

# Usuários e Equipe Saúde da Família no Processo de Construção da Saúde

## Users and Family Health Team in the Health Construction Process

LARISSA NEGROMONTE AZEVEDO<sup>1</sup>  
ANA LÍLIAN DE AGUIAR<sup>1</sup>  
CAMILA LACERDA DA COSTA<sup>1</sup>  
MARIA CECÍLIA BERNARDES PEREIRA<sup>1</sup>  
CRISTINE HIRSCH-MONTEIRO<sup>2</sup>

### RESUMO

*Objetivo:* Avaliamos aqui como tem sido desenvolvida a participação da comunidade na construção da saúde em uma Unidade de Saúde da Família (USF). *Material e Métodos:* Trata-se de um estudo qualitativo sobre a construção da saúde usando a técnica de grupo focal envolvendo profissionais da ESF e Usuários da USF Timbó II para coleta de dados cuja análise qualitativa foi feita usando análise de conteúdo. *Resultados:* A análise dos dados colhidos no grupo focal apontou diferentes posicionamentos da ESF e dos usuários relativos ao entendimento sobre saúde, à importância da participação da comunidade e da ESF no processo de construção da saúde e para a mobilização social. *Conclusão:* Os dados mostraram a necessidade de implementação de estratégias a serem desenvolvidas pela ESF para envolver os usuários para que estes participem da elaboração de planos locais de enfrentamento do processo saúde-doença.

### DESCRIPTORIOS

Atenção Primária à Saúde. Participação Comunitária. Programa Saúde da Família.

### SUMMARY

Communitarian participation in the planning and development of actions of the Family Health Team (FHT) aims at empowerment of users on the capacity to think their own health and to intervene in the health-illness process. *Objective:* We evaluate here how participation of the community in the health construction in Family Health Unit (FHU) has been developed. *Material and methods:* This is a qualitative study on the construction of health using focus groups and involving professionals and users of the "Timbó II" FHT to collect data. Qualitative analysis was done using analysis of content. *Results:* Analysis of data collected in the focus group showed different positions by the FHT and users on the understanding of health, on the importance of community and FHT involvement in the construction of health and social mobilization. *Conclusion:* Data has showed the need for implementation of strategies to be developed by the FHT to involve users so that these participate of the elaboration of local plans of confrontation of the health-illness process.

### DESCRIPTORS

Primary Health Care. Consumer Participation. Family Health Program.

1 Graduando(a) em Medicina na UFPB - Extensionista Bolsista do PROBEX 2007.

2 Professora Associada nível III, Departamento de Fisiologia e Patologia - CCS/UFPB - Coordenadora do Projeto de Extensão "Formação Humanizada do Profissional de Saúde" - PROBEX 2007

O Sistema Único de Saúde (SUS), modelo oficial de atenção à saúde no Brasil, surgiu num cenário de mudanças econômicas e políticas que reivindicavam uma nova assistência voltada à atenção integral dos indivíduos (SESPA, 1992, FEWERWERKER, ALMEIDA, 2000). Os princípios do SUS - integralidade, universalidade e equidade -, construídos a partir de intenso movimento social que culminou com a reforma sanitária, parcialmente incorporados pela Constituição Federal de 1988 (BRASIL, 1988) e consolidados em leis em 1990, visavam à democratização da saúde e à participação do cidadão na organização de ações e serviços de saúde por meio dos Conselhos e Conferências de Saúde (BRASIL, 2001; BRASIL, 2004).

O Programa Saúde da Família - PSF, implantado no Brasil em 1994 (BRASIL, 2004), reforça a reorientação do modelo de atenção à saúde, pois está pautado em ações de promoção, proteção e recuperação da saúde dos indivíduos e da família (FEWERWERKER, ALMEIDA, 2000). O PSF, hoje entendido como estratégia, vem buscando consolidar o modelo de saúde baseado na atenção à família, entendida em seu ambiente físico e social, onde deve ocorrer a elaboração dos planos locais, para o enfrentamento dos determinantes do processo saúde-doença, que deverão contar com a participação da comunidade na identificação de problemas e definição de prioridades (CAMPOS, WENDHAUSEN, 2007). O PSF está estruturado nas Unidades de Saúde da Família (USF) com equipes multiprofissionais (Equipe Saúde da Família - ESF) atendendo a um número pré-definido de famílias residentes (cerca de 3.000 pessoas) em uma determinada área geográfica. O trabalho em equipe multiprofissional permite troca de saberes (BRASIL, 2004) e articulação de ações específicas e integradas visando atender às demandas dos usuários (CREVELIM, PEDUZZI, 2005, BRASIL, 2006). Uma equipe mínima para atender população adstrita deve ser composta por um médico, um enfermeiro, dois auxiliares de enfermagem e cinco ou seis agentes comunitários (BRASIL, 2006; BRASIL, 1997). Adstrição de clientela, vínculo com as famílias e família como foco da atenção são pilares do funcionamento da ESF (BRASIL, 2006), mas a implantação do PSF não se dá meramente por decreto ou por uma nomeação, pois a mudança do modelo assistencial necessita da mudança dos processos de trabalho, gestão e formação (REIS *et al.*, 2007). Para CREVELIM, PEDUZZI, (2005), apesar do PSF ter unido adstrição de clientela em um território definido e o trabalho em equipe incluindo as estratégias de saúde não devem ser feitas para a comunidade, mas construídas de forma conjunta por equipe e usuários para, assim, reforçar o sentido de responsabilidade, confiança e vínculo.

