

**UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA MARIA
CENTRO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM RESIDÊNCIA
MULTIPROFISSIONAL INTEGRADA EM SISTEMA PÚBLICO DE
SAÚDE**

**PROMOÇÃO DA SAÚDE NO CONTEXTO DA
ESTRATÉGIA DE SAÚDE DA FAMÍLIA:
CONCEPÇÕES DE MULHERES USUÁRIAS DO
SERVIÇO**

**TRABALHO FINAL DE CONCLUSÃO
- Modalidade Artigo Publicável -**

Patrícia Matte Rodrigues

**Santa Maria, RS, Brasil
2014**

**Universidade Federal de Santa Maria
Centro de Ciências da Saúde
Programa de Pós-Graduação em Residência Multiprofissional
Integrada em Sistema Público de Saúde**

A Comissão Examinadora, abaixo assinada,
aprova o Trabalho Final de Conclusão – modalidade artigo publicável -

**PROMOÇÃO DA SAÚDE NO CONTEXTO DA ESTRATÉGIA DE
SAÚDE DA FAMÍLIA: CONCEPÇÕES DE MULHERES USUÁRIAS
DO SERVIÇO**

Elaborado por
Patrícia Matte Rodrigues

Orientado por
Prof^ª. Dr^ª. Sheila Kocourek

como requisito parcial para obtenção do grau de
**Especialista em Gestão e Atenção de Sistema Público de Saúde, ênfase
Atenção Básica/Estratégia de Saúde da Família**

Comissão Examinadora:

Prof^ª. Dr^ª. Sheila
Kocourek (UFSM) -
Presidente

Esp. Luciana Denize
Molino da Rocha (SMS)

Dra. Dorian Mônica Arpini
(UFSM)

Santa Maria, 18 de março de 2014.

**PROMOÇÃO DA SAÚDE NO CONTEXTO DA
ESTRATÉGIA DE SAÚDE DA FAMÍLIA: CONCEPÇÕES
DE MULHERES USUÁRIAS DO SERVIÇO**

Patrícia Matte Rodrigues

Artigo apresentado ao Programa de Pós-Graduação em Residência Multiprofissional Integrada em Sistema Público de Saúde, Área de Concentração em Atenção Básica/Estratégia de Saúde da Família, da Universidade Federal de Santa Maria (UFSM), como requisito parcial para obtenção do grau de **Especialista em Gestão e Atenção de Sistema Público de Saúde, ênfase Atenção Básica/Estratégia de Saúde da Família.**

Orientador: Prof^a. Dr^a. Sheila Kocourek

**Santa Maria, RS, Brasil
2014**

PROMOÇÃO DA SAÚDE NO CONTEXTO DA ESTRATÉGIA DE SAÚDE DA FAMÍLIA: CONCEPÇÕES DE MULHERES USUÁRIAS DO SERVIÇO

Resumo

O presente estudo tem por objetivo apresentar as concepções de mulheres, beneficiárias do Programa Bolsa Família e usuárias de Estratégia de Saúde da Família, sobre promoção da saúde e quais ações de promoção à saúde elas entendem como necessárias para a produção de qualidade de vida. Este estudo integra um projeto guarda-chuva. É parte de um trabalho desenvolvido por, aproximadamente, dois anos, de profissionais da saúde através do Programa de Residência Multiprofissional Integrada em Sistema Público de Saúde da Universidade Federal de Santa Maria, na área de concentração de Atenção Básica/Estratégia de Saúde da Família. Realizou-se uma pesquisa de abordagem qualitativa, com delineamento descritivo, exploratório e transversal. Para a coleta de dados, utilizaram-se formulários individuais, bem como a observação participante. Em relação às mulheres entrevistadas, destaca-se que a maioria estava casada ou possuía companheiro, além do fato de ter Ensino Fundamental Incompleto. As mulheres foram escolhidas privilegiando a intersectorialidade. Os resultados indicam que a promoção da saúde é entendida como “ter um bom atendimento de saúde”, o que envolve questões da relação profissional – usuário. Em relação às ações de promoção da saúde, as mulheres apresentam diferentes enfoques, mostrando que para qualificar nossas ações de saúde precisamos estar articulados com os usuários.

Palavras-chave: Promoção da Saúde; Estratégia Saúde da Família; Bolsa Família; Qualidade de vida.

HEALTH PROMOTION IN THE CONTEXT OF THE FAMILY HEALTH STRATEGY: CONCEPTS OF WOMEN USERS OF THE SERVICE

Abstract

The present study aims to present the conceptions of women beneficiaries of Bolsa Família and users of the Family Health Strategy, health promotion and what actions to promote health they perceive as necessary for the production of quality of life. This study is part of a project umbrella. It is part of a work for approximately two years of health professionals through the Multidisciplinary Residency Program in Integrated Public Health System, Federal University of Santa Maria, in the concentration area of Primary Care/Family Health Strategy. We conducted a qualitative study with descriptive, exploratory, cross-sectional design. To collect data, we used individual forms as well as participant observation. Concerning women interviewed, it is highlighted that the majority was married or had companion, beyond the fact that elementary school was uncompleted. The women were favoring the intersectionality. The results indicate that health promotion is perceived as "having a good health care", which involves issues of professional relationship - user. In relation to the actions of health promotion, women have different approaches, showing that qualify for our health actions need to be coordinated with the users.

Keywords: Health Promotion; Family Health Strategy; Bolsa Família; Quality of life.

Introdução

A promoção da saúde é um tema que vem colocando-se cada vez mais como objeto de pesquisa e análise da área da saúde. Isso porque nas últimas décadas, a promoção da saúde tornou-se uma das estratégias fundamentais para a melhoria da qualidade de vida da população.

