prevenção da saúde.
	Integração Regional	Relação de trabalho com os enfermeiros das outras ESF da regional	- A relação entre os profissionais é feita de maneira amistosa envolvendo trocas de experiências e questões ligadas ao território regional; - A relação entre os profissionais restringe-se a resolução de problemas e escassez de material de trabalho. - Os profissionais não se relacionam e desenvolvem seu trabalho de forma isolada.
		Realização de encontro periódico entre as equipes da regional, coordenação da ESF ou a PRS	- Os enfermeiros se encontram periodicamente; - Os enfermeiros não se encontram periodicamente.
		Coordenação dos encontros realizados e temas tratados	- Coordenação da ESF; - Coordenação da PRS.

	Intersetorialidade	Realização de ações intersetoriais	- A equipe realiza atividades intersetoriais; - A equipe não realiza atividades intersetoriais.
		Parceria com outros setores (educação, obras)	- A equipe realiza atividades em parceria com grupos da sua comunidade; - A equipe não realiza atividades em parceria com grupos da sua comunidade.
Organizacional	Planejamento das ações	Ações realizadas pela equipe	- A equipe faz o planejamento das suas atividades - A equipe não planeja suas atividades e trabalha de acordo com os casos que aparecem na unidade - A equipe segue as orientações do MS contida na Política de Promoção da Saúde.
		Desenvolvimento de ações focadas na saúde e a sua periodicidade	- A equipe executa as suas ações com o olhar focado na saúde e não na doença, de acordo com as orientações do MS; - A equipe não executa as suas ações com o olhar focado na saúde e não na doença; - As ações são periódicas; - As ações são esporádicas.
		Desenvolvimento de ações “promotoras da saúde”	- As ações realizadas enfocam a saúde; - As ações realizadas enfocam as doenças ou grupo de doentes.
		Cenário de realização dessas atividades	- Há estrutura e apoio institucional para a realização das atividades; - Não há estrutura e apoio institucional para a realização das atividades.
		Fatores que interferem na realização destas atividades (Promotoras da saúde)	- Escassez de recursos humanos; - Falta de apoio institucional;

		Descrição das ações realizadas pela equipe	-As ações estão de acordo com as preconizadas pelo MS para cada profissional da equipe; -As ações não estão de acordo com as preconizadas pelo MS para cada profissional da equipe;
		Atendimentos programados ou demanda espontânea	- Programados; - Demanda espontânea; - Programado e demanda espontânea.
		Vínculo e relação de trabalho com a PRS	- Existe fluxo de encaminhamento regular; - Não existe fluxo de encaminhamento regular.
	Perfil epidemiológico	Identificação dos principais problemas de saúde da região	- Através da Visita Domiciliar e articulação com a população; - Através das consultas (o que o usuário vem apresentar); - Através de consulta a base de dados secundários (Informes da Secretaria de Saúde ou MS).
		Questões demandadas para atendimento	- Medicamentos; - Imunização; - Consultas de emergência; - Consultas de rotina.
	Vínculo Equipe - população	Relação dos moradores/famílias com a equipe	- Amistosa; - Hostilidade. - Indiferença
		Existência de relação de confiança entre os moradores e a equipe	- O enfermeiro acredita que há uma relação de confiança entre os moradores e a equipe; - O enfermeiro não acredita que há uma relação de confiança entre os moradores e a equipe. - O enfermeiro não é capaz de opinar sobre esta relação de confiança.

Dimensão Estrutural

A dimensão estrutural envolve aspectos relacionados à composição das equipes, população adscrita e capacitação da equipe, ou seja a forma como a equipe esta organizada para desenvolver suas ações. Aqui trataremos da estrutura que as equipes têm à sua disposição para a realização das atividades.

Equipe:

Nas Unidades de Saúde da Família do município de Belford Roxo as equipes estão agrupadas de duas em duas ou três em três, ou seja, em uma mesma unidade física estão presentes duas ou três equipes de saúde com seus respectivos territórios e famílias a serem acompanhadas. Todas as equipes entrevistadas neste estudo estavam em uma mesma área física dividindo o espaço com uma segunda equipe de saúde.

A composição da equipe é um problema para 07 das 08 equipes entrevistadas (ver tabela a seguir), onde estas 07 possuem quantidade de agentes comunitários de saúde aquém do previsto. Duas das equipes chegavam a ter falta de 05 agentes e as outras com uma escassez menor, mas também sofrendo com a falta deste profissional.

Uma equipe não possuía médico que estava afastado para tratamento de saúde e o médico da outra equipe fazia o atendimento às famílias das duas equipes. Uma outra equipe não possuía técnico de enfermagem. O caso mais grave desta análise estava na equipe 07 que estava sem o médico e sem 05 ACS, realizando suas atividades com uma enfermeira, um técnico de enfermagem e 02 ACS.

Tabela 3: Composição das equipes de saúde da família da regional de saúde de Heliópolis – Belford Roxo/RJ, 2011.

Equipe	Dados sobre os componentes
Equipe 1	Completa
Equipe 2	Faltam 02 ACS
Equipe 3	Faltam 04 ACS
Equipe 4	Faltam 03 ACS e 01 tec. enfermagem
Equipe 5	Falta 01 ACS
Equipe 6	Faltam 03 ACS
Equipe 7	Faltam 05 ACS e 01 medico
Equipe 8	Faltam 05 ACS

Quatro equipes possuíam equipe de saúde bucal (ESB) integrada⁴, porém o atendimento da ESB é destinado às duas equipes instaladas naquele espaço. Sendo assim, podemos considerar que todas as equipes tinham os cuidados odontológicos para oferecer à sua população cadastrada. Todas estas ESB estavam completas e classificadas na modalidade II de acordo com o MS, cuja classificação se deve à presença do técnico em saúde bucal, além do cirurgião dentista e auxiliar de saúde bucal.

Com base nos dados acima é possível perceber que apenas uma equipe (01) esta composta de acordo com as orientações do MS, ou seja, com todos os profissionais preconizados (médico, enfermeiro, técnico de enfermagem e ACS). Sabemos que a falta de profissional pode causar problemas em todas as áreas e serviços de saúde, mas a falta do ACS na Estratégia de Saúde da Família pode descaracterizar todo o trabalho em equipe de acompanhamento das famílias e a ausência do médico pode produzir uma baixa capacidade de atender às demandas curativas, interferindo com as ações de promoção, além de poder deslocar o enfermeiro para ações exclusivamente curativas.

População Adscrita:

A população adscrita para cada equipe também variava bastante. Na regional de saúde estudada a variação foi de 400 a 1500 famílias acompanhadas.

Tabela 4 Quantidade média de famílias acompanhadas por ACS das equipes de saúde da família da regional de saúde de Heliópolis – Belford Roxo/RJ, 2011.

Equipe	Quantidade de ACS	Número de famílias	Média família/ACS
Equipe 1	06	680 famílias	113
Equipe 2	05	800 famílias	160
Equipe 3	04	748 famílias	187
Equipe 4	05	400 famílias	80
Equipe 5	09	1500 famílias	167
Equipe 6	08	936 famílias	117
Equipe 7	02	300 famílias	150
Equipe 8	02	302 famílias	151

⁴ As ESB trabalham integradas às equipes, com composição básica de: cirurgião-dentista e auxiliar de saúde bucal para as ESB na Modalidade I, e cirurgião-dentista, auxiliar de saúde bucal e técnico em saúde bucal para as ESB na Modalidade II.

De acordo com a orientação do MS, o número de pessoas acompanhadas por ACS não deve ultrapassar 750 pessoas. Levando em consideração a Síntese de Indicadores Sociais (IBGE, 2010), o número médio de pessoas na família é de 3,1 pessoas e entre as famílias mais pobres (renda mensal per capita de até ½ salário mínimo) que é o caso do município de Belford Roxo, o número médio de pessoas por família chega a 4,2. Sendo assim, a média de famílias acompanhadas por ACS ficaria em torno de 150 famílias.

A maior parte das equipes acompanha um número médio de famílias de acordo com a proposta da PNAB e apenas a equipe de Equipe 4 acompanhava um número de famílias menor que à proposta pelo MS.

Capacitação da equipe:

Para avaliar o conceito de promoção da saúde, usaremos a definição dada pela Carta de Ottawa em que “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 favoravelmente o meio ambiente. A saúde deve ser vista como um recurso para a vida, e não como objetivo de viver. Nesse sentido, a saúde é um conceito positivo, que enfatiza os recursos sociais e pessoais, bem como as capacidades físicas. Assim, a promoção da saúde não é responsabilidade exclusiva do setor saúde, e vai para além de um estilo de vida saudável, na direção de um bem-estar global”² (p. 19). A partir dessa definição, o objetivo era o conhecimento que o profissional tinha sobre promoção da saúde.

De acordo com as entrevistas, é possível perceber que o conceito não é bem entendido pelos profissionais, porém há algumas aproximações e entendimento de que a saúde não está relacionada apenas com a ausência da doença.