O Controle Social, pilar do SUS (CAMPOS, WENDHAUSEN, 2007), permite participação da sociedade nas decisões da Gestão Pública, verificando ações e acompanhando as políticas (BRASIL, 1990; ARANTES *et al.*, 2007; CAMPOS, WENDHAUSEN, 2007). Essa luta da sociedade por melhores condições de vida resultaria na melhoria da qualidade de vida e pleno exercício da cidadania (CREVELIM, PEDUZZI, 2005). Desta forma, a participação popular, incentivada a partir dos anos 80 com a redemocratização do país, ofereceria espaço de atuação junto à ESF na elaboração de programas adequados a sua realidade e necessidade, gerando autonomia, autoconfiança e maior senso de responsabilidade na comunidade (CREVELIM, PEDUZZI, 2005, CAMPOS, WENDHAUSEN, 2007).

A ESF deve incentivar a organização comunitária e a autonomia das famílias, obedecendo às proposições do SUS, otimizando a atenção à saúde no Brasil (CREVELIM, PEDUZZI, 2005, CAMPOS, WENDHAUSEN, 2007). A participação comunitária deve ocorrer de forma institucionalizada - através da participação nos conselhos e conferências -, e de forma não institucionalizada, ou seja, de forma individual em consultas, ou de forma coletiva como grupos para terceira idade (CAMPOS, WENDHAUSEN, 2007). A ESF deve se inserir nesse processo como mediadora (CAMPOS, WENDHAUSEN, 2007), mas MATUMOTO (2003, *apud* CREVELIM, PEDUZZI, 2005) e outros autores (MATUMOTO *et al.*, 2005) vêm constatando ausência de usuários durante elaboração pela ESF de programas de saúde que objetivavam o bem-estar da própria comunidade contribuindo para a deformação do modelo de assistência almejado.

O Projeto de Extensão *Buscando uma formação humanizada do profissional de saúde* (SIEXBrasil 2007 nº. 033770) proporcionou a graduandos em saúde vivência na USF Timbó II, 3º Distrito Sanitário de João Pessoa/PB, onde os extensionistas acompanharam atividades desenvolvidas pela ESF e refletiram sobre as necessidades de saúde da comunidade. A interação extensionistas/comunidade vem acontecendo desde 2007 em cenário real e esta inserção vem contribuindo para a formação de profissionais autônomos, com olhar para a integralidade da atenção e humanização do atendimento prestado (SILVA *et al.*, 2010). As experiências vivenciadas durante o Projeto em 2007 levaram à consecução deste trabalho que visou avaliar a participação da comunidade na construção da saúde junto à ESF da USF Timbó II.

## MATERIAL E MÉTODOS

Estudo transversal de natureza qualitativa foi

realizado tomando-se por base a análise de conteúdo das falas coletadas através da estratégia de Grupo Focal – GF (MINAYO, 2007) usando roteiro semi-estruturado. A amostra incluiu profissionais de saúde e moradores da comunidade assistida pela USF Timbó II do 3º Distrito Sanitário do Município de João Pessoa/PB, nordeste do Brasil. Na época do estudo a comunidade incluía cerca de 2.400 moradores com 570 famílias adstritas. A região apresenta solo acidentado delimitado por uma barreira e um rio bastante poluído, condições insatisfatórias de saneamento básico e infra-estrutura. A ESF, composta por médica de saúde da família, enfermeira, auxiliar de enfermagem, cirurgiã dentista, auxiliar de consultório dentário e auxiliar administrativo, possuía três agentes comunitários de saúde (ACS), dos quais apenas um morava na comunidade. Há uma micro área sem cobertura de ACS incluindo cerca de 170 famílias.

A coleta de dados foi realizada em maio de 2008 e a amostra de usuários, intencionalmente selecionada, procurou contemplar as 4 micro-áreas que representavam a comunidade adstrita na referida USF. Foram observados rigorosamente os aspectos éticos envolvidos na pesquisa com seres humanos, conforme proposto pela Resolução Nº. 196/96 do Conselho Nacional de Saúde. Os profissionais de saúde da ESF (n= 7) e os usuários da unidade (n= 11), que aceitaram participar do estudo, assinaram o *Termo de Consentimento Livre e Esclarecido*, autorizando a gravação e uso de seu conteúdo, conforme projeto analisado e aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa do Centro de Ciências da Saúde da Universidade Federal da Paraíba, Parecer Nº. 045/08 de 28/02/08, aprovado em definitivo e autorizado para publicação em 05/11/08.

Após transcrição da gravação da conversa no GF sobre “Construção da saúde”, foi feita leitura exaustiva das falas transcritas e estabelecido esboço inicial das categorias de análise de conteúdo pela interação entre empírico e teórico. Em seguida, identificados os temas de acordo com o objeto de estudo, os dados foram sistematizados nas diferentes categorias de análise. Os extratos das falas, que ilustram as análises, foram identificados por letras (“U” para usuário e “P” para profissionais) e devidamente numerados.

## RESULTADOS E DISCUSSÃO

Análise sobre o desenvolvimento do GF sobre construção da saúde forneceu cinco categorias temáticas de abordagem: conceito de saúde, responsabilização pela saúde, sobrecarga de atendimentos pela equipe, estratégias de construção da saúde e mobilização da comunidade para a participação no processo.

### REPRESENTAÇÃO SOBRE O CONCEITO DE SAÚDE

A Lei Federal Nº. 8.080/90 consolidou a luta pela reforma sanitária delineando os princípios do SUS (BRASIL, 1990), conforme constam da Constituição de 1988 (BRASIL, 1988), e explicitou o entendimento de saúde como direito de todos e obrigação do Estado. Para os usuários da USF Timbó II “saúde é tudo” (U1), “é uma coisa muito boa” (U2) que “não tem um conceito fechado” (U3) e que inclui “bem estar” (U4) abrangendo “lazer, trabalho, família, amigos e atividades sociais” (U3). Mas também significa uma ação, ou seja, “fazer por onde não adoecer” (U2) e envolve relações, pois “não se pode é ficar sozinho!” (U4).