Desse modo, a promoção da saúde apresenta-se como uma política propulsora de um novo modelo de saúde, vislumbrando a melhoria das condições de vida da população e o reconhecimento do direito de cidadania, tendo como princípios a concepção ampliada da saúde, a equidade, a intersetorialidade, a participação social e a sustentabilidade¹. A discussão acerca do tema cresceu no Brasil nestas últimas duas décadas, com experiências institucionais no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS), principalmente na Atenção Básica, em projetos vinculados a Estratégia de Saúde da Família (ESF)².

Por sua vez, a organização da Atenção Básica em saúde permite a aproximação dos usuários aos profissionais, promovendo assim a reestruturação de práticas fragmentadas para possibilitar a articulação das diversas esferas do governo e setores da sociedade que, de alguma forma, incidem nos determinantes e condicionantes de saúde.

O presente trabalho faz parte de um processo maior, sendo integrante de um trabalho desenvolvido por, aproximadamente, dois anos, de profissionais da saúde em processo de formação através do Programa de Residência Multiprofissional Integrada em Sistema Público de Saúde da Universidade Federal de Santa Maria, na área de concentração de Atenção Básica/ESF. Os profissionais envolvidos pertencem a quatro núcleos profissionais, são eles: Educação Física, Enfermagem, Nutrição e Psicologia. Tendo como referência duas Unidades de Estratégia de Saúde da Família, foram

desenvolvidas intervenções em saúde, com a finalidade de abordar a estratégia de promoção da saúde em duas comunidades do Município de Santa Maria, RS.

O presente estudo almeja apresentar a discussão, sob o olhar da psicóloga, dos resultados de uma pesquisa que foram obtidos após as intervenções realizadas pelos residentes. Portanto, neste artigo, busca-se apresentar as concepções de mulheres, usuárias de ESF e beneficiárias do Programa Bolsa Família (PBF), de duas comunidades vulneráveis de Santa Maria, RS, sobre promoção da saúde e quais as ações de promoção à saúde elas entendem como necessárias para a produção de qualidade de vida. As mulheres beneficiárias foram escolhidas privilegiando a intersectorialidade, através da interface com a Política de Assistência Social.

Desta forma, tendo em vista a temática da promoção da saúde, seu contexto histórico, sua relevância atual na Atenção Básica e ESF, considera-se significativo entender o assunto numa dada realidade, com vistas a qualificar as ações em saúde a partir do entendimento das mulheres sobre promoção da saúde.

A Promoção da Saúde e a Estratégia de Saúde da Família: Questões históricas e teóricas

O Sistema Único de Saúde (SUS) é entendido como um arranjo político e organizacional de reestruturação do sistema sanitário brasileiro que se construiu e se institucionalizou através de um amplo debate na sociedade brasileira, estimulado por movimentos sociais e acolhido pela Constituição Federal de 1988³.

Dessa forma, tendo como referencial a Constituição Federal, em 1990 foram publicadas as Leis 8080 e 8142, que regulamentam o SUS. Assim, enquanto uma política pública de saúde, o SUS visa à prevenção de doenças, à proteção e recuperação da saúde, além da organização dos serviços de saúde, primando pela melhoria da

qualidade de vida da população, por meio de ações que busquem pela afirmação do direito à vida e à saúde, articulando-se com as reflexões e os movimentos no âmbito da promoção da saúde^{4, 5}.

Deste modo, a promoção da saúde se constitui como um dos principais modelos teórico-conceituais que embasam as políticas de saúde em todo o mundo, onde novos conceitos e ideias são introduzidos às práticas, visando melhoria na qualidade de vida⁶. Ao discutir sobre o conceito de promoção da saúde, Buss⁷ refere que este se desenvolveu de maneira mais intensa nas últimas duas décadas, principalmente no Canadá, Estados Unidos e países da Europa Ocidental, partindo de uma concepção ampliada do processo saúde-doença e seus determinantes, como também propondo a articulação de conhecimentos técnicos e populares juntamente com a mobilização de recursos institucionais e comunitários, públicos e privados, para seu enfrentamento e resolução⁸. Assim, a promoção da saúde apresenta-se como uma estratégia do setor saúde que envolve uma multiplicidade de fatores, complexos e diferentes que se inter-relacionam, através de um conceito ampliado do processo saúde-doença.

A promoção da saúde pode ser definida como um processo que permite às pessoas ter maior controle sobre os determinantes da saúde e dessa forma melhorar sua própria saúde. Assim sendo, a promoção da saúde se apresenta como um processo social, e como tal, complexo, que utiliza métodos diversos, porém complementares, em diferentes níveis voltados para mudanças nos fatores sociais, econômicos e ambientais que a influenciam⁹.

Neste sentido, destacam-se três importantes conferências internacionais que foram realizadas sobre o tema: Ottawa (1986), Adelaide (1988) e Sundsvall (1991), e que serviram de ponto de partida para estabelecer as bases conceituais e políticas contemporâneas da promoção da saúde. A Primeira Conferência Internacional, realizada

em Ottawa, Canadá, é considerada o evento mais importante para o desenvolvimento do conceito moderno de promoção da saúde¹⁰, pois além de definir importantes arranjos, estabeleceu uma agenda com cinco linhas de ação para a promoção da saúde: elaboração e implementação de políticas públicas saudáveis, criação de ambientes favoráveis à saúde, reforço da ação comunitária, desenvolvimento de habilidades pessoais e reorientação do sistema^{7,9}.

Tal conferência constituiu uma resposta à sociedade que clamava por uma nova saúde pública, e por novos olhares sobre o setor⁹. Assim, definiu-se promoção da saúde como um “processo de capacitação da comunidade para atuar na melhoria de sua qualidade de vida e saúde, incluindo uma maior participação no controle deste processo”, trabalhando com a ideia de responsabilidade dos diferentes atores envolvidos e reforçando o conceito de que a saúde é resultado de um estado de equilíbrio de múltiplos fatores, tais como: habitação, alimentação, educação, justiça social, renda, ecossistema estável, recursos sustentáveis, paz e equidade⁹.