“... Eu acho que promover saúde é você proporcionar um bem estar não só mental na pessoa, mas principalmente um bem estar social. Então eu acho que eu não promovo saúde totalmente. Às vezes você vem aqui, uma paciente, hoje eu já atendi uma até assim, você tem o remédio... Ela tem uma doença que é hipertensão, você tem o remédio para tratar a hipertensão dela, mas você descobre também que ela tem uma outra doença psicológica, uma depressão, e aí tem como tratar? Tem. Tem como pedir ajuda a alguns profissionais, aqui tem psicólogo do NASF, mas tem algo que é o social que eu não posso fazer, que a

psicóloga do NASF não pode fazer. Então, assim, não cabe só a mim, não cabe só a psicóloga, não cabe só a qualquer profissional que tem no NASF, é um assunto que envolve outros setores... e a gente infelizmente não tem. Então eu acho que eu não promovo, eu não consigo promover saúde total. Eu acho que promover saúde é você deixar o paciente, no caso o usuário em total bem estar tanto mental, como psicológico, ele estar bem com ele mesmo... Eu acho que a gente não consegue fazer isso totalmente.”

A entrevistada acima relata na sua fala o reconhecimento de que o setor saúde isolado não vai ser capaz de responder a questão dos problemas de saúde do indivíduo e assim promover a sua saúde. Através deste relato é possível identificar que entende a complexidade da ação sobre o indivíduo e que a promoção da saúde precisa ser realizada em parceria com outros setores, e com isso afirma que seu papel de promover a saúde não está sendo exercido.

O entendimento de promoção da saúde de alguns entrevistados envolve questões como educação, trabalho, lazer, mas não há relato de atividades que contribuam para melhorar a saúde das pessoas envolvendo outros setores. Todas as atividades realizadas com o sentido de promover a saúde das pessoas envolvem exclusivamente o setor saúde e a sua unidade especificamente, sem integração com as demais unidades de saúde do território. Com exceção das atividades realizadas pela secretaria de saúde naquela regional de saúde.

É possível perceber que eles sabem que a promoção da saúde é mais do que a cura ou tratamento e também entendem que as atitudes devem ser tomadas antes do aparecimento das doenças e que as intervenções ou orientações devem estar relacionadas ao ambiente em que a pessoa está inserida:

“Promover saúde que eu entendo é que a gente tem que fazer... Dar o máximo nosso para não chegar àquela pessoa e ter tipos de doenças que poderiam ser evitadas, porque depois que se tem a doença vai ter que tratar e não vai promover. Então a gente tem que promover com palestras e andar nas casas orientando... Entendeu? No caso o surto agora foi de que? De Dengue, e aqui demais da conta realmente. Então a gente tem que fazer VD não só na família que está ali, mas a gente tem que olhar na área, orientar, isso que é a promoção da saúde, e não deixar o usuário chegar aqui já com aquilo. Aí já não está promovendo, já vai ter que fazer o tratamento. Entendeu? A cura.”

Outros profissionais entendem que para promover a saúde das pessoas, as suas atividades diárias devem ultrapassar as orientações e ações sobre doenças já instaladas.

“Por promoção... Eu entendo que a gente tem que educar a população, a gente tem que conscientizar da melhor forma possível, expondo o que é bom. Não vai adiantar chegar e falar: “Ah, toma esse remédio!” Não, “você vai tomar esse remédio porque isso, isso e isso E não adianta só tomar remédio, a sua alimentação...” A gente interfere muito também na questão familiar, se está bem, porque isso interfere na saúde. Então a gente tenta uma melhor forma de estar promovendo essa parte, de educação mesmo na vida para as pessoas entenderem essa parte de saúde. Eu não sei se você entendeu muito bem não.”

Outra constatação é que há uma associação entre o conceito de promoção da saúde e a prevenção de doenças. Entendemos que a promoção da saúde envolve ações de prevenção de doenças, porém não se pode reduzir a promoção da saúde à questão da prevenção, como se percebe muitas vezes nas unidades de saúde.

“... A prevenção, porque eu oferecendo prevenção da saúde para eles vai ocasionar em promoção da saúde. Eu vou lá e faço a prevenção, verifico a pressão, dou orientações

“Orientar os pacientes, orientar a comunidade para eles estarem evitando as doenças antes que elas surjam, fazendo um acompanhamento de prevenção e não vindo só a unidade na hora que está com uma patologia e sim vir antes para fazer realmente uma promoção, e principalmente através das palestras, porque através disso eles ganham conhecimento para poder identificar qualquer coisa logo no início.”

A questão do emponderamento da comunidade para que os indivíduos sejam sujeitos no processo de autocuidado é um fator bastante positivo para promover a saúde da população. Capacitar a comunidade para que possam identificar os fatores de risco para sua doença e de alguma forma oferecer suporte para que possam modifica-los, traz a promoção da saúde para a realidade da população.

Apesar das incompletudes pode-se pensar que os profissionais têm conhecimento suficiente para praticar ações promotoras, a partir desse conhecimento segue-se analisando as outras dimensões pensadas para este estudo.

Integração Regional:

Sobre a relação dos enfermeiros com outros enfermeiros das equipes de saúde da família da mesma regional, percebemos que o processo de territorialização não possui uma função prática, pois nenhum deles trabalha com esta noção e também não se sentem parte de um território. A relação entre os profissionais restringe-se a resolução de problemas e escassez de material de trabalho. Eles se encontram no dia da entrega da produtividade na coordenação da estratégia de saúde da família ou em alguma reunião, mas em nenhum momento planejam ou executam atividades em conjunto dentro do território. Os encontros são rotineiros, porém não produzem mudança relacional entre as equipes.

“A gente se encontra na entrega da produção. Todo dia 20 do mês.”

“A gente tem contato. Quando a gente precisa de alguma coisa um liga para o outro e pergunta...”

O mesmo acontece na relação com a PRS, onde a relação é bastante restrita. Não há encontros periódicos entre as equipes e a policlínica e os contatos acontecem normalmente via telefone, quando as equipes precisam encaminhar algum paciente para alguma especialidade com urgência. Não há realização de atividades em conjunto no território.

“Com a PRS é difícil... Com a coordenação da saúde da família tem todo mês na entrega de produção, que é todo dia 20 e geralmente eles fazem reunião para falar alguma coisa de trabalho... fluxo, ou mudança de alguma coisa... por exemplo, marcaram a última agora para falar da vacina do idoso, da influenza, da H1N1... como mudou uma série de coisas, marcaram na coordenação para capacitar a gente.”

“Não, não tem encontro não. O único vínculo que eu tenho é o de encaminhamento com eles, nem conheço o pessoal de lá.”

“Temos contato com o NASF de Heliópolis. A enfermeira do PACS colhe preventivo aqui na unidade uma vez na semana e atende também os pacientes dela aqui no espaço da unidade e ajudam nos eventos da prefeitura também.”

Sobre os encontros com as equipes de saúde da regional de saúde de Heliópolis, a direção da policlínica relata apenas a reunião que acontece mensalmente com os administradores de unidades básicas de saúde tradicional:

“Mensalmente temos uma reunião regional com os administradores das UBS para falar dos problemas, processo de trabalho, necessidades, avanços, desafios, falta de material, entre outras coisas.”

Esta reunião envolve as unidades básicas tradicionais e conta com a participação de todas as unidades, sem a divisão por território de saúde. A ESF não participa destes encontros, que são coordenados por um gestor da secretaria de saúde (secretário ou subsecretário) e um representante de cada UBS, sendo geralmente o administrador.

Intersetorialidade:

A questão da intersetorialidade não foi destacada na fala nas equipes entrevistadas. Todas as equipes relataram não realizar nenhuma atividade em parceria com outros setores. Alguns consideram parceria a utilização dos espaços das unidades escolares e associação de moradores, mas executar efetivamente alguma ação com objetivo de melhorar a saúde da população em conjunto não executam.

“Se for a respeito da promoção da saúde é só a educação, porque a gente tem ido a escola. Tem parceira com a diretora da escola.”

A ESB vai muitas vezes às unidades escolares realizar aplicação de flúor nos alunos, todavia a atividade é resumida a esta ação.

“Só a dentista que aplica flúor nos alunos...”

Essas ações não podem ser consideradas como ações intersetoriais, uma vez que não são realizadas conjuntamente. De modo geral, as equipes trabalham individualmente, sem conversar com os grupos existentes dentro do território e na maior parte das vezes, os enfermeiros consideravam parceria a utilização de espaços, como o caso das unidades escolares.

“Essa parceria existe quando necessita da dentista a gente fazer uma palestra fora para fazer aquele apanhado de pessoas que não são daqui, ou seja, são do bairro, mas não são cadastrados... Uma ação. Nessa ação a gente entra em contato com as igrejas, a igreja deixa, libera o espaço, aí a gente atende...”

Algumas equipes, apesar de não realizarem atividades em conjunto, solicitam a contribuição de outros setores (como o econômico), do bairro para realizar atividades com a população.

“Quando a gente quer fazer alguma ação social sim, só nesse caso, fora disso (acena que não)... Toda vez que a gente fez alguma ação a comunidade ajudou, os comerciantes, a igreja, a gente já fez na igreja, fora isso não.”

Dimensão Organizacional

Consideramos que a dimensão organizacional envolve os aspectos referentes ao planejamento das ações e ao perfil epidemiológico da população adscrita, pois este vai orientar o enfoque das ações das equipes no território.

Planejamento das ações:

Ao perguntar sobre o planejamento das ações realizadas no território, a maioria respondeu que planeja suas ações em reuniões. Algumas equipes se reúnem mensalmente, outras se reúnem semanalmente, deixando um turno de trabalho específico para tal atividade. Duas equipes não se reúnem em nenhum momento para planejar suas atividades e uma outra equipe se reúne apenas quando sente necessidade, que segundo a enfermeira seria “quando os pacientes faltam” ou “quando os ACS demoram para realizar alguma atividade programada”. Mesmo entre as equipes que relatam fazer o planejamento das suas atividades, percebemos que as mesmas relacionam-se tão somente ao agendamento das consultas ou atividades realizadas dentro da unidade de saúde, sem mencionar o envolvimento de outros setores ou ações fora deste âmbito.