A Equipe também demonstrou ter visão ampla sobre o conceito de saúde incluindo “bem estar financeiro” (P4), “físico e social, boas condições de moradia, emprego e alimentação” (P3), exceto para um dos profissionais que definiu saúde como sendo “não ficar doente de maneira alguma [...] nem uma dor de dente!” (P1) e que considerou dinheiro como fundamental para se conquistar a saúde, manifestando posição antagônica aos demais participantes do GF:

*[...] Dinheiro não faz com que você não adoça ou tenha saúde. Dinheiro não faz você ser feliz [...] Faz você comprar uma alimentação melhor, faz você comprar coisas melhores pra dentro de casa [...] (U2)*

*[...] Mesmo com pouco dinheiro a gente consegue ter uma boa qualidade de vida, tem muita coisa que a gente pode fazer sem necessariamente ter que ficar rico [...] (P5)*

### RESPONSABILIZAÇÃO PELA SAÚDE

As diferentes esferas de gestão em saúde foram pouco citadas, mas o SUS foi considerado um sistema defasado e incapaz de levar saúde até o espaço doméstico:

*O SUS está muito defasado. Não adianta ficar esperando que esse sistema venha ao auxílio da questão da comunidade. O governo tem que priorizar essa questão da saúde porque é obrigação dele dentro da lei dar a saúde pra todas as pessoas [...] Mas como que ele vai dar essa saúde se ele não está dentro das nossas casas? O governo está lá no canto dele, se virando, fazendo a parte dele. E a gente? Dentro das nossas casas, nós estamos fazendo o quê?*

*Se a gente não tomar conhecimento, não começar a fazer os cuidados mínimos na nossa residência, a gente não vai conseguir atingir o estado máximo de saúde, de lazer [...] (U3)*

Ao mesmo tempo, como se não fizesse parte das ações do SUS, o trabalho da ESF vem sendo reconhecido e creditado pelos usuários:

*[...] Elas (membros da ESF) me ajudaram muito [...] Elas me davam uma palavra [...] Não tenho o que dizer delas [...] Elas nunca deixaram de me atender. (U7)*

*[...] Acompanhamento de perto, de certa forma, o trabalho que vocês (ESF) realizam. É um trabalho muito importante. A gente sabe da importância de vocês pra comunidade [...] Esse trabalho de vocês é um trabalho belíssimo [...] (U3)*

*A gente sabe que a Equipe trabalha muito bem e, quando pode ajudar a gente, ajuda! Comparando com outros PSF, a gente vê que a Equipe daqui é amiga da gente e cuida bem da comunidade. (U6)*

Usuários e Equipe foram unânimes em valorizar a participação de todos, comunidade e profissionais, no processo de construção da saúde. Usuários demonstraram reconhecer sua co-responsabilização com cuidados diversos:

*[...] aqui na comunidade, que é meio carente [...] como a gente não tem uma boa pavimentação, tem que ter mais cuidado em casa, com a higiene, pra ter uma boa saúde [...] (U2)*

*[...] A gente deve fazer todo dia em nossas casas: retirar o lixo, reciclar, separar o lixo [...] Isso vai de certa forma influenciar na saúde de minha família e conseqüentemente na saúde das pessoas que estão mais próximas a mim [...] (U3)*

A comunidade considerou a Equipe um importante ator para concretização do processo de construção da saúde, mas demonstrou demanda assistencialista pela atenção à saúde: “[...] A gente fica à mercê da USF, [...] porque “muitas vezes a gente não sabe o que fazer pra saúde [...] eles sabem bem melhor do que a gente, a gente procura por eles [...]” (U1); “Temos que procurar o médico” (P3) (para promover a saúde).

A Equipe, percebendo a visão centrada no médico, ressaltou o fato de que o trabalho em saúde é

feito pela Equipe e não somente pela médica (P5), mas algumas ações da ESF perpetuam o modelo de assistência médico-centrado e geram vínculos mais claros, geralmente, com o médico, enquanto que, para o atendimento integral, o vínculo deve ser criado com todos os membros da ESF (SCHMITH, LIMA, 2004).

Apesar de acreditar que está fazendo sua parte, a Equipe reconhece a necessidade de mudanças nas posturas e reivindica maior responsabilização da comunidade diante do desafio da construção da saúde, mas sem uma clara definição do que fazer: “[...] A gente precisa mudar. A comunidade precisa mudar e a Equipe precisa mudar [...]” (P4).

Enquanto isto, a comunidade compreende as limitações de atuação da ESF, reconhecendo seus esforços, principalmente em relação à orientação e auxílio nas ações de saúde:

*[...] Infelizmente eles (A Equipe) vêm nossos problemas, compartilham, mas não podem fazer tudo o que querem em nosso auxílio [...] Fazem o possível em relação ao auxílio, até mesmo o que não está ao alcance deles [...] (U1)*

Por outro lado, os usuários cobram a retomada das visitas domiciliares como aconteciam no início da implantação do PSF na comunidade:

*[...] vocês saíam mais pra visitar as residências, as casas, a moradia de cada um [...] vejo pessoas que dizem assim: “Pra quê eu vou arrumar minha casa? Não vem ninguém aqui!” [...] Mas só a visita já levanta a auto-estima da pessoa: “tem alguém que se preocupa comigo”. [...] vejo que a gente não cuida da saúde só com medicamento. (U3)*

Entretanto, para a Equipe a visita domiciliar teria outra prioridade e não deve interferir no cronograma de atividades:

*A equipe tem ido quando há necessidade, quando a pessoa não pode vir até a gente [...] Muitas pessoas acham que a gente tem que fazer visita todo dia [...] A gente tem o cronograma [...] Concordo que não são apenas os acamados que precisam da visita [...] (P6)*  
*[...] A Equipe tem os turnos para fazer as visitas, turnos para fazer atividades, temos os horários, tudo certinho [...] Muitas vezes a gente não faz tanto, por falta de tempo [...] (P5)*

REIS et al., (2007) observaram que maior escuta

e participação do usuário aconteciam nas visitas domiciliares feitas pela enfermagem e ACS. A ESF estudada por CREVELIM, PEDUZZI (2005) apostou na visita domiciliar como estratégia de sensibilização e mobilização, mas ressaltaram a necessidade do serviço ser organizado em função das necessidades e na lógica do usuário (CREVELIM, PEDUZZI, 2005, REIS *et al.*, 2007, MANDÚ *et al.*, 2008).