A Conferência de Adelaide, realizada em 1988, reafirmou as linhas de ação da primeira Conferência, elegendo como tema central as políticas públicas saudáveis para a melhoria da qualidade de vida. Tais políticas devem tentar diminuir a desigualdade social, incrementando o acesso aos bens e serviços promotores de saúde, além de criar ambientes favoráveis, priorizando os grupos mais vulneráveis. Dessa forma, busca estabelecer a igualdade de acesso, questão fundamental em saúde^{7, 9}. A Terceira Conferência Internacional de Promoção da Saúde aconteceu em Sundsvall, Suécia, em 1991, e teve como ênfase o ambiente, no qual referiu que um ambiente saudável é de grande importância e reconheceu que todos têm papel fundamental na criação de ambientes favoráveis e promotores de saúde.

No Brasil, o princípio de promoção da saúde como referencial de políticas de saúde foi afirmado na Constituição de 1988 e consolidado na Lei 8080. Posteriormente foi objeto de uma política nacional regulamentada pela Portaria 687/2006. Apresenta um significado estratégico, na medida em que se constitui como um dos referenciais que auxiliam na manutenção das propostas da reforma sanitária¹¹.

No SUS, segundo a Política Nacional de Promoção da Saúde (PNPS)⁴, a estratégia de promoção da saúde é concebida como uma possibilidade de focar os aspectos que determinam o processo saúde-doença, tais como: violência, desemprego, falta de saneamento básico, habitação inadequada ou ausente, dificuldade de acesso à educação e fome, além de potencializar formas mais amplas e adequadas de intervenção. Prevê estratégias de articulação transversais que promovam a equidade, a participação e o controle social na gestão das políticas públicas, tendo suporte, preferencialmente da Atenção Básica, através das Unidades Básicas de Saúde e ESF¹².

Por sua vez, em 1984, a OMS já havia destacado a importância da Atenção Básica na consolidação da promoção da saúde, referindo-a como uma atividade dos campos social e da saúde, onde os profissionais da saúde que nela atuam apresentam um importante papel a desempenhar em estimular e possibilitar a promoção da saúde¹³.

Assim sendo, a Atenção Básica é desenvolvida por meio do exercício de práticas democráticas, sanitárias, gerenciais e participativas, sob forma de trabalho em equipe, que tem o objetivo de desenvolver uma atenção integral dirigida a populações de territórios bem delimitados, pelas quais tem responsabilidade sanitária¹⁴. Neste sentido, a Atenção Básica tem como diferencial dos outros níveis de atenção à saúde, o fato de considerar o sujeito em sua singularidade, inserido em seu contexto social, econômico e cultural estando atento as questões que possam comprometer suas possibilidades de viver de modo saudável¹⁴.

Com a intenção de fortalecer os princípios estabelecidos pela Atenção Básica, foi desenvolvido em 1994, o Programa Saúde da Família, atualmente denominado Estratégia de Saúde da Família (ESF). A ESF visa estruturar o modelo de atenção à saúde voltado para a integralidade e qualidade da assistência prestada, uma vez que enfatiza o trabalho multiprofissional e as ações interdisciplinares, bem como a criação de laços de compromisso e a co-responsabilidade entre profissionais e população assistida, além do estabelecimento de vínculos^{15,16}.

Trabalha com foco nas famílias, inseridas em um território específico, o qual é de sua responsabilidade, estando imersa em suas questões sócio-culturais, em uma relação de proximidade com a comunidade. O fato de a ESF estar inserida no território de atuação possibilita que suas ações aproximem-se do modelo de promoção da saúde¹⁷, através do entendimento de que saúde está além da ausência de doença. A equipe de saúde assume o desafio de prestar uma atenção integral e continuada, utilizando tecnologias de cuidado complexas para melhoria da qualidade de vida da população acompanhada¹⁴. Os profissionais de saúde devem conhecer os fatores que influenciam as condições de saúde da população. Porém, na prática, como refere Teixeira¹¹, ainda existem lacunas e fragilidades em ações de promoção da saúde, em especial no que se refere a olhar para o usuário e estabelecer um diálogo, deixando de lado práticas tecnicistas e fragmentadas.

Diante disso, o debate em torno da promoção da saúde envolve a inclusão de propostas que dizem respeito a transformações nas práticas de saúde, incluindo ações de educação, comunicação e mobilização social¹⁶, voltadas ao empoderamento de sujeitos e grupos de modo que possam vir a desenvolver práticas que resultem na promoção, proteção e defesa de suas condições de vida e saúde.

Contextualizando o local

As comunidades pesquisadas fazem parte da região centro oeste e oeste do Município de Santa Maria, RS e se caracterizam por grande vulnerabilidade social, situadas em áreas conhecidas pelo alto índice de violência, drogadição, gravidez na adolescência e prostituição. As comunidades apresentam moradias precárias, falta de saneamento básico, além de um número reduzido de escolas e espaços de lazer.

Deste modo, juntas essas duas comunidades têm em média 10 mil habitantes, o que vem aumentando devido à migração de cidades próximas a Santa Maria e mesmo de outros bairros da cidade. Destaca-se que essas comunidades contam com serviços da área de assistência social e saúde, tais como: Centro de Referência de Assistência Social (CRAS) da região oeste, Aldeias SOS, Associação dos Pais e Amigos Excepcionais (APAE), Centro de Convivência Social Pallotti, Conselho Tutelar e Unidades de Atenção Básica em saúde e de ESF.

Por sua vez, as Unidades de Estratégia de Saúde da Família dessas comunidades são compostas por médico, enfermeiro, técnico em enfermagem e agentes comunitários de saúde (ACS), além de recepcionista e auxiliar de serviços gerais terceirizado. Constituem-se assim como equipes mínimas, segundo a definição da Portaria 2488¹⁴, sem equipe de saúde bucal. Juntamente com as equipes estão estagiários de Enfermagem, Psicologia e Medicina. Deste modo, destaca-se como diferencial nestas duas unidades de ESF a presença de profissionais do Programa de Residência Multiprofissional Integrado em Sistema Público de Saúde (PRMISPS) da Universidade Federal de Santa Maria (UFSM).