“Fazemos um planejamento, tem uma agenda de atendimento a ser seguida e é meio fixo. Os agentes não, mas médico e enfermeiro têm.”

Essa diversidade de formas de planejar demonstra a autonomia das equipes em planejar suas ações e um distanciamento da coordenação técnica. Nenhum profissional relatou receber orientação sobre o planejamento das atividades da equipe.

“Temos uma reunião mensal, às vezes duas, e aí fazemos o planejamento das consultas, atividades e as palestras na unidade.”

Alguns trabalham na perspectiva de atender às demandas que surgem na unidade sem planejamento.

“...A gente faz de acordo com a demanda que tem no momento... Por exemplo, eu tenho uma palestra amanhã que pediram para eu fazer, aí eu já mando as minhas pacientes agendadas para lá, aí a gente faz a semana da mulher essa semana... Vai depender do que forem pedindo... Porque as vezes vêm pouco paciente e a gente consegue fazer outra coisa. Para o enfermeiro e para o técnico é uma coisa mais aberta, mas para o médico não, para o médico é fechado.”

O mesmo se dá no caso da policlínica regional de saúde, onde não há planejamento das ações a serem realizadas e “as ações realizadas são definidas por cada categoria profissional”.

“As assistentes sociais, por exemplo, perguntam se pode fazer palestra e eu deixo. Tem uma funcionária do setor de vigilância em saúde que faz atividades de promoção à saúde, relacionado a leptospirose, hanseníase...”

Algumas equipes fazem o planejamento em conjunto por estarem na mesma unidade física, e outras fazem sozinhas entendendo que as áreas adscritas são diferentes, e consequentemente as demandas também são diferentes.

“A gente faz uma reunião uma vez por semana. Fazia as duas equipes juntas porque eu era a única enfermeira (a outra equipe estava sem enfermeira), mas agora que ela chegou vamos começar a fazer separado, porque são áreas diferentes e os diagnósticos diferentes, não é? Esta reunião é para decidir o que vamos fazer, como serão as atividades.”

Nenhum dos entrevistados citou que baseia o seu planejamento ou suas atividades em documentos do MS, como a PNPS ⁴, nem tampouco orientações da secretaria de saúde ou da coordenação da estratégia de saúde da família.

A maior parte dos enfermeiros entrevistados relatam ações executadas em torno de doenças, como grupo de diabéticos, hipertensos, entre outros. Além disso, é possível perceber que há um “consenso” entre eles de que as ações de promoção à saúde ou que contribuem para melhorar a saúde das pessoas são atividades realizadas na “sala de espera” e “palestras”, tendo assim uma visão equivocada e restrita do que se é de fato promover a saúde. Também relataram que o acolhimento e as Visitas Domiciliares (VD) são uma forma de promover a saúde das pessoas. Nenhum deles relatou qualquer ação intersetorial com o objetivo de melhorar a saúde, embora tenham citado que sozinhos não conseguem promover a saúde das famílias.

“Tudo aqui a gente trabalha em nível de palestras, de orientações, aí a gente promove alguma coisa, faz uma brincadeira, um lanche para eles se sentirem bem acolhidos e conversa... a gente usa o que tiver em mãos, panfletos...”

“Em primeiro lugar, o acolhimento... porque às vezes a pessoa vem aqui, e não quer só saber de uma informação, ele quer ser tratado bem. Porque a gente ouve muito: “Ah, eu fui ali...” Não vou nem falar o nome do profissional... “...E me trataram mal, eu quis saber uma informação, eu só quis conversar”. Eles estão sempre reclamando disso. Então eu acho que em primeiro lugar para fazer essa pessoa se sentir bem, para fazer com que ela procure ter uma saúde melhor é você fazer um bom acolhimento com ele.

Outra coisa, se possível, se a pessoa for cadastrada marcar consulta e se não for cadastrada direcionar... Então, eu acho que isso tudo é uma promoção, você ajuda a promover...

...a gente às vezes dá palestra aqui, a gente faz sala de espera falando das doenças... Por exemplo, para hipertenso e diabético a gente fala o que eles podem ou não podem comer, o que deve ser evitado; para gestante como que a mãe durante a gestação ela vai acompanhar essa gravidez, amamentação, vai falar tudo sobre amamentação com ela. No pré-natal, quando é dia de pré-natal junta todo mundo e fala, eu falo dentro da sala como que tem que ser, que ela tem que cuidar da mama para não fazer rachadura... Então é mais a base da prevenção mesmo.”

As ações variam bastante de acordo com a dinâmica de cada equipe, mas podemos considerar que ocorrem com uma certa frequência e que na maior parte das vezes não são agendadas, acontecem quando o enfermeiro da equipe percebe que tem muitas pessoas aguardando a consulta e solicita que o ACS faça uma atividade na sala de espera sobre algum tema específico. Este tema é escolhido de acordo com o público que está presente na unidade e é realizado pelos agentes, enfermeiros e técnicos na maioria das vezes.

“As ações não têm um dia fixo não... a gente vai avaliando e fazendo. Geralmente sala de espera eles fazem sempre...”

A realização destas atividades acontece quase sempre na própria unidade e cada equipe usa o espaço físico disponível na área, que pode ser a própria unidade ou igrejas que ficam no território.

“A maioria das vezes é aqui na unidade, às vezes fazemos numa igreja, mas acontece mais aqui.”

“Acontece toda terça-feira, aqui na sala de espera mesmo e é para todos que estão aguardando a consulta do médico...”

Estas atividades, ainda que dentro da unidade de saúde, na maior parte das vezes não contam com a presença do médico devido a carga horária reduzida deste profissional. Todos os profissionais relataram que as atividades do médico são predominantemente as consultas individuais e em alguns casos, realizam a VD.

“Os médicos quase não participam, porque entram para atender... são mais os enfermeiros, os ACS, o pessoal da higiene bucal e o NASF.”

“Os agentes é que fazem.... as vezes eu e a técnica. Antes era mais fácil porque a gente tinha médico todos os dias na unidade e fazia de acordo com o tipo de consulta. Se fosse puericultura, falava sobre aleitamento, cuidados com a criança, em dia de preventivo falava sobre as doenças sexualmente transmissíveis... hoje o médico fica menos tempo na unidade e as consultas são misturadas... ele atende todo mundo junto...”

O relato da entrevistada acima sobre sua equipe demonstra como a completude da equipe auxilia na integração do trabalho multiprofissional sendo uma estrutura facilitadora para a realização das ações propostas.

Com relação a realização de ações consideradas como promotoras da saúde, a maior parte dos profissionais cita a sala de espera, consultas ou atividades com objetivos de prevenir doenças. Uma outra questão importante desta análise que merece ser destacada, é a de como a falta de uma equipe completa interfere na realização de atividades de promoção da saúde.

“Eu acho que não tenho ajudado muito não... não conseguia dar uma atenção muito especial porque a gente não tinha médico, então ficava muito voltado só para consulta... quando você é única, não consegue passar completamente... é bom quando tem os dois falando para a população, o médico e o enfermeiro juntos, aí é completamente diferente.”

“Grupos de tabagismo, planejamento familiar, DST/AIDS, Dengue, Hiperdia... A gente também faz bastante sala de espera e fala de acordo com o médico que esta atendendo.”

Há também em alguns momentos a transferência de responsabilidade para a equipe multiprofissional do NASF. Esta equipe é responsável pelo matriciamento das equipes da regional de saúde de Heliópolis, mas oferece este suporte para 06 das 08 equipes da regional.

“Tem palestra com a fono, com o educador físico, a fisioterapeuta. Eles vêm aqui fazer palestra, ensinam muitas coisas que a gente não sabe...”

Com relação aos fatores que podem interferir na realização das atividades consideradas “promotoras da saúde” os enfermeiros relatam quase sempre falta de tempo, visto que a maior parte das equipes está incompleta e isso significa sobrecarga de trabalho e a falta de apoio institucional. A falta do médico acaba por sobrecarregar o enfermeiro, pois este fica na tentativa de resolver os problemas de saúde da população e não consegue dar conta das suas atividades com as famílias. E além disso, existe a importância simbólica do médico para a população, que por vezes desacreditam a equipe quando não há a presença deste profissional.

“A falta do médico... as famílias não vêm se não tiver médico... só se tiverem precisando de remédio...”

Há relatos de que a falta de apoio institucional identificado pelos entrevistados como oferecimento de lanches, transporte é um dos principais problemas que interferem na realização das atividades.

“Só o papel a pessoa não vai se interessar, entende? Por exemplo, no evento da saúde bucal o rapaz trouxe o pula-pula e todo mundo gostou. Criamos uma “Associação Amigos da Policlínica” criada pelo administrador da PRS. Fazem parte desta associação comerciantes, vizinhos e a igreja, que contribui com os espaços para as atividades e também temos parceria com a subprefeitura de Heliópolis.”

No caso da PRS, a gestão criou uma associação composta por comerciantes, famílias do território e a igreja católica. Existe uma parceria e uma relação bem próxima com a igreja católica, porque a PRS está instalada no terreno cedido pela igreja. Além dessa parceria feita pela associação citada, não há nenhuma parceria com outros setores, e a direção relata que a parceria com a igreja e a escola se dá através da utilização dos espaços.