A visita domiciliar, ação para fortalecimento da Atenção Básica e das mudanças necessárias para reorientação do modelo de assistência, por um lado facilita o acesso à USF e se coloca como meio de acesso à assistência e à vigilância, mas por outro oferece atendimento parcial podendo gerar insatisfação ou acomodação (MANDÚ *et al.*, 2008). Tem sido observado e avaliado pelos usuários da USF de Cuiabá/MT que a visita domiciliar tem gerado vínculo com a ESF, elevado a auto-estima da comunidade e gerado esperança e bem-estar<sup>18</sup>. Para tanto, os ACS da ESF aqui estudada foram vistos como peça-chave tanto pelos usuários, quanto pela Equipe:

*Como os ACS têm mais aproximação com as famílias, eles devem ter mais facilidade pra ter essa conversa com as pessoas [...] (U3)*

*Está aí o papel importantíssimo dos ACS, estar nas casas [...] Durante as visitas eles colhem informações para trazer para a Unidade, informações que nós não temos como adivinhar [...] (P6)*

LEVY, MATOS, TOMITA, (2004) consideraram que os ACS contribuem para que a inclusão social se dê de forma democrática na medida em que o seu fazer “[...] deixa de lado os que procuram ajuda e vai literalmente atrás daqueles que não buscam tratamento e, conseqüentemente, são desprezados das estatísticas nacionais.” (CUNHA, 2001, *apud* LEVY, MATOS, TOMITA, 2004, p.198). O trabalho do ACS, quando bem feito, favorece o fortalecimento do vínculo entre ESF e comunidade, gera uma ponte entre saber popular e científico, permite prática solidária de cidadania em saúde. Espera-se que os ACS possam traduzir para a ESF a dinâmica e as necessidades da comunidade, identificar parceiros e recursos na comunidade e promover educação e mobilização na comunidade da qual fazem parte compartilhando dificuldades e identidade cultural (FEWERWERKER, ALMEIDA, 2000). Entretanto, em geral, apenas a primeira expectativa tem sido entendida pelos profissionais e executada a contento (DUARTE, SILVA, CARDOSO, 2004, LEVY, MATOS, TOMITA, 2004).

Usuários e Equipe perceberam o potencial do saber popular como instrumento de promoção da saúde:

*Tem o saber popular que é muito importante e a gente já tentou resgatar [...] O pessoal da comunidade precisa também ajudar [...] Ajudar a fazer uma hortinha [...] (P6)*

*[...] Todo mundo sabe fazer um chá aqui da comunidade. Eu acho que a demanda diminui a partir disso. Não estou dizendo que todo mundo sabe, mas quem sabe pode ensinar pro outro [...] (P1)*

A Equipe ressaltou ausência de participação e valorização da comunidade para com as ações de prevenção desenvolvidas pela ESF:

*O que falta é vocês darem mais valor a essa parte (a prevenção). Porque muitas vezes a gente está lá fazendo o trabalho e ainda dizem assim: “Não estão trabalhando hoje, não?” Poxa, a gente está trabalhando! A gente só num está curando, a gente está trabalhando de outras formas [...] (P5)*

*[...] Tem a terapia comunitária, que a gente faz nas sextas-feiras, mas só vêm duas ou três pessoas [...] Por mais que a gente empurre, por mais que a gente chame [...] Então acho que está faltando que a comunidade conheça e faça a parte dela (da terapia comunitária) [...] (P6)*

#### SOBRECARGA DA EQUIPE

A USF Timbó II registrou cerca de 4.000 atendimentos médicos em 2007, sendo que a comunidade tem 2.400 usuários cadastrados (P7). Esta demanda, considerada exagerada pela Equipe, tem gerado comprometimento da saúde dos profissionais envolvidos: “[...] Estou com um problema na pele e dizem que é por conta do estresse [...]” (P6); “[...] Às vezes estou com a pressão lá em cima [...] não tenho pressão alta, mas, de tanta contrariedade, eu tenho [...] (P7); “Eu me viro em dez e, de noite, eu estou em casa chorando de dor nas costas [...]” (P5). Como conseqüência o tempo para desenvolver ações de prevenção ficou prejudicado: “[...] Está faltando também saúde para que a gente não tenha tanta carga lá (na Unidade), para que a gente tenha tempo pra essas outras coisas [...]” (P5). O mesmo aconteceu com outras atividades coletivas já consagradas na comunidade: “[...] Esse ano não está sendo possível organizar os eventos como nos anos passados, porque o contingente está cada vez pior [...]” (P7).

Na avaliação da Equipe, boa parte desta excessiva demanda incluiu motivos fúteis, que poderiam ser

resolvidos em casa, ou simplesmente carência por atenção e escuta: “[...] Depois de a gente conversar, (o usuário) olha pra gente assim e diz: “Eu não vou mais pra médica não [...] Já estou me sentindo bem” (P6)”. Outra justificativa seria devido à vinda de ex-moradores e a deficiência de outras unidades. Mas a Equipe aposta também na propaganda que é feita pelos próprios usuários sobre a boa qualidade do atendimento prestado:

*[...] acredito que (a excessiva demanda) é porque nós tratamos vocês muito bem! Vem gente até de outras unidades e bairros, porque aqui a Equipe atende bem. Outro dia recebi um ex-usuário que se mudou daqui e que queria que a gente o atendesse. Tem gente que traz família de fora, do interior! Minha gente, eu sou uma só! Aqui precisávamos de umas duas equipes [...] Vem de lá e alega que lá é distante, que falta médico, faltam medicamentos. (P7)*

Apesar disto, a Equipe percebe que a comunidade reclama a falta de fichas e desrespeita o cronograma de ações apresentando demanda cada vez mais crescente.