Assim, a inserção nas comunidades, aqui relatada, deu-se através do PRMISPS, na área de concentração Atenção Básica/ESF. Neste sentido, salienta-se que, os Programas de Residência Multiprofissional em Saúde e Residência em Área

Profissionais da Saúde estão pautados pela Portaria Interministerial nº 45¹⁸. Devem ser norteados pelos princípios e diretrizes do SUS, em parceria entre gestores e instituições formadoras, considerando o modelo de gestão, os dados epidemiológicos, a capacidade técnico-assistencial e as necessidades e realidades locais e regionais.

O PRMISPS tem como proposta a inserção de diferentes profissionais em três grandes eixos de atuação: Atenção Básica/ESF e Vigilância em Saúde, Atenção e Gestão Hospitalar e Saúde Mental. Objetiva capacitar os residentes para uma atuação condizente com os Princípios e Diretrizes do SUS, sustentada por uma concepção ampliada de saúde¹⁹.

A proposta do PRMISPS, na área de concentração de Atenção Básica/ESF, apresenta-se como uma ferramenta estratégica para realizar mudanças no modelo de atenção à saúde no Município de Santa Maria. Ressalta-se que as ESF pesquisadas contavam com residentes dos núcleos de Enfermagem, Educação Física, Fisioterapia, Nutrição, Psicologia e Serviço Social.

Ao longo da formação, espera-se que os residentes possam atuar com a mesma responsabilidade e qualidade no seu núcleo profissional e campo de atuação, desenvolvendo competências para uma ação interdisciplinar. Estudos referem que o psicólogo, na comunidade, deve atuar de forma a despertar a consciência crítica no sujeito, ou na própria comunidade. Deve-se pensar a Psicologia, no contexto da Atenção Básica/ESF, privilegiando o acesso ao discurso psicológico e às práticas condizentes aos aspectos socioculturais dos cidadãos que utilizam destes serviços²⁰.

Marín²¹ salienta que as atividades da Psicologia na área da saúde centram-se mais na busca de uma saúde integral e não somente na saúde mental. Assim sendo, o psicólogo inserido neste contexto tem muito a contribuir com práticas voltadas para a

prevenção e promoção à saúde, já que busca a ampliação da clínica, norteado pelos princípios e diretrizes do SUS²².

Desde a inserção no campo, percebeu-se que grande parte da população que acessava o serviço de saúde era composta por mulheres de diferentes idades da comunidade. Tal questão chamava a atenção dos residentes. Com o tempo conheceu-se várias dessas mulheres através de visitas domiciliares, atendimentos e grupos desenvolvidos pela equipe das ESF e Residência Multiprofissional. A partir disso, foi possível conhecer suas histórias, famílias e a forma como viam sua saúde. Tais mulheres, muitas delas beneficiárias do Programa Bolsa Família (PBF), eram chefes de família, tinham empregos informais e cuidavam de seus filhos e netos.

Essas mulheres começaram a fazer parte da prática cotidiana dos residentes multiprofissionais, seja por estarem acima do peso, serem gestantes, estarem procurando modos de vida mais saudáveis ou apresentarem algum transtorno psíquico. Começou-se a perceber a importância que elas tinham na comunidade, não apenas em quantidade, mas principalmente pelo papel que desempenhavam dentro das famílias, e deste modo, surgiu o interesse em conhecer melhor essas mulheres, saber um pouco mais sobre elas, sobre sua saúde, e como as práticas da Residência Multiprofissional se entrelaçam ou não com suas demandas.

Este estudo mostra-se importante, pois coloca em evidência o discurso de mulheres, usuárias de ESF, de duas comunidades vulneráveis, sobre suas concepções sobre promoção de saúde e o que elas referem como importante para sua saúde. Diante desse panorama, este artigo tem como objetivos conhecer como estas compreendem a promoção da saúde e identificar quais ações de promoção elas entendem como necessárias para a produção de qualidade de vida.

Método

Delineamento e Instrumento

Realizou-se uma pesquisa de abordagem qualitativa, com delineamento descritivo, exploratório e transversal. Para a coleta de dados, utilizaram-se formulários individuais, realizados nas ESF e CRAS oeste, como também utilizou-se da observação participante, visto que os pesquisadores atuavam nas comunidades referidas, o que possibilitou o acesso a informações relevantes sobre a história da comunidade e de seus moradores. Destaca-se que os formulários seguiram um roteiro, com temas norteadores como: a concepção de saúde e promoção da saúde, a prática de atividades físicas, hábitos alimentares, hábitos de saúde e acesso aos serviços de saúde.

A amostra se deu por saturação teórica das respostas, o que segundo Fontanella et al²³, caracteriza-se como a suspensão da inclusão de novos participantes quando os dados obtidos passam a apresentar certa redundância ou repetição. Em relação aos aspectos éticos, destaca-se que as participantes estavam amparadas pelo Termo de Consentimento Livre e Esclarecido, conforme a Resolução 466/2012 do Conselho Nacional de Saúde. O estudo foi aprovado pelo Comitê de Ética da UFSM sob o protocolo nº 19349113.0.0000.5346.

Para análise foi utilizada a técnica de análise de conteúdo proposta por Minayo²⁴. Por fim, procedeu-se a interpretação dos dados, buscando trabalhar o conteúdo subjacente ao que foi manifesto.

Como parte das atividades dos residentes deveriam ser realizadas intervenções nas comunidades com o foco na promoção da saúde. As intervenções serão apresentadas em outro trabalho.

Participantes

A população do estudo foi constituída por 40 mulheres, com idades entre 22 e 54 anos, beneficiárias do PBF e moradoras de duas comunidades das regiões oeste e centro-oeste do município de Santa Maria, RS.