É possível perceber neste estudo que nem sempre as parcerias deixam de acontecer por falta de engajamento da equipe gestora, mas também pode ser influenciada por fatores políticos, fortemente presentes em algumas cidades. No relato da direção da PRS essa questão fica evidente sobre a parceria com a associação de moradores: “Com a associação de moradores não, porque a presidente é contra o governo”.

As palestras citadas normalmente acontecem no espaço físico da unidade e quando possível, há distribuição de brindes adquiridos com a secretaria ou doação de comerciantes do bairro. Os entrevistados relatam que a participação da população está condicionada a oferta de lanches ou brindes e esta questão pode estar relacionada às condições de vida destas pessoas.

“Às vezes a gente não faz mais ações, por causa de situação financeira, porque afinal de contas é a gente tem que dar alguma coisa em troca para fazer isso, ou um brinde mesmo... Não tem nenhum apoio da coordenação. Quem faz são os funcionários... Aí a gente pede... Porque ali embaixo tem um comércio, e aí que o comércio virou parceiro nosso. Toda vez que tem ação social, por exemplo, a gente fez no tempo da Páscoa para as crianças. Aí para a gente convidar a comunidade, a gente tem que dar alguma coisa em troca, então isso dificulta um pouco... Às vezes dificulta essas ações.”

Os relatos sobre as atividades de cada categoria profissional coincidiram entre os entrevistados. O enfermeiro possui a função de supervisionar a equipe e geralmente sua agenda esta dividida para atendimento a grupos específicos como “Hiperdia” (atendimento individual a hipertensos e diabéticos), pediatria, coleta de preventivo e análise dos resultados de exames; os técnicos de enfermagem ficam na sala de pré atendimento, onde fazem a triagem inicial, aplicam as vacinas e/ou medicamentos e verificam pressão arterial; os ACS fazem VD todos os dias e um dia na semana ficam na recepção da unidade de acordo com a escala realizada de cada equipe; os médicos realizam o atendimento individual quase sempre como os enfermeiros, separados por grupos específicos: hipertensos e diabéticos, pediatria e pré-natal.

Alguns médicos acabam por priorizar algum grupo de acordo com a sua especialidade, como por exemplo, um deles que não atende crianças por ser cardiologista, passando este grupo para o medico da outra equipe da mesma unidade. Esta realidade não é uma prática rara nas unidades de saúde família. Para Mattos ²⁷, as transformações das práticas de cuidado é o desafio de todas as políticas, de modo que dê resposta ao sofrimento humano e produza um cuidado integral à saúde da população.

“O médico atende todos, menos criança, e os agentes fazem as visitas domiciliares, em média 6 a 8 por dia todos os dias... e tem a escala deles, uma vez por semana eles ficam aqui... e fazem o acompanhamento da estatística, se nasceu, morreu, internou, ou seja, se tiver alguma intercorrência, eles trazem para gente.”

Os relatos mostram que as atividades dos médicos ficam restritas aos atendimentos individuais da demanda da unidade, porem é necessário que suas atividades sejam integradas às ações realizadas pela equipe. Alguns autores ressaltam a importância de que é preciso que a prática clínica incorpore ações com foco no usuário e em suas possíveis especificidades culturais, e que enfatizem a prevenção e a promoção de um estilo de vida saudável ⁶⁵.

“Os médicos fizeram um acordo: Dr. Y da minha equipe só atende a hipertensos e diabéticos, porque ele não é muito adepto a cuidar de criança, porque ele é cardiologista então ele prefere atender assim e Dr. Z atende só pediatria, se tiver algum hipertenso e diabético, ele atende. Os dois atendem as duas equipes e fizeram esse acordo.”

“O técnico de enfermagem geralmente fica na unidade de saúde todos os dias, na sala de vacinação ou aplicando medicamentos injetáveis, e quando eles percebem a necessidade o convidam para a VD.”

Às vezes por falta de carga horária disponível, a equipe acaba por excluir algum grupo do atendimento individual, descaracterizando a proposta de trabalho incentivada pela PNAB. A rotina da equipe sem a presença do médico acaba transformando essa atuação em “normal” para alguns enfermeiros. Para Geneaul ⁶⁶, a falta de tempo para atendimento diminui a adesão da população às ações de prevenção, principalmente pela redução do vínculo com as famílias.

“A gente não faz pré natal, porque o médico não faz... a gente não pode fazer sozinha, só com o médico acompanhando... ele não tem carga horária disponível.”

Sobre as visitas domiciliares, estas são tarefas quase que exclusiva dos ACS, e algumas vezes com o acompanhamento do enfermeiro ou do técnico de enfermagem. Os médicos não participam na maioria das vezes porque é a categoria que tem menos tempo disponível na unidade e assim, assim fica destinado apenas à assistência. Esta realidade não condiz com as orientações da PNAB, que com a implantação das equipes de saúde da família altera todo o processo de trabalho dos profissionais de saúde. A reprodução da lógica predominantemente curativa encontrada na regional de saúde de Heliópolis faz o caminho inverso da proposta de trabalho da estratégia de saúde da família.

“Os agentes vêm pela manhã assinam o ponto e vai fazer a VD agendando a consulta, aí volta na unidade, vai almoçar e depois vai pra VD novamente e a tarde vem assinar o ponto da saída. Eles fazem VD todos os dias eles são divididos para ficar um ali na frente na recepção e no dia da minha VD um vai comigo.”

“Os agentes fazem sala de espera junto com a gente, ficam dando suporte... ficam de plantão na recepção e quando não estão na recepção, fazem VD.”

O enfermeiro e o técnico de enfermagem também realizam a VD de acordo com as solicitações dos ACS.

“Eu faço uma vez por semana... depende do dia que não tem ninguém marcado. Eu prefiro ir no dia que não tem ninguém marcado que é segunda ou sexta-feira.”

“O técnico fica aqui na unidade, mas faz VD também... cada semana vai com um agente... o médico também faz VD, de 15 em 15 dias ou uma vez por mês... A gente diminui o atendimento... geralmente ele atende 25 e a gente coloca 15 para ele fazer a VD.”

Todas as consultas médicas e de enfermagem são agendadas previamente, porém as equipes deixam algumas vagas na agenda para atendimento da demanda espontânea.

“O Dr. X atende até 25. 20 são marcados e 05 são para demanda espontânea.”

Esta atitude traduz um grau de preocupação da equipe em dar respostas às necessidades da população.

“Se chegar alguém, não que seja caso de emergência, mas passando mal, com febre... a gente atende. Tem uns casos que a gente também atende emergência.”

As policlínicas regionais de saúde recebem pacientes vindo de todos os bairros do município de Belford Roxo e não apenas do seu território, isto acontece em função da distribuição desigual das especialidades médicas entre as policlínicas regionais de saúde.

Geralmente, recebem o paciente com encaminhamento de outra unidade, principalmente para as especialidades médicas com menor número de profissionais (como endocrinologia, neurologista, pneumologista, entre outros), mas também realizam o agendamento da consulta de primeira vez para a clínica médica sem referenciamento.

Para a equipe de saúde encaminhar o paciente para uma especialidade médica na policlínica, foi estabelecido um fluxo pela coordenação da estratégia de saúde da família: o médico faz o encaminhamento do paciente para a especialidade X; a equipe de saúde entrega o encaminhamento na coordenação da estratégia de saúde da família; a estratégia de saúde da família agenda a consulta e devolve para a equipe de saúde; o ACS entrega o paciente o encaminhamento com a data da consulta.

O grande problema é que esse fluxo é demorado (em torno de 03 meses), o que faz com que os enfermeiros marquem as consultas por meios próprios.

“Quando o encaminhamento volta, volta com 03 meses, se for um paciente grave, ferrou... às vezes a gente consegue porque eu ainda tenho uma conhecida lá, mas quando eu a encontro na unidade...”

Alguns entrevistados relatam que as consultas da sua unidade são agendadas direto com a administração da PRS, na tentativa de agilizar a marcação da consulta, e neste caso, o fluxo não é seguido por todas as equipes.

“A gente tem contato com o administrador de lá... se for um pedido, por exemplo, se o paciente estiver precisando muito, eu ligar pra ele e pedir, ele encaixa... agora se o paciente for lá, é final de fila.”

“Quando a gente precisa de atendimento, a gente faz contato com o administrador e ele consegue encaixar... todos os exames que a gente solicita aqui são feitos lá e não tem nenhuma burocracia com relação a isso. A gente solicita, o paciente vai lá e eles fazem a marcação numa boa.”

O fluxo de marcação de consultas é através de encaminhamentos para os especialistas e demanda espontânea para clínica médica, pediatria e ginecologia. No relato abaixo, a direção da PRS cita o fluxo já descrito pelos enfermeiros:

“Para as especialidades precisa do encaminhamento do clínico. Recebemos também encaminhamento do PSF, temos que dar suporte as equipes de saúde da família, que enviam para a coordenação, que faz a triagem, a assistente administrativo junta todos e traz para agendar as consultas. Também damos suporte as UBS, normalmente o administrador traz os encaminhamentos, marca e responde para o paciente. Isso fica protocolado com o numero do paciente para ligar. Também atende os encaminhamentos de outras unidades mesmo que não sejam de outras regionais.”

Perfil epidemiológico:

O perfil epidemiológico de uma população é utilizado para orientar o planejamento das ações de saúde no território. Os entrevistados identificam que a VD feita pelos ACS e

enfermeiros é a principal forma de identificar os problemas de saúde da região. Entretanto nenhum dos entrevistados informou consulta à base de dados secundária seja informe municipal, estadual ou nacional.