*[...] eu sei da dificuldade em conseguir vagas, mas preciso que saibam que eu sou só uma [...] odontologia é um atendimento lento. Não tem condições, não há tempo, nem material, para atender mais gente do que atendemos. A gente atende nove pessoas por turno e nenhuma unidade, pelo menos das colegas com quem converso, atende isso. (P5)*

Para SANTOS, ASSIS, (2006), a enorme demanda na atenção À saúde bucal esbarra na dúvida entre atender muitos usuários por turno e prolongar o tratamento em número de consultas ou atender um menor número de usuários até completar o tratamento. Entretanto, para ser resolutiva, a Atenção Básica em Saúde deveria atender a 80% dos problemas de saúde da população e o atendimento odontológico ser feito a partir da clínica ampliada onde a ação estivesse centrada no sujeito e não na unidade dentária.

Por outro lado, humanização da Equipe foi reconhecida pelos usuários no que diz respeito aos esforços em atender à demanda: “[...] Pois quando eu tive um problema elas (a Equipe) me ajudaram muito. Quando eu chegava lá chorando, elas sempre me davam uma palavra.” (U7). Mas a Equipe identificou falta de compreensão da comunidade diante de questões que considerava não lhes dizer respeito como “[...] demora

na marcação de exames, de consulta, falta de medicação [...]” (P3).

## ESTRATÉGIAS PARA CONSTRUÇÃO DA SAÚDE

CHIAPINOTTO, FAIT, MAYER JÚNIOR, (2007) ponderaram que produção da saúde não é feita pelo profissional, mas se dá na dimensão do encontro deste com o usuário e que é no processo de trabalho que se constroem diferentes modos de fazer saúde. Numa atitude humanizada do profissional, espera-se um acolher coerente com a sua co-responsabilidade pelas necessidades de saúde do usuário e com a disposição de achar, de forma conjunta, encaminhamentos viáveis no contexto do usuário (SCHIMITH, LIMA, 2004). Mas, apesar do conceito aparentemente amplo de saúde apresentado pela ESF aqui estudada, a integralidade da atenção tem sido prejudicada. A Equipe demonstrou ter dificuldades para reconhecer as necessidades de saúde dos usuários quando se expressam dizendo que “[...] as doenças muitas vezes não precisariam nem vir ao posto, é uma gripe, uma besteirinha que pode ser curada em casa [...]” (P5) ou “[...] muita gente, que vem pra Unidade, não está doente não, está só ruim da cabeça [...]” (P6) “[...] a pessoa já vai pra médica [...] pelo amor de Deus!” (P3).

A Equipe chegou a questionar se a demanda é real e se a comunidade não poderia fazer ela mesma as ações de promoção:

*Você acha que 4.000 pessoas estão doentes? Eu acredito que não! Mas é o atendimento que consta lá. (P7)*

*[...] A pessoa sabe como fazer, e porque não faz? [...] Não faz porque não quer! Se prevenissem, diminuiriam a quantidade de atendimentos, porque diminuiriam a demanda, sobriam vagas e fichas pra quem precisa mesmo. (P5)*

Ora, se o objeto de trabalho da ESF é o usuário, a forma com que cada membro da equipe concebe este objeto explicita o projeto pensado de produção do cuidado. Um dos profissionais da ESF estudada por SCHIMITH e LIMA (2004) caracterizou os usuários que “batem ponto” na unidade como “dependentes emocionais” (SCHIMITH, LIMA, 2004: pag. 1491). Esta atitude desqualifica o sofrimento do usuário e define um olhar não humanizado do profissional para com o seu objeto de trabalho.

O cuidado traz em si o fato de que nem sempre é

possível curar ou resolver a necessidade apresentada, mas é sempre possível escutar e contribuir para amenizar o sofrimento. É necessário, para que haja efetiva mudança no modelo de assistência, que os trabalhadores em saúde se tornem sensíveis e manifestem uma nova ética em saúde (SANTOS, ASSIS, 2006). CAMPOS, WENDHAUSEN, (2007) discutem a necessidade de prevenção e prática educativa participativa na interface usuários/ESF, lembrando que, enquanto a equipe trabalha com a prevenção e prevenção, a comunidade versa pela provisão diária de suas necessidades, ou seja, a promoção e prevenção são preterida pela comunidade, pois há problemas mais urgentes.

Neste contexto se confirmou na USF Timbó II um processo de construção da saúde dificultado e estressante. Os usuários percebem que “saúde é uma coisa muito boa, só que tem hora que a gente não pode ter e toda hora é gente doente pra todo lado [...]” (U2). Mas a Equipe alerta que é importante o trabalho de prevenção, pois é melhor “não esperar ter a doença para fazer alguma coisa, e, sim, não ter a doença, cuidar [...] prevenir a dengue, a cárie [...]” (P5).