A escolha do local deve-se ao fato das ESF serem as unidades de referência dos pesquisadores, os quais são residentes do Programa de Residência Multiprofissional Integrada em Sistema Público de Saúde da Universidade Federal de Santa Maria, Área de Concentração Atenção Básica/ESF.

O contato com as participantes ocorreu através da pesagem do PBF, realizada semestralmente pela Secretaria de Assistência Social do município. A pesagem é realizada nos meses de Abril e Outubro, com o objetivo de avaliar o cumprimento das condicionalidades impostas pelo Programa. Dentro disso, foram realizados convites, onde todas as contatadas concordaram em participar do estudo, sendo adotados como critérios de inclusão: ser maior de 18 anos, ser beneficiárias do PBF e adscritas às ESF do estudo, estar de acordo com a participação na pesquisa e assinar o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido.

Em relação às mulheres entrevistadas, destaca-se que a maioria estava casada ou possuía companheiro, além do fato de ter Ensino Fundamental Incompleto. Em relação ao número de filhos, 16 participantes relataram ter pelo menos dois filhos. A maioria das mulheres, 62,5% (n=25) é da raça branca, das 40 participantes, 14 (35,0%) disseram praticar algum tipo de atividade física. Em 77,5% (n=31) dos casos, as entrevistadas referiram não utilizar nenhum tipo de bebida alcoólica. Em relação ao tempo de recebimento do benefício do PBF, trinta e três mulheres, representando 82,5% recebem há mais de três anos o benefício. Observa-se ainda que 18 participantes (45%) tem

alguma atividade que gera renda, e esta renda é prevalente na faixa de um salário mínimo, que corresponde a 30% das entrevistadas.

Apresentação dos resultados e discussão

Neste item apresenta-se o entendimento que as mulheres têm sobre promoção da saúde, e quais ações de promoção à saúde elas entendem como necessárias para a produção de qualidade de vida. Além disso, reflete-se sobre a importância dessas concepções para delinear nossas ações no âmbito da Atenção Básica/ESF.

Promoção da Saúde para você é:

Ao serem questionadas sobre o que é promoção da saúde, vinte e sete participantes, representando 67,5% das entrevistadas a entendiam como “ter um bom atendimento de saúde”. O segundo item mais lembrado foi a presença de “mais profissionais”, com 40% das respostas, seguido de “visitas domiciliares”, totalizando 20%. O item “escola” foi o menos citado pelas entrevistadas com 10% das respostas.

Assim, podemos refletir sobre o que representa um “bom atendimento de saúde”. Resolutividade? Escuta? Medicamentos? Várias são as possibilidades quando falamos em um bom atendimento. Pensando na lógica da promoção da saúde, que está fortemente vinculada a ESF, a qual tem seu modelo de atenção centrado na qualidade de vida e na relação das equipes de saúde com a comunidade²⁵, podemos pensar como um momento em que as entrevistadas tiveram sua demanda acolhida pelo profissional de saúde, e este foi resolutivo em sua intervenção.

Diante da necessidade de novas práticas de saúde, que contemplem questões sociais, culturais e econômicas, que são fundamentais quando se fala em saúde, Siqueira et al²⁶, referem o crescimento e a valorização de um enfoque humanizado em saúde, que

está relacionado a um paradigma baseado em uma postura mais integradora e holística diante da realidade. Desta forma, pensar em um “bom atendimento de saúde” também é pensar na relação profissional – usuário e na importância de considerar o sujeito em sua singularidade e inserção sociocultural.

Tais questões se mostram essenciais quando falamos em saúde, neste caso, em promoção da saúde. Baseada no princípio de saúde como um direito de todos, a ESF busca garantir a promoção da saúde através de um atendimento acessível aos seus usuários, de forma contínua, integral e de qualidade²⁷. Assim, a relação profissional – usuário se torna um de seus pilares, sendo pautada no desenvolvimento de relações de vínculo e responsabilização entre equipe e população.

Heidmann et al²⁸ referem que o usuário da Atenção Básica não é, em muitos casos, um paciente adoecido, mas busca um atendimento de qualidade e humanizado. A Política Nacional de Atenção Básica (PNAB) recomenda que as intervenções em saúde tenham sua finalidade ampliada, tomando como objeto os problemas e necessidades de saúde, favorecendo a ampliação de escolhas saudáveis de sujeitos e coletivos.

Desta forma, quando as mulheres falam de um bom atendimento de saúde podem estar falando de um lugar seguro, onde o profissional que realizou seu atendimento conhece suas necessidades de saúde, seu contexto familiar, suas condições de vida, e com esse conhecimento realiza uma intervenção de forma abrangente e adequada as suas necessidades.

Este é um dos papéis da ESF. Desenvolver ações de cuidado à saúde adequadas a realidade e aos modos de vida existentes no território onde está inserida. Em um estudo realizado por Albuquerque e Bosi²⁹, usuários de ESF referem valorizar questões como gentileza e atenção nos profissionais que realizam o atendimento de saúde. Mais do que isso, é ter uma postura acolhedora, ética e de valorização do sujeito.

As outras duas questões apontadas pelas participantes como sendo promoção da saúde foram “mais profissionais” e “visitas domiciliares”. Mais uma vez a relação profissional – usuário se fez presente. Além disso, parecem apresentar questões ligadas a capacidade de compreensão dessas mulheres sobre saúde, e o reconhecimento de uma prática comum às equipes de saúde da família, o cuidado domiciliar.

A visita domiciliar é um instrumento de intervenção no cuidado à saúde, realizada por profissionais que observam a realidade do indivíduo e de seus familiares em seu contexto domiciliar, no qual se realizam práticas sanitárias, assistenciais e sociais, perpassadas pelo olhar da integralidade^{30, 31}.