“Visita. Não tem outro jeito. É indo mesmo. Por exemplo, esse mês eu não consegui fazer, mas mês passado eu fui fazer, eu peguei todos os agentes e fui fazer visita domiciliar nas duas áreas que estão descobertas, fui fazer uma micro área 6 que é lá no final e encontrei dentro de casa uma mulher com tuberculose, que eu desconfiei na hora que era uma tuberculose, e acabou sendo diagnosticado mesmo, a mulher quase morrendo já em casa. Então assim, não tem outro jeito, é o agente indo, sou eu indo, é a médica indo, tem que fazer visita, não tem outro jeito...”

“Eu faço VD uma vez por semana e cada semana eu acompanho um agente em sua micro área e se a rua for paralela uma com a outra, vai os dois agentes e é assim que eu identifico os pacientes diabéticos, hipertensos, acamados... isso tudo a gente percebe na VD.”

Os relatos dos enfermeiros sobre a falta de contato e relação entre as equipes do território se confirma na conversa com direção da policlínica que informa que a identificação dos principais problemas de saúde ocorre “através da mídia, orientações do ministério da saúde ou fala dos médicos.” O que quer dizer que não há um entendimento claro da importância do trabalho integrado dentro do território, que pode se beneficiar da proximidade com as equipes de saúde da família para subsidiar as ações de saúde.

A procura do atendimento nas unidades geralmente se dá em função da busca de medicamentos, vacina, entre outros. A questão da proximidade da residência da população também foi um fator importante que motiva a procura do serviço. Muitas das ruas próximas não estão cadastradas como áreas adscritas da unidade, o que é difícil para a população entender.

“Eles vêm muito para vacina, por causa do remédio... e por ser perto também... e a gente sabe que não pode atender fora de área, mas eu atendo as consultas de pré-natal, porque as pessoas moram aqui perto e não tem condição financeira de ir a outro lugar.”

Entretanto, há também casos em que a unidade não possui vínculo com a população e o contato acontece principalmente para atendimento das necessidades de saúde em um dado momento. É fácil perceber como essa procura apenas para atendimento dos casos de necessidade reduz cada vez mais o vínculo entre a equipe e usuário, principalmente quando não tem a figura do médico participando das atividades gerais da equipe. Esta prática se perpetua porque na maior parte das vezes as atividades deste profissional na equipe se limita às assistenciais e curativas.

“Quando precisam de alguma coisa. Por quê? O posto passou um ano e meio sem médico... A gente não tem mais aquele vínculo que a gente tinha, por exemplo, em 2005, 2006, o tempo que eu trabalhei. O médico era todo dia. Então a gente ficava muito mais integrada com as famílias porque as suas consultas eram mensais, uma com o médico outra com o enfermeiro. Então a gente sabia. Eu sabia quem era a criança que estava com a vacina atrasada. Eu tinha todo mundo aqui na palma da minha mão.

Hoje a gente está basicamente fazendo controle, só. Então não é como antigamente que a gente tinha... Era realmente PSF. Não, hoje é dia de puericultura. Puericultura minha e puericultura da médica. Qualquer problema eu passo para ela, ela passa para mim. Hoje, não, hoje a médica não tem tempo mais para fazer VD... Não tem tempo mais para prestar assistência que deveria ter. Por exemplo, na Policlínica aqui não tinha ginecologista. Não tinha ginecologista, não tinha pré-natal. E a gente tem tudo aqui para fazer pré-natal, mas não podia fazer. Como é que eu vou fazer pré-natal sem médico? Eu tenho que ter o aparo do médico, entendeu? Ela não faz nem pré-natal nem puericultura porque a carga horária dela não dá.

Fica bastante claro que uma equipe sem a quantidade de profissionais adequados e com a carga horária conforme preconizado fica resolvendo os problemas de saúde da população doente e não tem tempo disponível para poder realizar atividades e olhar para a população sadia, assim como empondera-los enquanto sujeito neste processo do cuidado em saúde.

Vínculo equipe - população

Os enfermeiros acreditam que há uma relação amistosa entre moradores e equipe e atribuem isso ao fato dos moradores saberem o nome de cada um da equipe e procura-los

quando necessário, porém admitem que existem alguns atritos influenciados por outras questões de ordem política e organizacional.

Algumas unidades de saúde da família enfrentam problemas com moradores por causa do território adscrito. Isso acontece, porque algumas unidades não “fazem a cobertura” de sua própria rua, mas tem como área adscrita ruas muito distantes da unidade e nenhum dos entrevistados sabia explicar esta lógica de adscrição.

“Eu acredito que sim..., mas o que acontece aqui é que algumas ruas não são cadastradas. Por exemplo, aqui em volta algumas não são cadastradas, então isso gera um transtorno horroroso para a gente aqui e para o usuário, que quer se consultar aqui e não pode. Então isso é uma questão do estado quando veio o PSF aqui e fez isso, cadastraram algumas ruas longe... Tem duas lá perto da Vila São Luis, e tem gente que não é cadastrada que mora aqui na esquina, por exemplo. Então é um pouco complicado..., o pessoal não entende... querem o serviço, não entendem, aí querem agredir a gente, acham que a gente tem culpa. Então é uma relação de amor e ódio entendeu?”

Algumas equipes não atendem a população da mesma rua da unidade, mas atende bairros mais distantes, isso acontece porque a adscrição não levou em conta as necessidades da população do território e a proximidade da unidade e isso traz muitos impactos no processo de trabalho das equipes, que passam a ser culpadas por este problema. Nesse caso, a adscrição que seria uma regra facilitadora da ação da ESF transforma-se em regra restritora.

“Boa. Conhecem todo mundo pelo nome... é a enfermeira, a dentista... a única pessoa que eles não conhecem pelo nome é o médico, que eles já colocaram um apelido.”

“É boa, tranquila. Eles sabem quem é quem, quem é a enfermeira, quem é o agente deles.”

A questão política citada, e que em muitos casos acaba sendo um grande problema para a equipe acontece porque algumas unidades são propriedades de políticos da região alugadas para a secretaria municipal de saúde, e os grupos rivais “atacam” a unidade onde a equipe de saúde esta instalada como forma de agressão ao proprietário.

“Não, a gente não tem essa... Alguns sim conseguem ter uma boa relação, mas a gente tem muito problema nesse PSF..., ele é de político mesmo. O local é alugado... A gente vive tendo problema,

porque vive perdendo vacina, porque alguém desligou o disjuntor no final de semana... Sexta feira, a gente teve um problema que foi arrombado aqui... quiseram roubar a cozinha, essas coisas todas... E isso dificulta..., porque a gente esta sempre negando as coisas para a população. A gente não tem vacina nunca (e relata que o desligamento do disjuntor é frequente) , então não pode desenvolver um bom trabalho, não tem medicamento...”

É importante perceber como esta realidade dificulta o emponderamento da comunidade no sentido de se sentir também responsável pela sua saúde

A insegurança gera fragilidades na equipe para realizar de forma adequada suas atividades. Certamente estas equipes de saúde da família têm muita resistência em trabalhar a questão da promoção da saúde dentro do território e neste caso, o trabalho da equipe se resume em atender os casos de doença da população. Ou seja, um trabalho bem diferente daquele proposto na PNAB para a estratégia de saúde da família.

8. Considerações Finais

A análise documental da PAS e do RAG referente ao ano de 2010 nos faz entender que muitas das ações propostas tiveram dificuldades de serem incorporadas pelos profissionais e equipes de saúde.

Geralmente a falta de cumprimento dos objetivos e metas propostas nos planos acontece em função da falta de cooperação técnica entre os responsáveis pela execução das ações, pela distribuição desigual de recursos e falta de articulação política e parceria para a execução das ações. Os resultados desta análise nos fazem perceber que alguns desses problemas estão embutidos na justificativa das ações não realizadas no RAG 2010 e apontam para a importância da realização do relatório trimestral de atividades no prazo previsto conforme recomendação do MS, pois este documento da gestão em saúde pode ser utilizado como instrumento de monitoramento contínuo das ações e dessa forma oferecer possibilidade de realocação de recursos ou rearranjos político e institucionais para que as metas programadas sejam atingidas.

Outro desafio é a avaliação continua destas ações com a presença das equipes de saúde ou representantes desta, uma vez que os relatórios de atividades e documentos são elaborados pelas coordenações técnicas sem o envolvimento dos atores locais responsáveis por tais ações. Portanto esse documento é um recurso da gestão para apoiar a ação desses profissionais que não foi utilizado com todo seu potencial ‘facilitador’.

Na pesquisa de campo foi possível perceber que as ações de promoção da saúde desenvolvidas pelas equipes de saúde não levam em conta a importância da intersetorialidade e muitas vezes ficam restritas às ações de prevenção da saúde. Não é intenção deste trabalho diminuir o “valor” das ações de prevenção, porém queremos aqui ressaltar a necessidade das equipes de saúde em seu território adscrito atuarem com um conceito ampliado de saúde.

A crítica ao caráter ‘preventivista’ identificado é que o foco das ações deve estar no reforço da capacidade dos indivíduos e das comunidades, buscando autonomia para a solução dos problemas locais.

As ações promotoras muitas vezes não chegam a serem planejadas pelas equipes, pois ainda é possível perceber algumas dificuldades na formação dos profissionais de saúde, direcionando sua formação ainda para o atendimento das doenças e ou prática hospitalar e pouco qualificada em termos de capacitação para a promoção da saúde e APS.