A prescrição de mudança de hábitos alimentares e ligadas ao que a Equipe considera como comodismo é uma constante nas falas dos profissionais visando caminhar na construção da saúde. Além disso, foi marcante, na fala da Equipe, a cobrança por ações de prevenção a serem executadas pelos próprios usuários: “[...] Além de procurar a Equipe, vocês deveriam procurar mudar os hábitos do dia-a-dia.” (P5); e “Prevenção é o que a comunidade precisa mais.” (P3). Ou ainda:

*Então cabe a cada um daqui da comunidade chegar pra seu vizinho e dizer “Gente, a comunidade está precisando disso, vamos agir?” E ver onde está o problema e começar a agir [...] Porque vocês estão precisando de saneamento básico [...] Mas vocês estão esperando que venha um político e resolva? Não é assim! A comunidade que tem que agir, mobilizar-se. Porque a gente (Equipe) não pode fazer nada. (P4)*

*[...] Vocês acham que a gente só trabalha quando está dentro da sala, fazendo a cura [...] A prevenção é trabalho também, escovação, palestra, visita, grupo de jovens é trabalho! Então vocês deviam dar mais valor à prevenção [...] Cerca de 90% da comunidade sabe explicar direitinho como fazer a escovação, mas, quando abrem a boca, é um caos! Quer dizer, a pessoa sabe como fazer [...] E porque não faz? (P5)*

REIS *et al.*, (2007) observaram, nas consultas

médico-centradas de uma USF, que prescrições de conduta geralmente envolviam mudanças de hábitos que desconsideravam valores e modo de vida dos usuários excluindo-os das decisões a cerca de seu projeto terapêutico. Como na USF aqui estudada, na USF estudada por CREVELIM, PEDUZZI, (2005) a equipe não incluiu o usuário no planejamento; saúde era vista como qualidade de vida, mas o conselho local se perdia em discussões de outras ordens; e o espaço não institucionalizado de participação da comunidade, o cotidiano da unidade, também não contemplava a participação dos usuários na tomada de decisões. Apesar de um direito reconhecido pela ESF, ainda faltava trocar o ‘pensar por’ por ‘pensar com’ a comunidade para se conseguir através da participação da comunidade o seu protagonismo nas ações de saúde. Quando escuta qualificada foi desempenhada pela equipe de enfermagem com o acolhimento houve ampliação do acesso com diminuição das filas e incorporação de parcela significativa da população (TAKEMOTO, SILVA, 2007). Mas escuta qualificada não deve ser feita apenas pelo serviço de enfermagem, mas por toda a equipe e em todos os espaços de construção da saúde (SCHMITH, LIMA, 2004).

## MOBILIZAÇÃO É A SOLUÇÃO

O profissional da ESF deveria ser o agente facilitador do processo de educação em saúde e por isso precisa de uma formação continuada (MACHADO *et al.*, 2007). A integralidade do serviço, visando à saúde como qualidade de vida, depende do trabalho em equipe multiprofissional e da participação ativa da população. A ESF precisa valorizar e fomentar a participação da comunidade no processo de construção da saúde, entretanto como este não foi o foco de sua formação acadêmica, a Equipe necessita de formação continuada visando à humanização dos serviços. A estratégia deve associar aprendizagem e prazer, utilizar metodologias problematizadoras com troca de experiências e abordagem por sócio-drama para favorecer a reinvenção de tecnologias disponíveis (SANTOS, 2007).

No estudo de SANTOS, ASSIS, (2006) no interior da Bahia, a ESF identificou grande dificuldade em reunir a comunidade para a participação nas discussões e foram questionadas as estratégias utilizadas para conquistar a atenção dos usuários. Estratégias muito acadêmicas, incluindo palestras verticalizadas e pouco problematizadoras, se mostraram pouco efetivas diante das reais necessidades da comunidade.

No presente estudo, a Equipe considerou a comunidade como conformada, acomodada e

manifestando pouca valorização das ações desenvolvidas visando à conscientização para a saúde: “A comunidade daqui é muito acomodada, fica esperando ter tudo nas mãos [...]” (P6); “[...] A comunidade está acostumada a esperar que outros venham e façam [...] (para restabelecer a saúde, a comunidade deve) mudar seus hábitos individuais [...]” (P4). Membros da comunidade concordam:

Pode observar que as pessoas que falam mal de vocês (Equipe), que reclamam do atendimento de vocês, são os primeiros a bater o pé e dizer que não vão fazer nada. São os primeiros a cruzarem os braços. Então são pessoas que, de certa forma, só querem receber e não abrem os braços pra acolher as necessidades de vocês. (U3)

Quando outra moradora organizou atividade junto à Câmara Municipal e foi fretado um ônibus, pouquíssimas pessoas foram [...] isto demonstra o interesse [...]. Enquanto a gente não tiver a consciência de que os benefícios vão vir em longo prazo e ficar esperando que as coisas se resolvam de forma imediata, não vamos conseguir resolver nada! (U3)

A ESF da USF Timbó II deve, portanto, fomentar o controle social formal, exercido através da participação dos usuários nos Conselhos de Saúde, locais ou nacional, foi idealizado já na organização do SUS (BRASIL, 1990). Não como cogitaram ARANTES *et al.* (2007), através do enfermeiro como representante da comunidade, mas informando a comunidade, contribuindo para sua conscientização, autonomização e empoderamento de cidadãos participativos de todas as etapas de seu processo saúde-doença (CREVELIM, PEDUZZI, 2005, ARANTES *et al.*, 2007, REIS *et al.*, 2007).

Além de cuidadoso planejamento, as ações educativas devem evitar o uso de palestras ou discursos, pois estas foram abordagens consideradas ineficientes pelos participantes do GF:

[...] muitas vezes a gente diz que “vai haver uma palestra para receber uma feira em tal dia e tal hora” [...] Eles (a comunidade) se lembram da cesta básica que vai ser entregue no final do ano. (U3)

Como assim, “falta a gente falar”?! Mais do que a gente fala!? Mais do que a gente tenta!? (P5)

Quantas vezes eu vim até sala de espera falar? Não sei se vocês da comunidade, que estão aqui, se lembram que fui falar que virose não se trata com antibiótico, do risco que se corre tomando antibiótico pra quem tem gripe [...] (P7)

Os usuários do GF identificaram que muitas das

demandas e dificuldades vivenciadas na Unidade e pela Equipe não vinham sendo compartilhadas com a comunidade que recomendou à ESF [...] conversar mais com a gente sobre as demandas, [...] falar da realidade de vocês da unidade [...] (U3) inclusive sugerindo usar recursos já instalados na comunidade: [...] nós temos, aqui na comunidade, uma Associação, uma rádio comunitária que poderiam também divulgar isso (a elevada demanda da ESF). Também existem panfletos que, ao passar pelo médico, ele entregaria [...] (U1).