Tem como objetivo principal a atenção às famílias e à comunidade. Na visita domiciliar é estabelecida uma relação de confiança entre usuário e profissional. O estudo realizado por Albuquerque e Bosi²⁹ revela que elementos como empatia, vínculo e sintonia foram apontados por usuários de ESF como centrais nas visitas domiciliares, sendo necessários para que a relação de cuidado entre profissional e usuário aconteça.

Desse modo, compreender a realidade de vida dos usuários dos serviços de saúde auxilia no cuidado da saúde, oferecendo uma abordagem mais adequada e eficiente. A atenção à saúde deixa de ser individual e isolada do contexto social, assumindo proporções capazes de promover a integralidade das ações em saúde²⁸.

Assim, quando as mulheres apontam as visitas domiciliares como promoção da saúde, reforçam uma lógica de cuidado pautada pela proximidade, a qual a ESF deve apresentar. Desse modo, a visita domiciliar assume na ESF uma dimensão política e assistencial de promoção da saúde, a qual envolve a satisfação do usuário.

Um estudo realizado por Tesser et al³² com o objetivo de conhecer a concepção de promoção da saúde de profissionais de ESF de três municípios da Grande Florianópolis, mostrou que grande parte dos profissionais ainda entendia promoção da saúde como

prevenção de doenças, sendo realizada através de orientações individuais identificadas como educação dos usuários em termos de suas condutas e hábitos de vida. Tal questão nos faz refletir do por que o item “escola” foi o menos citado pelas participantes como promoção da saúde.

Pensar a promoção da saúde como algo além dos cuidados de saúde⁹, parece não ser algo tão simples. A PNAB refere que as equipes de saúde devem ocupar os espaços para além das unidades e do sistema de saúde, buscando um trabalho intersetorial. Porém algumas questões dificultam essa interação: a falta de qualificação dos profissionais, a relação insuficiente da ESF com outros serviços e a dificuldade de incorporação de novos saberes e práticas nas ações que possam pensar a saúde para além da ausência de doença. Além disso, as concepções de saúde dos profissionais que compõem as equipes de ESF é algo relevante, já que as concepções estabelecem as práticas a serem realizadas.

Heidmann et al²⁸ referem a importância de compreendermos que a promoção à saúde constitui-se na maneira como vemos a saúde e a doença. Dessa forma, podemos entender que as concepções que as mulheres, moradoras de comunidades vulneráveis e usuárias de ESF, possuem sobre a promoção da saúde são embasadas em suas histórias de vida, em suas experiências e nas relações desenvolvidas em um contexto social, histórico e cultural. Araújo e Cardoso³³ referem que o direito à comunicação é indissociável do direito à saúde, e só pode ser assim chamado quando as pessoas podem expressar-se e ter sua opinião levada em consideração. Desta forma, tentar compreender o que essas mulheres entendem por promoção da saúde, não é apenas importante, é extremamente necessário para deixarmos de lado práticas fragmentadas e isoladas da realidade onde são realizadas.

Assim, podemos pensar que as concepções das mulheres sobre promoção da saúde estão permeadas pelos saberes produzidos socialmente e compartilhados no coletivo, apropriados pelos sujeitos por meio das relações sociais. Essas concepções estão entrelaçadas ao entendimento do que é saúde e de como elas percebem sua saúde.

Como se promove a saúde?

Ao serem questionadas sobre quais ações deveriam ser realizadas pelas equipes das ESF para promover a saúde da população, vinte e oito mulheres apontaram a questão “mais profissionais” como a mais importante, totalizando 70% das respostas. “Campanhas” e “grupos de saúde” foram citados por nove mulheres (22,5%) e ainda para cinco entrevistadas (12,5%) os “medicamentos” poderiam contribuir na promoção da saúde.

A informação é necessária para qualquer decisão que tomamos em nossas vidas. No setor saúde não é diferente. As informações são fundamentais para que sejam tomadas as decisões adequadas para melhorar o nível de saúde de uma determinada população³⁴. Assim, conhecer o que as mulheres esperam das ESF em relação à promoção da saúde pode proporcionar uma adequação de práticas e um estímulo à mudança de postura por parte dos profissionais.

As estratégias e programas na área de promoção da saúde devem se adaptar as necessidades e as possibilidades de cada local, levando em consideração as diferenças em seus sistemas sociais, culturais e econômicos⁹. Sícoli e Nascimento³⁵ referem que as experiências existentes que contemplam a promoção da saúde ainda são dispersas e desarticuladas, tornando-se pouco visíveis.

Nas ESF em discussão, os residentes realizaram ações de promoção da saúde, trabalhando com uma concepção ampliada da saúde, levando em consideração

características e potencialidades dos territórios. Entre as ações realizadas estavam os grupos de caminhada. Estes foram organizados com a ajuda das equipes das ESF, que auxiliaram na divulgação e cadastro dos usuários. Apesar do estranhamento inicial, por tratar-se de uma atividade incomum nas comunidades, os grupos foram bem aceitos pela população, ganhando novos adeptos a cada encontro.

Além dos grupos de caminhada, as ESF tinham grupos de hipertensos e diabéticos, os quais foram reorganizados, buscando incluir os usuários no planejamento e discussão das ações. Dessa forma, os usuários participavam de forma ativa das decisões dos grupos, não sendo meros expectadores das ações da equipe de saúde e residentes. Esse novo lugar conquistado pela população produziu movimentos de reivindicação de melhorias nas comunidades. Tais reivindicações foram levadas até o Conselho Local de Saúde da região oeste do Município. Os moradores pediram melhorias nas Unidades de ESF, mais profissionais, além de espaços de lazer.

Através de ações que trabalhavam a saúde de forma ampliada, a população passou a ver outros aspectos que influenciavam em sua saúde. Esta foi uma das grandes conquistas do trabalho dos residentes.