Quando há a realização destas ações de promoção da saúde, o envolvimento de outros atores sociais ainda é limitado. O estudo identificou que outros setores como educação, meio

ambiente, trabalho e assistência social não estão integrados em atividades com o objetivo de melhorar a saúde das pessoas e as parcerias se dão através da disponibilidade de locais para as equipes realizarem as atividades desejadas, ou seja, não há a existência de uma rede de apoio intersetorial com foco na promoção da saúde da população.

A falta desta rede de apoio intersetorial somado a um contexto desfavorável, faz com que estas ações sejam cada vez menos frequentes na realidade das equipes.

O estudo mostra a presença de fatores políticos interferindo na realização de parcerias com outros setores e até mesmo no bom funcionamento da unidade. Neste caso, podemos entender que uma unidade de saúde que não tem condições de oferecer a população às ações básicas como atendimento médico e imunização, terá uma maior dificuldade de desenvolver relações de parceria e vínculo.. Tal realidade impede que equipes de saúde que atuam neste contexto sejam referencia para a população e dessa forma também não conseguirão reforçar a ação da comunidade sobre a sua atuação como sujeitos no processo de autocuidado.

Além dos fatores políticos, há os limites estruturais como escassez de recursos humanos que sobrecarregam as atividades diárias das equipes. A falta do profissional médico ou a sua carga horária reduzida é um fator limitante para a realização das ações de promoção da saúde, porém os enfermeiros não fazem critica a esta atuação, restrita a prática curativa que dificulta a criação de vínculo entre a população e a equipe. Sob esse ponto de vista, o contexto político e a falta de profissionais foram fatores restritivos à promoção da saúde. Neste contexto, Machado e Porto (2003) afirmam que o comportamento de diversos atores reflete algumas estruturas de poder e práticas culturais que precisam ser superadas para que dêem lugar a outras mais efetivas. Mesmo quando há disponibilidade de recursos facilitadores das ações dos agentes, os profissionais não se emponderam destes recursos disponíveis para modificar a sua prática e estruturar uma atenção mais condizente com orientações da promoção de saúde e de mudança de modelo assistencial.

Para o gestor local, as ações de promoção ganham um significado reduzido à ações educativas e palestras e ficam a critério dos profissionais da PRS. É possível perceber que a falta de integração dentro da regional de saúde entre as equipes e policlínica não favorecem a realização de ações de promoção da saúde dentro deste território. Esta falta de integração esta presente não só entre as equipes, mas também dentro da própria PRS, com diversos profissionais realizando atividades isoladas.

Algumas outras questões que perpassam as ações promoção da saúde podem não ter sido discutidas nesta análise devido às limitações do estudo, como: (1) falta de observação da

prática assistencial para análise da atuação do profissional e de como ocorre a estruturação da ação social segundo Giddens, que sugere abordagem do agente pela consciência discursiva e prática, (2) não foram ouvidos outros componentes da equipe, apesar da seleção do profissional de enfermagem como um profissional chave.

Portanto, no que se refere às ações de promoção da saúde na atenção primária do município de Belford Roxo, os resultados do presente estudo devem ser entendidos como uma aproximação da realidade, seja em função dos desafios associados, seja em função de limitações quanto à disponibilidade de informações sobre estas práticas no cotidiano das equipes de saúde da família.

Espera-se que as reflexões geradas aqui motivem novos questionamentos acerca do tema da promoção da saúde e, sobretudo, sobre as diversas formas de alcançar melhores condições de vida para os indivíduos.

9. Referências Bibliográficas

1. Fernandez JCA, Mendes R. Org. Promoção da Saúde e Gestão Local. Editora Hucitec, São Paulo, 2007.
2. Brasil. Ministério da Saúde. Carta de Ottawa. In: MINISTÉRIO DA SAÚDE (MS). As Cartas de Promoção da Saúde. Série B - Textos Básicos em Saúde. Brasília, 2002.
3. 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. 2006.
4. Brasil. Ministério da Saúde. Política Nacional de Promoção da Saúde. Portaria 687, 30 de Março de 2006.
5. Malta DC *et al.* A Política Nacional de Promoção da Saúde e a agenda da atividade física no contexto do SUS. Epidemiol. Serv. Saúde. 2009, vol.18, n.1, pp. 79-86.
6. Czeresnia D, Freitas CM. (Org.) Promoção da Saúde – Conceitos, reflexões, tendências. 4ª reimpressão. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2008.
7. Giovanella L, Mendonça, MHM. Atenção Primária em Saúde. In: Giovanella L, Escorel S, Lobato LVC. et. al (Org.). Políticas e Sistema de Saúde no Brasil. Rio de Janeiro: Fiocruz, p. 575-626, 2008.
8. Fausto MCR, Matta GC. Atenção Primária à Saúde: histórico e perspectivas. In: Morosini MVGC, Corbo AD'a. (Org.). Modelos de atenção e a saúde da família. Rio de Janeiro: EPSJV/Fiocruz, 2007. p. 43-68.
9. Fausto MCR. Dos programas de medicina comunitária ao Sistema Único de Saúde: uma análise histórica da atenção primária na política de saúde brasileira. 2005. Tese (Doutorado em Saúde Coletiva) - Instituto de Medicina Social - Universidade do Estado do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, 2005.

10. Viana, ALd'Á; Fausto MCR. Atenção Básica e Proteção Social: Universalismo x focalismo e espaço não mercantil da assistência. In: Viana, ALd'Á., Elias PEM, Ibañez N. (Org.). Proteção social: dilemas e desafios. São Paulo: Hucitec, 2005. p.150-167.
11. OPAS/OMS. Renovação da atenção primária nas Américas. Documento de posicionamento da Organização Pan-americana de Saúde. Washington: Panamerican Health Organization- PAHO/WHO, 2005. Disponível em: <http://www.opas.org.br/servico/arquivos/Sala5575.pdf> Acesso em: 02 out. 2011.
12. Brasil. Conselho Nacional de Secretários de Saúde. Atenção Primária e Promoção da Saúde / Conselho Nacional de Secretários de Saúde. – Brasília: CONASS, 2007.
13. Starfield B. Atenção primária: equilíbrio entre necessidades de saúde, serviços e tecnologia. Brasília : UNESCO, Ministério da Saúde, 2002.
14. Conill EM, Fausto MCR. Análisis de la problemática de la integración APS en el contexto actual: causas que inciden en la fragmentación de servicios y sus efectos en la cohesión social. Documento técnico. Rio de Janeiro, 2007.
15. CNS, 1986. Relatório – 8ª Conferência Nacional de Saúde. Brasília, 1986.
16. Brasil. Constituição da República Federativa do Brasil. Brasília, DF: Congresso Nacional. 1988.
17. Brasil. Ministério da Saúde. Lei 8080 de 19 de Setembro de 1990. Disponível em <http://portal.saude.gov.br/portal/arquivos/pdf/lei8080.pdf> Acesso em 15 mar 2011.
18. Brasil. Ministério da Saúde. Lei 8142 de 28 de Dezembro de 1990. Disponível em <http://portal.saude.gov.br/portal/arquivos/pdf/Lei8142.pdf> Acesso em 15 mar 2011.
19. Faveret Filho P, Oliveira PJA. Universalização excludente: reflexões sobre as tendências do sistema de saúde. Planejamento e Políticas Públicas, 1990, n. 3, p. 139-162.

20. Favoreto CAO, Camargo JrKR. Alguns desafios conceituais e técnicos operacionais para o desenvolvimento do programa de saúde da família como uma proposta transformadora do modelo assistencial. *PHYSIS; Rev. Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro (12) 1: 59 – 75, 2002.
21. Bodstein R. Atenção Básica na Agenda da Saúde. *Ciência e Saúde Coletiva*, 2002, 7(3):401-412.
22. Levcovitz E, Lima LD, Machado CV. Política de saúde nos anos 90: relações intergovernamentais e o papel das Normas Operacionais Básicas. *Ciência e Saúde Coletiva*, 2001, 6 (Sup 2): 269-291.
23. Brasil. Conselho Nacional de Secretários de Saúde. Para entender a gestão do SUS / Conselho Nacional de Secretários de Saúde. - Brasília : CONASS, 2003.
24. Corbo AD, Morosini MVGC, Pontes ALM. Saúde da Família: construção de uma estratégia de atenção à saúde. In: Morosini MVGC; Corbo AD.(org.). Modelos de atenção e a saúde da família. Coleção Educação Profissional e Docência em Saúde: a formação e o trabalho do Agente Comunitário de Saúde. Rio de Janeiro: EPSJV/FIOCRUZ, 2007.
25. Viana ALd'Á, Ibanez N, Elias PE. Organizadores. Saúde, Desenvolvimento e Território. Editora Hucitec – São Paulo, 2009.
26. Conill EM. Ensaio histórico-conceitual sobre a Atenção Primária à Saúde: desafios para a organização de serviços básicos e da Estratégia Saúde da Família em centros urbanos no Brasil. *Cad. Saúde Pública*, Rio de Janeiro, 24 Sup 1:S7-S27, 2008.
27. Mattos RA, organizador. Os sentidos da integralidade na atenção e no cuidado à saúde. Rio de Janeiro: IMS UERJ; 2001.
28. Viana, ALd'Á, Dal Poz, MA. Reforma do Sistema de Saúde no Brasil e o Programa de Saúde da Família. *Physis. Revista de Saúde Coletiva*, 1998, 8 (Sup 2):11.