CECCIM, (2005) considerou que, para mudar ou incorporar novos elementos a um processo de trabalho, seria indispensável detectar e ter contato com desconfortos experimentados no dia-a-dia, perceber que a maneira vigente de fazer ou de pensar é insuficiente ou insatisfatória para dar conta dos desafios do trabalho, sendo preciso aprimorar e incentivar os espaços de discussão, análise e reflexão da prática. Portanto, identificar um problema pode ser meio caminho na direção de sua solução. Neste sentido foi ainda identificada a necessidade de reflexão por parte da Equipe sobre a ausência do sentimento de ‘pertencimento’ que permeou algumas falas de seus membros: “[...] A gente (Equipe) vem aqui, trabalha por oito horas e vai embora [...] Quem fica com os problemas é a comunidade [...]” (P4).

A mobilização e conscientização da comunidade, tornando-a participativa e parceira no processo de construção da saúde, foi sugestão unânime e urgente no GF. Sem ações tipo ‘receita de bolo’, mas numa visão de construção coletiva, Equipe e Usuários foram capazes de apontar alguns encaminhamentos para operacionalizar a construção da saúde na comunidade. Dentre elas: 1. Explicitar os problemas vivenciados pela Unidade para a comunidade (especificidades do atendimento odontológico – P5; falta de insumos – U3 e U1; uso indevido de medicação – P6; U1) otimizando os ACS como ferramenta (P6; U3); 2. Propiciar espaços onde usuários possam contribuir na avaliação do trabalho da Equipe (P4; P6; U3); 3. Ativar lideranças locais e gerar multiplicadores (P4); 4. Incrementar o trabalho em Equipe, incluindo o usuário no planejamento e avaliação das ações (P6; P1); e 5. Resgatar e valorizar o saber popular (P6).

A humanização dos serviços, reivindicação dos usuários, depende da construção de nova prática no trabalho em saúde considerando o sujeito como um todo e resgatando os espaços de relações e de responsabilização nas ações do cuidado (SANTOS, ASSIS, 2006). O emprego e valorização de tecnologias leves muito podem contribuir nesta direção, uma vez

que, carregadas de criatividade, ajudam a contornar dificuldades e a desenvolver o processo de cuidado usuário-centrado. A sala de espera, importante espaço de acolhimento onde se constrói o vínculo, pode propiciar o desenvolvimento de ações educativas em saúde contribuindo para co-responsabilização e promoção da saúde, e, sendo mais bem explorada, pode estimular a criatividade e troca de experiências entre usuários e ESF (REIS *et al.*, 2007).

O processo de trabalho precisa ser revisto para efetivamente mudar o modelo assistencial de saúde, passando do modelo hegemônico medicalizante para o modelo assistencial baseado na integralidade, como preconiza o SUS. Pensar ou avaliar o trabalho em saúde e sua qualidade significa melhorar o atendimento aos usuários e para isto estes precisam ser ouvidos (FERRI *et al.*, 2007). As falas dos usuários, participantes do grupo focal, aqui apresentadas, carregadas de interferências advindas de aspectos sociais, expectativas pessoais, fatores políticos, econômicos e culturais traz os elementos que completam a análise sobre o processo saúde-doença do ponto de vista do maior interessado. Entretanto, como os profissionais de saúde foram formados para lidar com a doença e não com o sofrimento esta mudança de foco, que tem gerado parte da resistência para implementação do SUS, precisa ser tema nas reflexões dos profissionais já inseridos no sistema e em formação (MEHRY, 2002).

## REFERÊNCIAS

1. ARANTES CIS, MESQUITA CC, MACHADO MLT, OGATA MN. O controle social no sistema único de saúde: concepções e ações de enfermeiras da atenção básica. *Texto Contexto Enfermagem*, 16(3):470-478. 2007.
2. BRASIL, Ministério da Saúde. Atenção Básica e Saúde da Família. Departamento de Atenção Básica, 2004.
3. BRASIL, Ministério da Saúde. Gabinete do Ministro. Portaria GM Nº. 648 de 28 de março de 2006. Aprova a Política Nacional de Atenção Básica. 2006.
4. BRASIL, Ministério da Saúde. Lei Nº. 8.080 de 19 de setembro de 1990. Dispõe sobre as condições para promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências. 1990.
5. BRASIL, Ministério da Saúde. Lei Nº. 8.142 de 28 de dezembro de 1990. Dispõe sobre a participação da comunidade no Sistema Único de Saúde (SUS) e sobre as transferências intergovernamentais de recursos na área da saúde e dá outras providências. 1990.
6. BRASIL, Ministério da Saúde. Programa Saúde da Família. Secretaria Executiva, Brasília, 2001.
7. BRASIL, Ministério da Saúde. Secretaria de Assistência à Saúde. Saúde da Família: uma estratégia para a reorientação do modelo assistencial. Brasília. 1997.
8. BRASIL, Presidência da República. Casa Civil. Constituição da República Federativa do Brasil. 1988.
9. CAMPOS L, WENDHAUSEN A. Participação em saúde: concepções e práticas de trabalhadores de uma equipe da estratégia de Saúde da Família. *Texto Contexto – Enfermagem*, 16(2):271-279. 2007.
10. CECCIM RB. Educação Permanente em Saúde: desafio ambicioso e necessário. *Interface – Comunic Saúde Educ*, 9(16):161-177. 2005.
11. CHIAPINOTTO L, FAIT CS, MAYER JÚNIOR M. O Modo de Fazer Saúde: reflexões sobre o cotidiano de uma unidade básica de saúde de Porto Alegre – RS. *Saúde Sociedade*, 16(1):155-164. 2007.
12. CREVELIM MA, PEDUZZI M. Community participation in the family health team: is it possible to establish a common project involving health workers and clientele? *Rev C S Col*, 10(2):323-331. 2005.