Desde sua criação, em 1994, a ESF tem o propósito de superação do modelo de assistência a saúde responsável pela insatisfação da população e ineficiência do setor³⁶, assumindo o objetivo de reorientar a prática de saúde em direção a uma assistência centrada na família e comunidade compreendidas a partir do contexto social, físico e cultural.

Assim, é necessário que a ESF tenha seu trabalho pautado em ações de promoção da saúde, incluindo informações sobre a qualidade de vida de sua população adstrita, que incluam as condições de trabalho, moradia e saneamento, educação, lazer e segurança, enfim, condições que tem relação com a saúde.

Ao ser apresentada como um processo de capacitação da comunidade para atuar na melhoria de sua qualidade de vida e saúde, incluindo uma maior participação no controle deste processo⁹, a promoção da saúde na Atenção Básica/ESF possibilita o rompimento da relação vertical estabelecida entre profissional e usuário, permitindo aos indivíduos saber identificar suas aspirações e necessidades e assim poder modificar seu ambiente.

Considerações

A discussão da promoção da saúde tem como ponto de partida o próprio conceito de saúde. É de conhecimento de estudiosos, gestores e trabalhadores que ela é resultado de uma multiplicidade de fatores que se relacionam, produzindo modos de vida mais ou menos saudáveis.

Ao trabalharmos um tema tão amplo como a promoção da saúde devemos estar atentos aos diversos aspectos que o envolvem, como o entendimento de promoção da saúde e quais ações de promoção da saúde são vistas como necessárias para melhoria da qualidade de vida.

As mulheres entrevistadas entendem a promoção da saúde, principalmente, como “bom atendimento de saúde”, revelando a importância da relação profissional - usuário e de considerar-se o sujeito em sua singularidade e inserção sociocultural. Revelam também que promoção da saúde envolve “mais profissionais”, “visitas domiciliares” e “escola”, mostrando que para pensarmos em promoção da saúde é necessário uma compreensão ampliada do processo saúde e doença, deixando de lado velhas concepções fragmentadas e isoladas da realidade.

No SUS, a promoção da saúde é colocada como uma possibilidade de focar os aspectos que determinam o processo saúde e doença e potencializam formas mais amplas de intervir em saúde. Como vimos, as mulheres apontam ações de promoção da

saúde dos mais diferentes enfoques, requerendo das equipes das ESF uma abordagem ampla e vinculada a qualidade de vida.

O trabalho desenvolvido pelos residentes procurou considerar as necessidades, dificuldades e potencialidades dos territórios onde estávamos inseridos. Trabalhando com uma concepção ampliada de saúde buscou-se intervenções que produzissem melhoria na qualidade de vida da população, assim como maior proximidade dos usuários e responsabilidade por parte da equipe.

Entendemos que as ações provocaram pequenas mudanças no modo como a saúde era compreendida nas comunidades. Porém, é necessário que elas sejam mantidas e aprimoradas pelos profissionais das ESF, levando-se em consideração a população e as características locais.

Como vimos ao longo do trabalho, promoção da saúde é um conceito amplo, que envolve questões complexas. Sendo assim, podemos dizer que promoção da saúde também é construir de maneira conjunta novas práticas de saúde, que façam sentido para os atores envolvidos. Conhecer quais ações as mulheres consideram importantes para promover a saúde da população representa abrir um espaço para a comunicação. Mas é preciso mais. É necessário que a ESF envolva a população em suas discussões de saúde, que suas ações sejam planejadas de acordo com o modo de vida dos usuários produzindo maior proximidade entre usuários e equipe, e mais espaços de discussão.

Ao abordarmos a promoção da saúde, percebemos que não é tarefa fácil trabalhar com um tema tão amplo e que envolve diferentes e complexos fatores. Percebemos a necessidade de dar voz aos usuários dos serviços de saúde para que juntos possamos operar novas discussões e novas formas de perceber e produzir saúde.