29. Marques RM, Mendes A. A política de incentivos do Ministério da Saúde para a atenção básica: uma ameaça à autonomia dos gestores municipais e ao princípio da integralidade? *Cadernos de Saúde Publica*, 2002, 18 Suppl: 163-171.
30. Favoreto CAO. A Prática Clínica e o Desenvolvimento do Cuidado Integral à Saúde no Contexto da Atenção Primária. *Rev. APS*, v. 11, n. 1, p. 100-108, jan./mar. 2008.
31. Oliveira CM, Casanova AO, Vigilância da saúde no espaço de práticas da atenção básica. *Ciência & Saúde Coletiva*, 14(3):929-936, 2009.
32. Santos M. Saúde e ambiente no processo de desenvolvimento. *Ciênc. saúde coletiva* [online]. 2003, vol.8, n.1, pp. 309-314.
33. Favoreto CAO. Programa de Saúde da Família no Brasil: do Discurso e das Práticas. 2002. 126f. Tese (mestrado em Saúde Coletiva) - Instituto de Medicina Social. Universidade do Estado do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, 2002.
34. Favoreto CAO, Cabaral CC. Narrativas sobre o processo saúde-doença: experiências em grupos operativos de educação em saúde. *Interface, comunicação, saúde, educação* v.13, n.28, p.7-18, jan./mar. 2009.
35. Neto JLF, Kind L. Promoção da Saúde – Práticas grupais na estratégia de saúde da família. Editora Hucitec. São Paulo – Belo Horizonte, 2011.
36. Buss, PM. Promoção da Saúde e qualidade de vida. *Ciência e Saúde Coletiva*, 5(1): 163-177, 2000.
37. Buss PM, CARVALHO AI. Desenvolvimento da promoção da saúde no Brasil nos últimos vinte anos (1988-2008). *Ciência & Saúde Coletiva*, 14(6):2305-2316, 2009.
38. Westphal MF. Promoção da saúde e prevenção de doenças. In: Campos GWS et al. *Tratado de saúde coletiva*. Editora Hucitec. São Paulo, 2006.
39. Brasil. Ministério da Saúde. Diretrizes Operacionais dos Pactos Pela Vida e de Gestão. Portaria 699, 30 de Março de 2006.

40. Carvalho AI. et al. Concepções e abordagens na avaliação em promoção da saúde. *Revista Ciência & Saúde Coletiva*, 9(3): 521-530, 2004.
41. Lopes MSV, Saraiva KRO, Fernandes AFC, Ximenes LB. Análise do conceito de promoção da saúde. *Texto Contexto Enferm*, Florianópolis, 2010 Jul-Set; 19(3): 461-8.
42. Barros CMS. Mediação intersetorial para a promoção da saúde – o projeto Transando Saúde do SESC. 223 f. Dissertação (Mestrado) Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca. Rio de Janeiro, 2009.
43. Marcondes WB. Participação popular na saúde pelos caminhos da prática educativa. 132 p. Tese de Doutorado apresentada à Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca. Rio de Janeiro, 2007.
44. Campos GW et al. Avaliação de política nacional de promoção da saúde. *Ciência & Saúde Coletiva*, 9(3):745-749, 2004.
45. Bydlowski CR, Westphal MF, Pereira IMTB. Promoção da saúde. Porque sim e porque ainda não! *Saude soc.* v.13 n.1 São Paulo jan./abr. 2004.
46. Tavares, MFL et al. Abordagem avaliativa de um experiência de promoção da saúde no Rio de Janeiro. In: A gestão do SUS no âmbito estadual: O caso do Rio de Janeiro. UGÀ MA et al. Rio de Janeiro, Editora Fiocruz, 2010.
47. Sícoti JL, Nascimento PR. Promoção de saúde: concepções, princípios e Operacionalização. *Interface - Comunic, Saúde, Educ*, v7, n12, p.101-22, fev 2003.
48. Ayres JR. Norma e formação: horizontes filosóficos para as práticas de avaliação no contexto da promoção da saúde. *Revista Ciência & Saúde Coletiva*, 9(3): 583-592, 2004.
49. Silveira ML. (2009). Ao território usado a palavra: pensando princípios de solidariedade socioespacial. In: Viana AL, Ibañez N & Elias PEM. (orgs). *Saúde, Desenvolvimento e Território*. São Paulo, 2009. Editora Hucitec; . 127-150, 2009.
50. Santos M. A urbanização brasileira. São Paulo. Edusp, 2005.

51. Santos M. O espaço do cidadão. São Paulo: EDUSP, 2007.
52. Faria RM, Bortolozzi A. Espaço, território e saúde: contribuições de Milton Santos para o tema da geografia da saúde no Brasil. R. RA´E GA, Curitiba, n. 17, p. 31-41, Editora UFPR, 2009.
53. Fundação Cide (Centro de Informações e Dados do Rio de Janeiro) - Anuário Estatístico do Estado do Rio de Janeiro 2004. Disponível em: <<http://www.cide.rj.gov.br/Cidinho/municipio/belfordroxo.pdf>> Acesso em 09 abr. 2010.
54. Índice FIRJAN de Desenvolvimento Municipal – IFDM Disponível em <<http://www.firjan.org.br/IFDM/index.html>>. Acessado em 11/01/2012.
55. Junior SF. et al. A distribuição das necessidades de saúde e oferta na atenção primária no estado do Rio de Janeiro: Uma contribuição para a identificação de prioridades de investimento. In: A gestão do SUS no âmbito estadual: O caso do Rio de Janeiro. Ugà, MA. et al. Rio de Janeiro, Editora Fiocruz, 2010.
56. IBGE (Fundação Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística). Projeto IBGE/Fundo de População das Nações Unidas - UNFPA/BRASIL (BRA/98/P08), Sistema Integrado de Projeções e Estimativas Populacionais e Indicadores Sociodemográficos / Estimativas de População 2008 - Projeção Revisão 2008. Disponível em: <<http://www.ibge.gov.br>>. Acesso em 09 abr. 2010.
57. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção a Saúde. Departamento de Atenção Básica. Meta e Evolução do Número de Equipes de Saúde da Família Implantadas. Disponível em <http://189.28.128.100/dab/docs/abnumeros/historico_1998.pdf> Acesso em: 18 de agosto de 2011.
58. Yin RK. Estudo de caso: planejamento e métodos. Bookman, Porto Alegre, 2010, 4ª edição. 248p.

59. O'Dwyer G, Mattos RA. Teoria da Estruturação de Giddens e os estudos de práticas avaliativas. *Physis Revista de Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro, 20 [2]: 609-623, 2010.
60. O'Dwyer G. O princípio da integralidade e o SAMU. Tese (doutorado) - Instituto de Medicina Social. Universidade do Estado do Rio de Janeiro. Rio de Janeiro, 2009.
61. Araújo MFS; Oliveira, FMC. A Atuação do Enfermeiro na Equipe de Saúde da Família e a Satisfação Profissional. *CAOS - Revista Eletrônica de Ciências Sociais* Número 14 – Setembro de 2009.
62. Minayo MCS. O desafio do conhecimento : pesquisa qualitativa em saúde. 6.ed. São Paulo: Hucitec, 1999.
63. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria-Executiva. Subsecretaria de Planejamento e Orçamento. Sistema de planejamento do SUS: uma construção coletiva : instrumentos básicos / Ministério da Saúde, Secretaria-Executiva, Subsecretaria de Planejamento e Orçamento. – 2. ed. – Brasília : Ministério da Saúde, 2009.
64. Brasil. Ministério da Saúde. Pacto pela Saúde. Portaria 399, 22 de Fevereiro de 2006.
65. Souza LGS; Menandro MCS. Atenção primária à saúde: diretrizes, desafios e recomendações. Revisão de bibliografia internacional. *Physis Revista de Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro, 21 [2]: 517-539, 2011.
66. Geneau R *et al.* *Understanding the work of general practitioners: a social science erspective on the context of medical decision making in primary care*. *BFM Family Practice*: 9 (12), 2008.
67. Machado HJM; Porto SMF. Promoção da saúde e intersetorialidade: a experiência da vigilância em saúde do trabalhador na construção de redes. *Epidemiol. Serv. Saúde*. 2003, vol.12, n.3, pp. 121-130.