## CONCLUSÃO

Construção da saúde, no contexto amplo preconizado pelo SUS, depende da percepção das reais necessidades da comunidade e do planejamento conjunto de ações. A experiência do grupo focal foi capaz de propiciar espaço para compartilhar diferentes olhares e apontar caminhos para a solução das questões identificadas. Equipe e comunidade perceberam a necessidade de oportunizar novos espaços para que a comunidade possa participar cada vez mais do processo de construção da saúde.

## AGRADECIMENTOS

À ESF Timbó II, parceira na realização do Projeto de Extensão e em todas as atividades por ele propostas, que contribuiu para a formação acadêmica dos extensionistas do projeto abrindo as portas de seu ambiente de trabalho transformando-o em mais um cenário de ensino-aprendizagem em saúde.

Aos usuários da USF Timbó II que se dispuseram a participar conosco deste momento de reflexão sobre a construção da saúde de sua comunidade, permitindo que ocorresse importante troca de saberes entre a comunidade e os extensionistas.

À Pró-Reitoria de Extensão e Assuntos Comunitários da UFPB que, através do PROBEX 2007, viabilizou o projeto que deu origem a este trabalho.

13. DUARTE LR, SILVA DSJR, CARDOSO SH. Construindo um programa de educação com agentes comunitários de saúde. *Interface - Comunic Saúde Educ*, 11(23):439-447. 2007.
14. FERRI SMN, PEREIRAMJB, MISHIMA SM, CACCIA-BAVA MCG, ALMEIDA MCP. As tecnologias leves como geradoras de satisfação em usuários de uma unidade de saúde da família. *Interface - Comunic Saúde Educ*, 11(23):515-529. 2007.
15. FEUERWERKER LCM, ALMEIDA, MJ. O programa de Saúde da Família e o direito à saúde. *Olho Mágico*, 6(22):22-26. 2000.
16. LEVY FM, MATOS PES, TOMITANE. Programa de agentes comunitários de saúde: a percepção de usuários e trabalhadores da saúde. *Cad Saúde Pública*, 20(1):197-203. 2004.
17. MACHADO MFAS, MONTEIRO EMLM, QUEIROZ DT, VIEIRA NFC, BARROSO MGT. Integralidade, formação de saúde, educação em saúde e as propostas do SUS. *Rev C S Col*, 12(2):335-342. 2007.
18. MANDÚ ENT, GAÍVA MAM, SILVA MA, SILVAAMN. Visita domiciliar sob o olhar de usuários do programa saúde da família. *Texto Contexto - Enfermagem*, 17(1):131-140. 2008.
19. MATUMOTO S, FORTUNA CM, MISHIMA SM, PEREIRA MJB, DOMINGOS NAM. Supervisão de equipes no Programa de Saúde da Família: reflexões acerca do desafio da produção de cuidados. *Interface - Comunic Saúde Educ*, 9(16):9-24. set.2004/fev. 2005.
20. MERHY EE. Saúde: a cartografia do trabalho vivo. São Paulo: Hucitec, 2002. 192p.
21. MINAYO MCS. O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde. 11. Ed., São Paulo: Hucitec, 2007. 270p.
22. REIS MAS, FORTUNA CM, OLIVEIRA CT, DURANTE MC. A organização do processo de trabalho em uma unidade de saúde da família: desafios para a mudança das práticas. *Interface - Comunic Saúde, Educ*, 11(23):655-666. 2007.
23. SANTOS AM, ASSIS MMA. Da fragmentação à integralidade: construindo e (des)construindo a prática de saúde bucal no Programa de Saúde da Família (PSF) de Alagoinhas, BA. *Rev C S Col*, 11(1):53-61. 2006.
24. SANTOS VMG. Humanização nos serviços: experiência voltada à educação permanente. *Rev Baiana Saúde Pública*, 31(Supl 1):54-60. 2007.
25. SCHIMITH MD, LIMA MAD. Acolhimento e vínculo em uma equipe do Programa Saúde da Família. *Cad Saúde Pública*, 20(6):1487-1494. 2004.
26. SESPA. O que é o SUS? Relatório final da 9ª Conferência Nacional de Saúde. 1992. Disponível em: <http://www.sespa.pa.gov.br/Sus/sus/sus\_oquee.htm>. Acesso em: 25 nov. 2007.
27. SILVA JLM, AZEVEDO LN, PEREIRA MCB, AGUIAR AL, COSTA CL, URSULINO AIM, CAVALCANTI CO, CALDAS LF, HIRSCH-MONTEIRO C. Extensão comunitária contribuindo para a inserção na atenção básica e formação de profissionais da saúde. *Rev APS*, 13(4):406-411. 2010.
28. TAKEMOTO MLS, SILVA EM. Acolhimento e transformações no processo de trabalho de enfermagem em unidades básicas de saúde de Campinas, São Paulo, Brasil. *Cad Saúde Pública*, 23(2):331-340. 2007.

#### CORRESPONDÊNCIA

Cristine Hirsch-Monteiro  
R. Enfermeira Ana Maria Barbosa de Almeida, 255 apto 103  
Jardim Cidade Universitária  
58.052-270 João Pessoa – Paraíba – Brasil

#### E.mail

cristine.hirsch@gmail.com