Referências

1. Silva RM, Araújo MAL. Promoção da saúde no contexto interdisciplinar. Rev B P S [periódico na internet] 2007 [acessado 2014 Fev 26]; 20(3): 141-142. Disponível em: <<http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=40820301>>
2. Carvalho SR. As contradições da promoção à saúde em relação à produção de sujeitos e a mudança social. Rev C S Col 2004; 9(3): 669-678.
3. Mendes EV. As redes de atenção à saúde. Brasília: OPAS; 2011.
4. Brasil. Ministério da Saúde (MS). Secretaria de Vigilância em Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Política Nacional de Promoção da Saúde. 3. ed. Brasília: MS; 2010. (Série B. Textos Básicos de Saúde).
5. Santos KL, Quintanilla BC, Araujo M. A atuação do psicólogo na promoção da saúde. Rev Psicologia: Teoria e Prática 2010; 12(1): 181-196.
6. Carvalho SR, Gastaldo D. Promoção à saúde e empoderamento: uma reflexão a partir das perspectivas crítico-social pós-estruturalista. Rev C S Col 2008; 13: 2029 - 2040.
7. Buss PM. Promoção da saúde e qualidade de vida. Rev C S Col, 2000; 5(1): 163-177.
8. Buss PM. Uma introdução ao conceito de promoção da saúde. In: Czeresnia D, Freitas CM, organizadores. Promoção da saúde: conceitos, reflexões, tendências. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2003. p. 15 – 38.
9. Brasil. Ministério da Saúde (MS). Secretaria de Políticas de Saúde. Projeto Promoção da Saúde. As Cartas da Promoção da Saúde. Brasília: MS; 2002. (Série B. Textos Básicos em Saúde)
10. Ferreira MS, Castiel LD, Cardoso MHCA. Promoção da saúde: entre o conservadorismo e a mudança. In: Anais do XV Congresso Brasileiro de Ciências do Esporte e II Congresso Internacional de Ciências do Esporte; 2007; Recife. p. 1-7.
11. Teixeira CF. Promoção da saúde e SUS: um diálogo pertinente. In: Teixeira CF, Solla JP. Modelo de atenção à saúde: promoção, vigilância e saúde da família. [online] Salvador: Editora EDUFBA, 2006. n° 3. p. 85 – 108. [acessado em 2014 Fev 10]; Disponível em <<http://books.scielo.org>>.
12. Portaria nº 1.409 de 13 de Junho de 2007. Institui Comitê Gestor da Política Nacional de Promoção da Saúde. *Diário Oficial da República Federativa do Brasil* 2007; 15 jul.
13. World Health Organization. Concepts and Principles of Health Promotion. Copenhagen: World Health Organization; 1984.
14. Portaria nº 2.488, de 21 de Outubro de 2011. Aprova a Política Nacional de Atenção Básica, estabelecendo a revisão de diretrizes e normas para a organização da Atenção Básica, para a Estratégia Saúde da Família (ESF) e o Programa de Agentes Comunitários de Saúde (PACS). *Diário Oficial da República Federativa do Brasil* 2011; 24 out.
15. Chagas L, Seclen J. Discussão sobre o marco referencial e conceitual da Atenção Básica e Saúde da Família no Brasil. In: Organização Panamericana de Saúde - OPAS. Projeto de desenvolvimento de Sistema e Serviços de Saúde. Brasília, 2003.
16. Brasil. Conselho Nacional de Secretários de Saúde. Atenção Primária e Promoção da Saúde/Conselho Nacional de Secretários de Saúde. Brasília: CONASS, 2011.
17. Prado EV, Falleiro LM, Mano MA. Cuidado, promoção de saúde e educação popular: porque um não pode viver sem os outros. Rev APS 2011; 14(4): 464 - 471.
18. Portaria Interministerial nº 45, de 12 de Janeiro de 2007. Dispõe sobre a Residência Multiprofissional em Saúde e a Residência em Área Profissional da Saúde e institui a Comissão Nacional de Residência Multiprofissional em Saúde. *Diário Oficial da União* 2007; 15 jan.
19. Regimento Interno Programas de Residência Multiprofissional e em Área Profissional da Saúde/UFMS 2012. [Acessado em 2014 Fev 22] Disponível em: <<http://200.18.45.28/sites/residencia/images/Arquivos/Leis/REGIMENTO-6nov.pdf>>
20. Moré CLOO. A Psicologia na comunidade: uma proposta de intervenção. São Paulo: Casa do psicólogo; 2006.
21. Marín JR. Psicologia Social de La Salud. Madri: Editorial Síntesis; 1995.
22. Soares NM, Pinto MEB. Interfaces da Psicologia aplicada à saúde: Atuação da Psicologia na Estratégia Saúde da Família em Londrina. Rev. SBPH 2008; 11 (2): 89 – 100.
23. Fontanella BJB, Ricas J, Turato ER. Amostragem por saturação em pesquisas qualitativas em saúde: contribuições teóricas. Rev Caderno de Saúde Pública 2008; 24(1): 17-27.
24. Minayo MCS. O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde. 8ª ed. São Paulo: Hucitec; 2004.
25. Norma Operacional Básica do Sistema Único de Saúde (NOB-SUS 01/96). Brasília, 1996.
26. Siqueira KM, Barbosa MA, Brasil VV, Oliveira LMC, Andraus, LMS. Crenças populares referentes à saúde: apropriação de saberes sócio-culturais. Rev Texto Contexto Enfermagem 2006; 15(1): 68-73.

27. Souza RA, Carvalho AM. Programa de Saúde da Família e qualidade de vida: um olhar da Psicologia. *Rev Estudos de Psicologia* 2003; 8(3): 515-523.
28. Heidmann ITSB, Almeida MCP, Boehs AE, Wosny AM, Monticelli M. Promoção à saúde: trajetória histórica de suas concepções. *Rev Texto Contexto Enfermagem* 2006; 15(2): 352-358.
29. Albuquerque ABB, Bosi ML. Visita domiciliar no âmbito da Estratégia Saúde da Família: percepções de usuários no Município de Fortaleza, Ceará, Brasil. *Rev. Cad. Saúde Pública* 2009; 25(5): 1103-1112.
30. Lacerda MR, Giacomozzi CM, Oliniski SR, Truppel TC. Atenção à saúde no domicílio: modalidades que fundamentam sua prática. *Rev. Saúde e Sociedade* 2006; 15(2): 88 – 95.
31. Savassi LCM, Dias MF. Visita domiciliar. Grupos de estudos em Saúde da Família. [acessado 2014 Mar 05] Disponível em: <http://www.smmfc.org.br/gesf/gesfvd.htm>.
32. Tesser CD, Garcia AV, Argente CE, Vendruscolo C. Concepções de promoção da saúde que permeiam o ideário de equipes de Estratégia Saúde da Família da Grande Florianópolis. *Rev Saúde Pública* 2010; 3(1): 42 - 56.
33. Araújo IS, Cardoso JM. Comunicação e Poder. In: Araújo IS, Cardoso JM. *Comunicação e Saúde*. Rio de Janeiro: Fiocruz; 2007. p. 35 – 60.
34. Andrade SM, Soares, DA. Dados e Informação em Saúde: para que servem? In: Andrade, SM, Soares, DA, Junior, LC. *Bases da Saúde Coletiva*. Londrina: Ed. UEL; 2001. p. 161-181.
35. Sícoli JL, Nascimento PR. Promoção de saúde: concepções, princípios e operacionalização. *Rev Interface (Botucatu)* 2003; 7(12):101-122.
36. Franco TB, Merhy EE. Programa de Saúde da Família (ESF): contradições de um programa destinado à mudança do modelo tecnoassistencial. In: Merhy EE, Júnior HMM, Rimoli J, Franco TB, Bueno WS. *O trabalho em saúde: olhando e experienciando o SUS no cotidiano*. São Paulo: Hucitec; 2007 p. 55 -124.