ANEXO I A - Roteiro de Entrevistas para enfermeiros da atenção primária do município de Belford Roxo

Para uso exclusivo da pesquisadora:

Data da entrevista:

Nome:

Data de nascimento: ____/____/____

Telefone:

E-mail:

ESF/Local:

Cargo/função ocupada na SMS:

Tempo em que está no cargo/função:

Trajetória profissional relevante anterior ao cargo (formação e atuação profissional, experiência profissional anterior; se atuava em SMS ou SES):

- 1- Qual a composição da sua equipe?
- 2- Qual o numero de famílias cadastradas/ acompanhadas por sua equipe? (descrição/ACS)
- 3- Como são definidas as ações realizadas por sua equipe? (Se há planejamento)
- 4- Como é feita a identificação dos principais problemas de saúde da sua região?
- 5- O que você entende por promoção da saúde (promover a saúde)?
- 6- Quais são as ações organizadas para melhorar a saúde das pessoas? Quais profissionais estão envolvidos? Estas ações acontecem periodicamente?
- 7- Quais são as ações realizadas hoje, que você considera “promotoras da saúde”?
- 8- Como é a realização dessas atividades?
- 9- Quais os fatores que interferem na realização destas atividades?
- 10- Há alguma ação realizada por sua equipe que integra outros setores? (Educação, obras)
- 11- Há alguma parceria com grupos da sua comunidade, como igrejas, associação de moradores?
- 12- Como você descreveria as ações realizadas pela sua equipe? (Caso haja esta definição, descrever as tarefas de cada um em cada dia da semana)
- 13- Os atendimentos são programados ou há atendimento a demanda espontânea?
- 14- Como se dá a relação com os enfermeiros das outras ESF da sua regional?
- 15- Há algum encontro periódico entre as equipes de sua regional, a coordenação da ESF ou a PRS?
- 16- Se sim, quem coordena estas reuniões, quem participa? Quais os principais temas tratados?
- 17- Como é a relação com a PRS? (Existe fluxo de encaminhamento dos pacientes, a PRS tem uma forma de receber estes encaminhamentos, as famílias são atendidas na PRS quando procuram atendimento ou apenas com encaminhamento da USF)
- 18- Como é a relação dos moradores/famílias com a equipe? Conhecem toda a equipe?
- 19- Você acha que há uma relação de confiança entre os moradores e a equipe?
- 20- Quais os principais motivos que fazem as famílias buscarem o atendimento na USF? (Imunização, quando estão doentes, quando precisam da receita – DCNT, etc)

ANEXO I B - Roteiro de Entrevistas para a direção da Policlínica Regional de Saúde de Heliópolis do município de Belford Roxo

Para uso exclusivo da pesquisadora:

Data da entrevista:

Nome:

Data de nascimento: ____/____/____

Telefone:

E-mail:

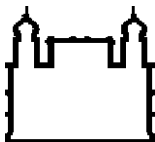
PRS/Local:

Cargo/função ocupada na SMS:

Tempo em que está no cargo/função:

Trajetória profissional relevante anterior ao cargo (formação e atuação profissional, experiência profissional anterior; se atuava em SMS ou SES):

- 1- Qual a composição da sua equipe (Quantos profissionais estão lotados na unidade e a descrição das especialidades médicas e não médicas)?
- 2- Como são definidas as ações realizadas por sua equipe? (Se há planejamento)
- 3- Como é feita a identificação dos principais problemas de saúde da sua região?
- 4- O que você entende por promoção da saúde (promover a saúde)?
- 5- Quais são as ações organizadas para melhorar a saúde das pessoas? Quais profissionais estão envolvidos? Estas ações acontecem periodicamente?
- 6- Quais são as ações realizadas hoje, que você considera “promotoras da saúde”?
- 7- Como é a realização dessas atividades?
- 8- Quais os fatores que interferem na realização destas atividades?
- 9- Há alguma ação realizada por sua equipe que integra outros setores? (Educação, obras)
- 10- Há alguma parceria com grupos da sua comunidade, como igrejas, associação de moradores?
- 11- Como você descreveria as ações realizadas pela sua equipe? (Descrever as principais tarefas de cada profissional)
- 12- Os atendimentos são programados ou há atendimento a demanda espontânea?
- 13- Como se dá a relação com as ESF da sua regional?
- 14- Há algum encontro periódico entre as equipes de saúde de sua regional, a coordenação da ESF ou a Unidade Básica de Saúde Tradicional?
- 15- Se sim, quem coordena estas reuniões, quem participa? Quais os principais temas tratados?
- 16- Como você descreveria os critérios e fluxo de marcação de consultas e exames? (Existe fluxo de encaminhamento dos pacientes, a PRS tem uma forma de receber estes encaminhamentos, as famílias são atendidas na PRS quando procuram atendimento ou apenas com encaminhamento da USF ou UBS)
- 17- Quais os principais motivos que fazem as famílias buscarem o atendimento nesta PRS? (Imunização, quando estão doentes, quando precisam da receita – DCNT, etc)



ANEXO II - Termo de Autorização para Pesquisa no Município de Belford Roxo

À Ilma. Sra. Secretária Municipal de Saúde de Belford Roxo

Maria Célia Vasconcellos

Eu, Erika Cardoso dos Reis Moreira, mestranda em Saúde Pública da Escola Nacional de Saúde Pública – Fundação Oswaldo Cruz (ENSP – FIOCRUZ), venho por meio desta, solicitar sua autorização para o acesso a documentos oficiais e dados dessa Secretaria Municipal de Saúde e, também, para realização de entrevista semi-estruturada com profissionais de saúde (enfermeiros) das Unidades de Saúde da Família e Unidade Básica de Saúde Tradicional e a direção da Policlínica Regional de Saúde de Heliópolis. A obtenção dessas informações será fundamental para a elaboração da minha dissertação intitulada “A Promoção da Saúde na Atenção Primária do Município de Belford Roxo – RJ”.

Essa dissertação tem o objetivo de analisar como a promoção da saúde é desenvolvida pela atenção básica em Belford Roxo, identificando as ações de promoção da saúde a partir dos documentos locais e o contexto em que estas atividades de promoção da saúde são desenvolvidas nas Unidades de Saúde, além de perceber quais profissionais desenvolvem estas ações.

O papel do setor saúde deve mover-se, gradativamente, no sentido da promoção da saúde, além das suas responsabilidades de prover serviços clínicos e de urgência. Assim, o conhecimento sobre a promoção da saúde neste município contribuirá para uma maior reflexão sobre as medidas e critérios adotados pelo Ministério da Saúde na formulação de propostas para a Promoção da Saúde e Atenção Básica em Saúde.

Venho esclarecer que a análise das informações fornecidas respeitará a Resolução 196/1996 do Conselho Nacional de Saúde quanto às normas éticas para o desenvolvimento de pesquisas. Coloco-me à disposição para quaisquer dúvidas ou informações. Desde já agradeço sua atenção e disponibilidade.

Erika Cardoso dos R. Moreira
Pesquisadora

DAPS/ENSP/FIOCRUZ – Rua Leopoldo Bulhões, n.º 1480 – 7º andar. Tel.: (021) 2598-2615

Gisele O’Dwyer de Oliveira
Pesquisadora-Orientadora

Declaro que entendi os objetivos da pesquisa e autorizo o acesso às informações.

_____, ____ de _____ de 2010.

Maria Célia Vasconcellos
Secretária Municipal de Saúde de Belford Roxo

ANEXO III – TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO PARA TODOS OS SUJEITOS A SEREM ENTREVISTADOS

Termo de Consentimento Livre e Esclarecido

O(a) Sr(a) está sendo convidado(a) para participar da pesquisa “A Promoção da Saúde na Atenção Primária do Município de Belford Roxo – RJ”, desenvolvida como parte do mestrado em Saúde Pública da Escola Nacional de Saúde Pública da Fundação Oswaldo Cruz.

O(a) Sr(a) foi selecionado por ser considerado ator chave para a pesquisa e sua participação não é obrigatória. A qualquer momento pode desistir de participar e retirar seu consentimento. Sua recusa não trará nenhum prejuízo em sua relação com o pesquisador ou com a instituição.

Os objetivos do estudo são: analisar como a promoção da saúde é desenvolvida pela atenção básica em Belford Roxo, identificando as ações de promoção da saúde a partir dos documentos locais e o contexto em que estas atividades de promoção da saúde são desenvolvidas nas unidades de Saúde, além de perceber quais profissionais desenvolvem estas ações. Sua participação na pesquisa consistirá em responder a uma entrevista semi-estruturada com duração de cerca de uma hora relacionada a esses temas. Caso o Sr.(a) autorize, a entrevista será gravada e transcrita por profissionais qualificados. Para assegurar o sigilo e a confidencialidade dos relatos, os arquivos de áudio e as entrevistas transcritas serão armazenados em computador de uso restrito pela pesquisadora e protegido por senha; os dados ficarão sob responsabilidade da pesquisadora por cinco anos e serão destruídos após esse período.

Na apresentação dos resultados da pesquisa, os participantes das entrevistas não serão identificados pelo nome, no entanto, há riscos de identificação indireta dos sujeitos participantes. Além das entrevistas será realizada uma análise documental. A análise será de responsabilidade da pesquisadora, a partir do conjunto do material da pesquisa.

Sua participação na pesquisa contribuirá para um olhar mais ampliado sobre a proposta da Política Nacional de Promoção da Saúde, as contribuições advindas das realidades locais, os avanços e as dificuldades encontrados. Possibilitará um maior conhecimento sobre as práticas de promoção da saúde e uma maior reflexão sobre as medidas e critérios adotados pelo Ministério da Saúde na formulação de propostas para a Promoção da Saúde e Atenção Básica em Saúde.

O(a) Sr(a) receberá uma cópia deste termo onde consta o telefone e o endereço institucional da pesquisadora principal e do CEP, podendo tirar suas dúvidas sobre o projeto e sua participação, agora ou a qualquer momento.

Erika Cardoso dos Reis Moreira
Mestranda em Saúde Pública
Rua Zagalo, 39 – Bairro Sítio Floresta Linda
Belford Roxo/RJ - CEP 26.175-290
Tels.: (21) 9801-5279 e 3771-7676
E-mail: erikacm@terra.com.br

Comitê de Ética em Pesquisa
Rua Leopoldo Bulhões, 1480 - Térreo
Tel: (21) 2598-2863 E-mail: cep@ensp.fiocruz.br

Gisele O'Dwyer de Oliveira
Pesquisadora - Orientadora
Rua Leopoldo Bulhões, 1480 7º andar
Tel: (21) 2598-2615
E-mail: odwyer@ensp.fiocruz.br

Declaro que entendi os objetivos, riscos e benefícios de minha participação na pesquisa e concordo em participar.

Sujeito da pesquisa